

TU
II (VI)

Universidad Carlos III de Madrid
Departamento de Derecho

Tesis Doctoral

**DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA:
APORTACIONES PARA LA COMPRESIÓN DE SUS
FUNDAMENTOS Y PERSPECTIVAS**

Director:

Dr. D. Gregorio Peces-Barba Martínez

Autor:

Pablo Rodríguez del Pozo Alvarez

VOLUMEN I (de II)



INDICE GENERAL

INTRODUCCION	11
A modo de aclaración previa	13
Planteamiento	18
Un paréntesis inevitable: derechos humanos y necesidades humanas	20
La asistencia sanitaria como necesidad básica	28
Sobre la necesidad del estudio histórico	31
Desarrollo del trabajo	33
Salud y protección de la salud (Definiciones y conceptos: campo propio de la asistencia sanitaria)	34
Beneficencia (Asistencia sanitaria: entre potestad del médico y derecho natural del indigente)	36
Sanidad (La asistencia sanitaria en la órbita del poder estatal: fundamentos e instituciones)	40
Derecho (Necesidades y solidaridad: la asistencia sanitaria como derecho fundamental)	42
Justicia (Extensión y límites de un derecho: análisis e intento de síntesis)	45
SALUD Y PROTECCION DE LA SALUD Definiciones y conceptos: campo propio de la asistencia sanitaria	47
SALUD.	48
Introducción	48
I.- Definición de la OMS	49
II.- El concepto de salud. Posibles enfoques	54
1) Aproximaciones anátomo-clínicas	54
Criterio morfológico	55
Criterio etiológico	56
Criterio fisiológico	56
Criterio funcional	57
Criterio conductal	58
2) Aproximaciones no anátomo-clínicas	58
El criterio subjetivo	58
Los criterios objetivos	62
El criterio sociológico	62
El criterio bioestadístico	74
El criterio holístico	83
III.- El concepto de salud. El enfoque analítico	89
1) Tres niveles discursivos	91
Un ejemplo: la definición de la OMS.	91
2) El nivel ontológico. La salud como <u>lo que es</u>	99
3) El nivel diagnóstico	105
Los conceptos de enfermedad	110
El concepto diagnóstico de salud. Conclusión	122

4) El nivel funcional	126
IV.- La salud, un concepto diagnóstico	134
V.- Concepto jurídico de salud	135
PROTECCIÓN DE LA SALUD	138
I.- Protección de la salud pública	138
II.- Protección de la salud individual: Asistencia sanitaria	141
III.- Actividades e instituciones afines	142
BENEFICENCIA Asistencia sanitaria: entre potestad del médico y derecho natural del indigente	144
Introducción	145
LA BENEFICENCIA HIPOCRÁTICA	149
I.- Hipócrates. <u>Tekné iatriké</u> (curar técnicamente)	149
1) La preceptiva hipocrática	152
El <u>Corpus Hippocratorum</u> y la "cuestión hipocrática"	153
Caracteres de las doctrinas del <u>Corpus</u>	156
2) El médico hipocrático y sus deberes	157
Amor a la naturaleza y a la humanidad. Amor al arte	161
Una interpretación menos benigna	167
3) El imperativo hipocrático: el <u>principio de benefi-</u> <u>cencia</u>	168
Carácter del principio. Luciano de Samosata	171
Repercusiones del principio	178
II.- Beneficencia y filantropía. Séneca	179
III.- Los continuadores de Hipócrates. Celso y Galeno	181
1) Galeno. La filantropía médica	183
Los deberes en Galeno	184
La beneficencia por filantropía	187
IV.- La beneficencia en los maestros árabes	188
1) Avicena. El <u>Canon</u>	190
2) Averroes. El nexo con las raíces	191
V.- La beneficencia en la tradición de Israel	193
1) Maimónides. Preservar la obra de Dios	193
La <u>Oración</u> de Maimónides	194
El fundamento de la obligación asistencial	196
2) Asaf. La tradición beneficente	199
VI.- Significación	203
LA BENEFICENCIA CRISTIANA	205
I.- Orígenes. Vulgarización	206
II.- El medioevo. La consolidación de la beneficencia	210
1) Consolidación	210
2) Institucionalización de la beneficencia. El hospi- tal	215
3) Los hospitales en España	216
IV.- El sustento teológico. Santo Tomás y la <u>pietas</u>	219
1) El socorro al prójimo	220

2) La beneficencia	221
3) Extensión de la obligación	222
4) La justicia, la <u>pietas</u> y los enfermos	223
IV.- Significación y proyecciones del cristianismo	224
LA BENEFICENCIA HUMANISTA	227
I.- Contexto histórico. Significación	227
II.- El Erasmismo y Juan Luis Vives	230
1) El Erasmismo en España. Vives	234
Pobres y enfermos	236
II.- Juan Luis de Vives y <u>El socorro de los pobres</u>	238
<u>De subventione pauperum</u>	238
1) Obligaciones de los individuos	240
Origen de las necesidades	240
Origen de los bienes individuales	246
Carácter de los ricos. Obligación de socorro	247
La salud, sinónimo de riqueza	249
Obligación de socorro al enfermo	251
2) Obligaciones de la Ciudad	251
El socorro a los enfermos, obligación de la Ciudad	256
3) Aportaciones. Vives y la Institución de la Benefi- cencia pública	261
III.- La oposición a Vives	263
1) Domingo de Soto. El amor a la pobreza	265
Límites de la misión del poder secular	267
2) Lorenzo de Villavicencio. La beneficencia secular como pecado	269
IV.- Los continuadores de Vives	270
1) Miguel de Giginta. Contra la mezquindad	271
Las Casas de Misericordia	275
Obligaciones de los ricos	278
Socorro a los enfermos	280
2) Juan de Medina (o de Robles). Socorro incondicional a los enfermos	280
Secularización de la beneficencia	283
Ventajas de la beneficencia secular	285
La asistencia a los enfermos	288
El socorro incondicional a los enfermos	290
3) Cristóbal Pérez de Herrera. Humanismo e hipocratis- mo	296
La asistencia a los enfermos	297
Papel del poder civil	298
LA BENEFICENCIA SECULAR	300
I.- La asistencia sanitaria secularizada. Las leyes de pobres en España, Inglaterra y Francia	300
II. España	302
1) Las Partidas: La piedad, cuestión de Reino	302
2) Las primeras Leyes de Pobres	303

El estatuto de los enfermos	305
3) Carlos III. La Diputación de Caridad y el Fondo Pío Beneficial	307
III.- Inglaterra	308
1) Las <u>poor law</u>	308
Represión de la mendicidad	308
Asistencia sanitaria a los enfermos pobres	311
2) Las leyes isabelinas. La <u>poor rate</u>	312
La asistencia a los enfermos	314
3) El hospitalismo del siglo XVIII	315
IV.- Francia	317
1) La influencia de Vives	317
2) La asistencia sanitaria epidémica	319
3) La Revolución en ciernes. Los enfermos, obligación social y amenaza sanitaria	320
LA INSTITUCION DE LA BENEFICENCIA PUBLICA	323
I.- Las instituciones de la beneficencia. Sus manifestaciones	323
1) Beneficencia <u>paternal</u> , beneficencia <u>utilitaria</u> y beneficencia <u>fraternal</u>	323
II.- La institución de la Beneficencia en España. La beneficencia <u>paternal</u>	324
1) Las instituciones. Consideraciones generales	325
2) Desarrollo legislativo	328
La Constitución de Cádiz	328
La Ley General de Beneficencia de 1822. La asistencia a los enfermos	330
La ley General de Beneficencia de 1849	332
El Real Decreto de 1875. La protectorado e inspección estatal de todas las formas de Beneficencia	334
3) La Beneficencia en la doctrina jurídica del siglo XIX	337
Definiciones	337
Caracterización	339
Fundamento	340
4) Un enfoque tradicional: Colmeiro	341
Beneficencia paternal	341
Fundamento	342
Un derecho natural	343
Contenidos	346
5) Un enfoque progresista: Posada	347
6) Significación de la beneficencia <u>paternal</u>	351
III.- Las instituciones Inglesas: la beneficencia <u>utilitaria</u>	353
1) Antecedentes y proyectos	354
2) La reforma de las <u>Poor Law</u>	355

5) Dithmar, primer realizador. La policía <u>sanitaria</u> teórica	419
6) Justi y Sonnenfelds. Policía sanitaria práctica	420
Von Justi. Policía sanitaria y asistencia individuali- zada	420
Sonnenfelds. Policía sanitaria y beneficencia	422
7) Frank y su <u>Sistema de policía sanitaria</u> . Repercus- iones	424
V.- El mercantilismo en España. Repercusiones sanita- rias	426
1) Santa Cruz de Marcenado. El desarrollo de la indus- tria.	427
2) Gerónimo de Uztáriz. Hospicios para el progreso	429
3) Bernardo Ward	434
Asistencia a los enfermos	435
Principales aportaciones. Asistencia sanitaria en la órbita estatal	438
LA SANIDAD EN ESPAÑA. UNA INSTITUCIÓN DEL SIGLO XIX	440
I.- Conceptos fundamentales	440
1) Policía sanitaria	440
2) Sanidad asistencial	441
II.- Desarrollo legislativo	443
1) Ley General de Sanidad de 1855. La asistencia a los enfermos pobres	443
2) Los Reglamentos de 1868 y 1873. La asistencia a los pobres	446
3) El Reglamento de 1891. Asistencia sanitaria benéfi- ca	448
Los límites de la actuación profesional	452
4) La Real Orden de 1880. Jurisprudencia	453
5) La Real Orden de Epidemias de 1866. Epítome de la sanidad asistencial	455
II.- La asistencia sanitaria en la doctrina jurídica	457
1) Caracterización. Asistencia como represión de la enfermedad	457
2) Colmeiro. La concepción moderada	459
3) Santamaría de Paredes. La concepción tradicional	461
DERECHO Necesidades humanas y solidaridad: la asisten- cia sanitaria como derecho fundamen- tal	467
LA NECESIDAD DE UNA INSTANCIA SUPERADORA	468
I.- La beneficencia. Límites	468
II.- La sanidad. Límites	469
III.- Derecho a la asistencia sanitaria. Posibilidades	470
IV.- La idea de solidaridad	473
1) Burke. Caridad frente a solidaridad	474

2) Significación	477
ORIGEN Y DESARROLLO DE LOS PRINCIPIOS SOCIALISTAS	480
I.- El papel de los ilustrados. La razón	480
II.- Rousseau	481
1) El Contrato Social	483
Fraternidad para la libertad	484
III.- El socialismo utópico	485
1) Saint-Simon. La idea de solidaridad	488
La solidaridad en Saint-Simon	490
Buchez: plan de medicina socializada	492
2) Fourier. El socialismo asociacionista	493
3) Owen. El socialismo cooperativo	496
IV.- Cabet. El socialismo sanitario. La utopía sanitaria y sus proyecciones	498
1) Influencias recibidas	499
2) Su <u>Viaje por Icaria</u> . La fraternidad como idea central	499
3) La utopía sanitaria. Su coherencia y proyecciones	503
Elementos programáticos	505
El hospital	506
Cobertura universal	507
Gratuidad solidaria	508
4) Proyecciones	509
V.- Louis Blanc y el socialismo jacobino. Los derechos humanos. El marco jurídico para una reforma	510
1) Plasmación legislativa y repercusiones	514
VI.- El derecho a la asistencia sanitaria en Francia. Un primer esbozo	516
1) Vallermé. El pensamiento socio-sanitario	518
2) Realizaciones. Los <u>Conseils de salubrité</u>	519
LA ASISTENCIA SANITARIA COMO DERECHO	521
I.- Recepción de las doctrinas de Blanc en Alemania	521
II.- La Reforma de 1848. Virchow	521
1) Posicionamiento	522
2) Principales rasgos	524
III.- La asistencia sanitaria, derecho fundamental	527
IV.- Repercusiones. La legislación española	530
Interpretaciones de los <u>ius-positivistas</u>	532
Interpretación desde la teoría dualista de los derechos humanos	536
La Ley General de Sanidad	538
JUSTICIA Extensión y límites de un derecho: análisis e intento de síntesis	542
Introducción	543
NIVELES DE PROBLEMA	546

I.- Macrodistribución asistencial	546
II.- Microdistribución asistencial	547
JUSTICIA SANITARIA. TEORÍAS ACTUALES	549
I.- El utilitarismo	549
II.- Robert Nozick: Estado mínimo y teoría libertaria	557
1) Generalidades	557
2) Derechos	559
2) Virtudes	561
3) Asistencia sanitaria	562
III.- John Rawls. Teoría <u>maximin</u>	567
1) Generalidades	567
2) Teoría de la justicia	568
La sociedad bien-ordenada. Persona moral	569
La "posición original"	571
Los bienes primarios	573
Los principios de justicia	575
JUSTICIA SANITARIA A PARTIR DE J. RAWLS	581
I.- Charles Fried y teoría del "mínimo decente". La neo-beneficencia	581
II.- Robert Veatch: la teoría igualitaria	588
III.- Ronald Green: la salud como bien social primario	596
IV.- Norman Daniels: salud para la igualdad de oportu- nidades	598
ASISTENCIA SANITARIA EFICAZ Y EFECTIVA	607
I.- Limitaciones de las teorías expuestas	607
II.- Elementos para una propuesta	609
III.- Teoría de la necesidad asistencial	611
1) La enfermedad y la salud, consecuencias de las con- diciones socio-culturales y ambien- tales	613
2) El papel de la asistencia sanitaria	617
3) El concepto de salud	625
4) La estructura de la demanda asistencial	627
El mito de la medicina asistencial	629
La demanda inducida	634
5) Expectativas, demandas y necesidades	640
IV.- Contenido y límites de la asistencia debida	642
1) La necesidad asistencial estricta. Asistencia sani- taria eficaz	642
2) La efectividad como límite	644
3) Extensión de la prestación asistencial: asistencia eficaz y efectiva	648
CONCLUSIONES	650
BIBLIOGRAFIA	661

INTRODUCCION

El presente trabajo tiene sus orígenes en un plan más ambicioso desarrollado en el seno del Instituto de Derechos Humanos. Tal proyecto, a cargo del entonces Director del Instituto, profesor G. Peces-Barba, comprendía, y comprende puesto que en materia de derechos humanos los objetivos son permanentes, entre otros puntos a) la profundización del concepto de derechos humanos, b) su desarrollo histórico, c) el estudio doctrinal y jurisprudencial alrededor del título I de la Constitución, d) la profundización en el derecho internacional de los derechos humanos y, por fin, e) una "parte especial, es decir el análisis de cada uno de los derechos que comprende el amplio catálogo actual, desde su fundamentación ética, su aparición histórica, su análisis en el Derecho comparado y su positivación en el Derecho español," [1] para usar palabras del propio director.

Para el desarrollo de este último punto, el que suscribe escogió, en una opción no sólo intelectual sino, como todas las decisiones importantes, también vital, el

[1] PECES-BARBA, Gregorio: "Los derechos fundamentales en la cultura jurídica española", en Anuario de Derechos Humanos, N° 1, Fctad. de Derecho, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 1981, pp. 169 - 253; p. 252; también en la obra del mismo autor: Escritos sobre derechos fundamentales, Col. Textos de Apoyo, Eudema, Madrid, 1988, pp. 19 - 118;

estudio de la asistencia sanitaria como posible derecho fundamental. Algunas de las cuestiones que preocupaban al que suscribe se referían a si puede existir realmente un derecho a recibir asistencia en la enfermedad, a si tal prestación no se trataría más bien de una actividad muy valiosa, pero meramente potestativa para el Estado, a si no se trataría tan solo de un artificio para dar asistencia a los enfermos contagiosos, en protección del general de la población, a, en fin, los límites a los que llegaría la asistencia debida si realmente la asistencia sanitaria fuese un derecho fundamental.

En el presente trabajo es probable que no todos los interrogantes hayan encontrado respuesta, aunque sí muchos de ellos. Como sea, el propósito que continuamente lo ha animado ha sido el de que contribuir a comprender los modos de hacer efectiva una asistencia sanitaria eficaz y efectiva para todos.

A modo de aclaración previa

Acometer una investigación sobre una cuestión de derechos humanos significa hacerlo "desde". Ese "investigar desde" estará referido a un determinado pensamiento relativo al concepto y fundamentación de tales instituciones ju-

rídicas, que vendrá a dirigir los lineamientos de la investigación. El presente trabajo se hace situándose en concepción dualista sobre la fundamentación los derechos humanos, expuesta por el profesor G.Peces-Barba[2]. Para esta doc-

[2] El profesor Peces-Barba en su reciente obra Curso de Derechos Fundamentales considera hoy incompleta y superada la teoría dualista. "Hoy -dice- la experiencia y la reflexión me han llevado a completarla extendiendo la positivación a las dimensiones de la eficacia, es decir, al análisis de la realidad, con lo que supone de obstáculos o impedimentos para la implantación real de las pretensiones morales convertidas en Derecho de los derechos humanos." Para el profesor Peces-Barba el problema fundamental es lo que él llama la "escasez en sentido fuerte" que caracteriza a ciertos bienes. Este tipo de escasez "afecta a la posibilidad de considerar a la pretensión moral de que se trate como generalizable, es decir, como convertible en ley general."

Para el que suscribe, sin perjuicio de una reflexión más pausada, la teoría dualista no está agotada, y el problema de la "escasez en sentido fuerte" puede abordarse desde ella misma. En efecto, no es preciso, en primer lugar, abandonar la teoría dualista para reconocer que no toda pretensión puede dar base a un derecho fundamental. Ajustándose a dicha teoría, el problema no estará en la escasez del bien de que se trate, como barrera infranqueable para la configuración de un derecho: el problema se hallará en la validez de la pretensión moral que aspire a dar fundamento a un derecho humano. Desde la teoría dualista, pues, se puede distinguir entre una pretensión moral y una "quimera moral". En segundo término, llegado el caso de que una pretensión moral no válida, o "quimera moral", si al que suscribe se le permite este lenguaje, llegara a plasmarse jurídicamente bajo la forma de un derecho no es necesario acudir a que el problema está en la escasez para negar su fundamentalidad (afirmar la fundamentalidad de cualquier pretensión juridizada podría, por otra parte, ser visto como un escoramiento hacia el reduccionismo positivista). Desde la teoría dualista se dirá, en cambio, que ha fallado el proceso de reconocimiento de la pretensión aducida, y que ello ha llevado a consagrar jurídicamente una "quimera moral" como si se tratase de una pretensión váli-

trina, en el concepto de derechos fundamentales existen dos niveles concurrentes: el axiológico y el jurídico-positivo[3]. El primero de ellos está referido a la existencia de unos valores al servicio de la persona humana y de su dignidad. El plano jurídico-positivo se refiere a la inserción de tales valores en normas de derecho positivo. La conjunción de ambos niveles es requisito sine qua non para poder hablar de derechos humanos fundamentales. En efecto, "es

da, bajo la apariencia de un derecho fundamental. La teoría dualista, pues, supone que debe existir un mecanismo que asegure un prolijo reconocimiento (*) de la pretensión moral que se plasma legislativamente. Ahora bien, y en tercer lugar, una vez comprendida la validez de la pretensión moral y producida su plasmación legislativa, en el marco de una teoría dualista correctamente aplicada no podrá alegarse la escasez para tachar la pretensión como quimérica y el derecho como inexistente. Tampoco se podrá, y esto llena de vida a la teoría dualista, oponer -para usar palabras del derecho procesal- la excepción de "escasez sobrevenida" como obstáculo o impedimento para la implantación real de las pretensiones morales convertidas en Derecho de los derechos humanos, cuando un derecho humano fundamental se torne de difícil satisfacción. La teoría dualista permitirá que el Derecho de los derechos humanos antagonice con las realidades de hecho, en beneficio de la vigencia efectiva de los derechos humanos fundamentales. Ver **PECES-BARBA MARTINEZ, Gregorio, con Rafael de Asís y Angel LLamas Cascón: Curso de derechos fundamentales** (Dos volúmenes), Col. Manuales, Eudema, Madrid, 1991, T° I "Teoría General"; pp. 89 y ss.; p. 95; (*) Realizado v.gr. mediante el escrutinio en tres pasos propuesto por el profesor E. Fernández. Ver más abajo, p. 30;

[3] Ver **PECES-BARBA MARTINEZ, Gregorio: Derechos fundamentales**, 4ª Edición (1ª Ed. 1973), Sec. de Publicaciones, Fctad. de Derecho, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 1983; pp. 25 y ss.;

evidente -como dice el profesor Peces-Barba- que mientras una sociedad política no reconoce unos determinados derechos recibiendo en su Derecho positivo (...) no se puede hablar de éstos en sentido estrictamente jurídico,"[4], ni se pueden alegar ante un tribunal en caso de infracción.

Con este tipo de fundamentación se consigue "superar esas dos versiones unilaterales -iusnaturalismo y positivismo voluntarista- (...) y el carácter antagónico y excluyente con que han presentado el problema esos modelos"[5], en palabras del citado autor. O, como ha dicho E.Fernández, esta doctrina permite "salir del círculo vicioso de la tradicional polémica entre iusnaturalismo y positivismo." [6]

Pero se consigue mucho más aún. Así, a los efectos del presente trabajo es preciso resaltar que, en primer término, con esta doctrina queda superada la idea de que los derechos humanos son anteriores al Estado, y por lo

[4] PECES-BARBA, Gregorio: Op. cit., p. 31;

[5] PECES-BARBA, Gregorio: Op. cit., p. 24 - 25; Para una exposición detallada de los modelos iusnaturalista y positivista, ver PECES-BARBA MARTINEZ, Gregorio, con Rafael de Asís y Angel Llamas Cascón: Curso de derechos..., citado; Capítulo 2, "Los modelos reduccionistas", pp. 34 - 51;

[6] FERNANDEZ, Eusebio: Teoría de la justicia y derechos humanos, Col. Universitaria, Serie Derecho (dir. G. Peces-Barba), Editorial Debate, Madrid, 1984; p. 109;

tanto se satisfacen solamente mediante la abstención de aquél; por el contrario, permite comprender que ciertas condiciones que consideramos inexcusables para una vida digna deben ser exigibles por el ciudadano contra el Estado.

En segundo lugar, esta concepción permite reconocer que la satisfacción de determinadas necesidades humanas -aquellas que conectan con la idea de dignidad- puede articularse en forma de derechos fundamentales. Por ende permite afirmaciones del tipo "satisfacer una cierta necesidad, vinculada con la idea de dignidad, es prioritario frente a cualquier otra consideración."

Finalmente, la concepción dualista alienta el dinamismo de los derechos económicos sociales y culturales, dado que empuja, en cada momento, a la potenciación del plano de las exigencias humanas, proceso que "está aún en período de realización." [7] Esto anima al estudioso, al jurista y al legislador a volver una y otra vez sobre la pretensión ética fundante, sobre su extensión, límites,

[7] PECES-BARBA MARTINEZ, Gregorio: "Reflexiones sobre los derechos económicos, sociales y culturales", en PECES-BARBA, Gregorio: Escritos sobre derechos fundamentales, Col. Textos de Apoyo, Eudema, Madrid, 1988, pp. 195 - 213; p. 203;

prioridades, etc. a fin de adecuar la norma y los medios técnicos a la satisfacción efectiva de tal exigencia.

Planteamiento

La asistencia sanitaria se nos presenta en tanto pretensión individual, como una excelente candidata a ser un derecho humano fundamental. Las motivaciones de dos tipos. De un lado, la salud y su goce se hallan directamente vinculadas a los valores de la dignidad, la libertad y la igualdad personales, dada la especial naturaleza del bien salud. De modo semejante, la protección de la salud individual esto es, la asistencia sanitaria, satisface una necesidad humana básica directamente relacionada con aquellos tres conceptos. En seguida se volverá sobre el concepto de salud.

Si la asistencia sanitaria individualizada aparece, pues, como una verdadera necesidad humana básica conectada con la idea de dignidad humana, su satisfacción será cauce obligado para el desarrollo moral, expresión de tal dignidad[8].

[8] Ver **PECES-BARBA MARTINEZ, Gregorio**: "Sobre el puesto de la Historia en el concepto de los derechos fundamentales", en Anuario de Derechos Humanos, N° 4 "Homenaje a Joaquín Ruiz Jiménez", Universidad Complutense de Madrid,

La satisfacción de esa necesidad se convertirá en una exigencia moral capaz de dar fundamento a su consagración jurídica. El instrumento conceptual y jurídico que podrá dar satisfacción a tal aspiración moral será el de los derechos humanos fundamentales.

Ahora bien, este planteamiento puede ser sólo el comienzo. En efecto, como dice E. Fernández, el mismo

no se agota en el momento en que los valores [exigencias éticas] expresadas en cualquier derecho fundamental se han convertido en norma jurídica, sino que (...) una vez configuradas como derechos subjetivos, siguen expresando valores, siguen conteniendo exigencias éticas.[9]

El autor se refiere a que la juridización no priva de virtualidad moral a los derechos fundamentales. Pero la afirmación también sugiere que los derechos fundamentales plantean problemas de materialización, y que tal materialización es, por definición, perfectible. Mucho más

Instituto de Derechos Humanos, Madrid, 1986-87, pp. 219 - 258; p. 227;

[9] FERNANDEZ, Eusebio: Teoría de la justicia y..., citado; p. 111;

cuando nos encontramos ante derechos que exigen unas prestaciones de tipo técnico, como es el caso de la asistencia sanitaria.

En este esquema, siempre que se quiera avanzar será preciso investigar a tres niveles: 1) el de los hechos, para aproximarse a la evolución, transformaciones y desarrollo de las exigencias morales que fundamenten el derecho de que se trate, sobre su aparición, manifestaciones y cristalización.

2) Habrá que aproximarse a la aparición del derecho de que se trate, en el marco de la doctrina de los derechos humanos fundamentales.

3) Será preciso investigar sobre la incorporación de tales exigencias éticas en el derecho positivo, su modo de aparición y, sobre todo, sus modalidades y contenidos de instrumentación. [10]

Antes, a modo de indispensable digresión, se volverá brevemente sobre la cuestión de las necesidades humanas.

Un paréntesis inevitable: derechos humanos y necesidades humanas

[10] Ver PECES-BARBA MARTINEZ, Gregorio: "Sobre el puesto...", citado; p. 229;

El anterior planteamiento requiere evidenciar, como paso previo, que existe una necesidad humana de asistencia sanitaria, lo que J.de Lucas y M.J.Añón denominan "el sustrato antropológico de los derechos humanos" [11], cuya satisfacción gira en torno a la idea de dignidad humana. [12] Sobre ella se erigirá la pretensión moral fundante de un posible derecho fundamental a la asistencia sanitaria.

Demasiadas cosas son llamadas 'necesidades' y al mismo tiempo muy pocas cosas lo son. No es difícil ver por qué numerosas cosas aparecen como 'necesidades': es que con este vocablo nos referimos a los medios para alcanzar cualquiera de nuestras metas y sea cual sea su naturaleza. La cuestión de la importancia de las necesidades va más allá del de la importancia o urgencia de las preferencias o de-

[11] LUCAS, Javier de y María José Añón: "Necesidades, razones, derechos", en Doxa: Cuadernos de Filosofía del Derecho, N° 7, Dpto. de Filosofía del Derecho, Universidad de Alicante, Alicante, 1990, pp. 55 - 81; p. 75, y nota 41, p. 76;

[12] Ver FERNANDEZ, Eusebio: Teoría de la justicia y..., citado; p. 120;

seos en general, aun cuando puede existir una relación más o menos estrecha entre ambos[13].

Pero así como no todas las preferencias son iguales, sino que algunas son más importantes que otras, de la misma manera no todas las cosas que decimos necesitar son estrictamente 'necesidades'. Serán precisas, entonces, pautas para distinguir las necesidades cuyo reconocimiento resulta moralmente relevante. Algunas cosas que reclamamos como necesidades quedan comprendidas dentro de categorías especiales. Ellas serán las necesidades básicas, por contraposición a otro tipo de necesidades, denominadas "instrumentales", "derivadas" o "circunstanciales". Instrumentales, en tanto meros medios para conseguir preferencias particulares[14], derivadas, en tanto tienen su origen está referido a otra necesidad (v.gr. comida/dinero)[15], y cir-

[13] En un concepto instrumental, las necesidades pueden ser relativas a los medios para alcanzar un deseo, por una parte; por la otra, los deseos pueden no ser otra cosa que la expresión de una necesidad. Ver WIGGINS, David: "Needs, need, needing", en Journal of Medical Ethics, N° 13/1987, Londres, 1987, pp. 62 - 68;

[14] Ver WIGGINS, David: Op. cit.; p. 65;

[15] Ver THOMSON, G.: Needs, Routledge & K. Paul, Londres, 1987; pp. 18 - 19;

cunstanciales, en tanto aparecen en unas muy determinadas circunstancias[16].

Las necesidades básicas serían, en tanto opuestas a "instrumentales", fundamentales, en tanto opuestas a "derivadas", originarias, y constitutivas en tanto opuestas a "circunstanciales".

Podemos caracterizar las categorías moralmente relevantes de necesidades, esto es, las necesidades básicas, de manera tal de explicar dos propiedades centrales que estas necesidades especiales tienen:

a) Son adscribibles objetivamente, lo que J. de Lucas y M.J. Añón definen como "carácter objetivable de las necesidades"[17]. Esto significa que podemos adscribirlas a una persona inclusive si ella no repara en que las tiene, y hasta si niega tenerlas, porque sus preferencias son diferentes de las necesidades adscriptas. Para establecer este tipo de categorías es útil valerse de una distinción entre criterio objetivo y criterio subjetivo de bienestar. Un criterio subjetivo utiliza la valoración del propio individuo sobre cuánto bienestar posee. Un criterio objetivo uti-

[16] Ver LUCAS, Javier de y María José Añón: "Necesidades, razones, derechos", citado; p. 62;

[17] Ver LUCAS, Javier de y María José Añón: Op.cit.; p. 78;

liza un medio independiente de la valoración del propio individuo, e independiente de la fuerza de su preferencia. Cuanto tratamos sobre las necesidades moralmente relevantes debemos apelar a algún criterio objetivo de bienestar, evitando que ellas radiquen en un puro criterio subjetivo. [18] En otras palabras, como dice C.S. Nino, las necesidades adscribibles objetivamente "son aquellas que están supeditadas a fines que no dependen de los deseos o preferencias de los agentes." [19]

b) Son objetivamente importantes. Esto quiere decir que asignamos un peso especial a las reclamaciones

[18] N. Daniels da un buen ejemplo de esto: "Si apelo al deber de beneficencia de un amigo pidiéndole \$100, normalmente voy a obtener reacciones más bien diferentes si le digo que necesito el dinero para ir al dentista por una urgencia que si le dijera que lo necesito para ir a la vecindad de mi infancia, en Brooklyn (...) (lo que me haría revivir mi niñez). (...) Él podría darme el dinero para cualquiera de ambos propósitos, pero si me lo da para que pueda ir a (...) [Brooklyn], probablemente diríamos que no está por ello cumpliendo con ningún deber, que él no se siente obligado. De manera similar, si mi solicitud estuviera dirigida a alguna agencia de bienestar social (incluso utópica) más que a mi amigo, aquella adoptaría un criterio objetivo en la valoración del requerimiento, independientemente de la fuerza de mi propia preferencia." **DANIELS, Norman**: "Health-Care Needs and Distributive Justice", en Philosophy and Public Affairs, vol. 10, n° 2, Spring 1981, Princeton University Press, Princeton, Nueva Jersey, 1981, pp. 146 - 179; p. 151;

[19] **NINO, Carlos S.**: "Autonomía y necesidades básicas", en Doxa: Cuadernos de Filosofía del Derecho, N° 7, Dpto. de Filosofía del Derecho, Universidad de Alicante, Alicante, 1990, pp. 21 - 34; p. 22;

basadas en ellas, y lo hacemos así de manera independiente del peso que los individuos les asignen a las necesidades[20]. Ahora bien, ¿por qué esta importancia? Aquí entramos en la vertiente empírica de la fundamentación de las necesidades: cualquier teoría que se ocupe de las necesidades exige una fundamentación empírica[21], o exige al menos una fundamentación también empírica. Así, D. Wiggins ha relacionado la relevancia moral de ciertas necesidades identificándolas con aquello que se precisa para evitar daños a seres humanos[22]; en igual sentido se pronuncian de Lucas y Añón, para quienes "estamos en presencia de una necesidad humana básica (...) cuando podemos razonar y analizar una situación tal que su no satisfacción causa un daño o perjuicio (...) grave, tanto con relación a la supervivencia como al desarrollo de la persona como tal." [23] Sin embargo esta caracterización puede tener sus puntos débiles. En efecto, la distinción entre causar un daño y no

[20] Ver DANIELS, Norman: "Health-Care Needs...", citado; p. 152;

[21] Ver LUCAS, Javier de y María José Añón: "Necesidades...", citado, p. 58;

[22] Ver WIGGINS, David: "Needs, need, needing", citado; p. 64;

[23] LUCAS, Javier de y María Jose Añón: "Necesidades, razones, derechos", citado; pp. 57-58, 61, 70 y 78;



dar un beneficio puede deberse al hecho contingente moralmente de si el individuo previamente tenía o no acceso al bien de que se trate. En caso afirmativo, la privación constituiría un daño, y el no acceso la negación de un beneficio. [24] De allí que resulte más convincente intentar caracterizar las necesidades positivamente.

c) Son universales, significando esto que son iguales para todos, son características empíricas invariables de los hombres, con las matizaciones que en seguida se verán, aun cuando la forma de provisión que se requiera en cada caso para su satisfacción pueda ser cambiante.

d) Son cambiantes, en el sentido de que si son empíricas es difícil pensar que puedan ser descubiertas todas para todos los contextos, hasta formar una lista cerrada. Por otra parte, algunas necesidades pueden surgir de la estructura social que circunda al agente. De esta manera, algunas necesidades reputadas como básicas pueden a la postre, cambiando las circunstancias, venir a resultar derivadas. Esto no resulta problemático desde la teoría de la necesidad básica, sino todo lo contrario, puesto que, la

[24] Ver NINO, Carlos S.: "Autonomía y necesidades básicas", citado; p. 22:

necesidad derivada hallará su origen en otra, esta vez no derivada, asegurando así la universalidad del concepto[25].

e) Son históricas al menos en cuanto a la idea que de ellas se tenga, a la forma de plantear las exigencias respecto de ellas y con relación a la manera en que se satisfacen. Sobre esto se volverá en seguida.

Con estos caracteres, las necesidades básicas se pueden definir, con R. Zimmerling, diciendo:

N es una necesidad básica para x si y sólo si, bajo las circunstancias dadas en el sistema socio-cultural S en el que vive x y en vista de las características personales P de x, la no satisfacción de N le impide a x la realización de algún fin no contingente -es decir que no requiere

[25] Así, por ejemplo, si se dijera que existe una necesidad básica universal de abrigo, a poco que cambiaran las circunstancias (que llegara el verano, o que nos trasladáramos a otras latitudes) diríamos que ya no es una necesidad básica. Ello no será problemático en tanto reconocamos que es una necesidad derivada, o, si se prefiere, un modo de satisfacción de una necesidad básica, que quedaría formulada como sigue: existe una necesidad básica universal de mantener relativamente constantes, entre los 20 y los 30°C las temperaturas exteriores a las que se somete el organismo humano;

justificación ulterior- y, con ello, la persecu-
ción de todo plan de vida.[26]

La asistencia sanitaria como necesidad básica

A partir de aquí la tarea será establecer qué clase de cosas -bienes- poseen dichas propiedades, y hacerlo de modo tal que expliquemos por qué se les asigna tal importancia. En nuestro caso, se trata de caracterizar la salud y la asistencia sanitaria como necesidades básicas. Aquí es útil recurrir al esquema propuesto por David Braybrooke [27]. Este autor distingue dos tipos diferentes de necesidades: "necesidades del curso de la vida" y "necesidades adventicias".[28] Las llamadas necesidades del curso de la vida son aquellas que las personas tienen a todo lo largo de su vida, o en ciertas etapas por las que toda

[26] ZIMMERLING, Ruth: "Necesidades básicas y relativismo moral", en Doxa: Cuadernos de Filosofía del Derecho, N° 7, Dpto. de Filosofía del Derecho, Universidad de Alicante, Alicante, 1990, pp. 35 - 54; p. 51;

[27] BRAYBROOKE, David: "Let Needs Diminish That Preferences May Prosper", en Studies in Moral Philosophy, "American Philosophical Quarterly Monograph Series", N° 1, Blakwells, Oxford, 1968; p. 90 y ss.; también BRAYBROOKE, David: Meeting Needs, Princeton University Press, Princeton N.J., 1987;

[28] ('course of life needs' y 'adventitious needs').

persona debe necesariamente pasar (v.gr. Nacimiento, crecimiento, mantenerse vivos, etc.). Las necesidades adventicias serían por su parte aquellas que se producen por los proyectos contingentes y particulares hacia los cuales las personas se orientan.

Dentro del primer tipo de necesidades estarían las de comida, vivienda, ropa, ejercicio, descanso, compañía, etcétera. Una deficiencia con respecto a estas necesidades, amenazaría el normal funcionamiento de la persona considerada como miembro de una especie natural. Como vemos, lo que aquí se propone es que las necesidades que nos interesan las moralmente relevantes son aquellas cosas que se requieren, como dice N.Daniels, para alcanzar o mantener "el normal funcionamiento como miembro típico de la especie" [29], aunque luego, al hablar de asistencia sanitaria habrá que matizar bastante esta idea. Ellas resultarían de manera clara tanto objetivamente adscribibles como objetivamente importantes, y sean también universales (aunque cambiantes).

En este sentido, cualesquiera sean las metas escogidas y los caminos a recorrer para alcanzarlas, se necesita de la salud para ello. Salud en el sentido de poder

[29] Ver **DANIELS, Norman**: "Health-Care Needs...", citado; p. 153;

apropiarse y poseer el propio cuerpo. Aunque, como se verá luego, a los fines de la asistencia sanitaria debe concebirse la salud como ausencia de enfermedad, en tanto condición objetiva de salud en sentido de apropiación del propio cuerpo. Por esta razón la lucha contra la enfermedad, la liberación del proceso patológico o sus manifestaciones constituye una necesidad básica y, evidentemente, la necesidad, del curso de la vida. En este sentido M. Bunge la considera como la única necesidad básica, por ser un fin humano que no requiere justificación[30].

Si al comienzo se decía que los derechos humanos están fundados sobre valores racionalmente justificables, la asistencia sanitaria, en definitiva, cumple sobradamente con los requisitos para una justificación racional inclusive según el riguroso triple examen propuesto por el profesor E. Fernández. En primer lugar, es algo deseable, importante y bueno para el desarrollo de la vida humana; y su negación, no reconocimiento ni respeto, ni garantía, o la prohibición de su ejercicio supondrían una grave amenaza para la idea de dignidad humana. En segundo término, la asistencia sanitaria puede esgrimir a su favor razones cuya

[30] Ver **BUNGE, Mario: Treatise on Basic Philosophy**, Vol. 8, "The Good and the Right", Montreal, 1988; cit. en **ZIMMERLING, Ruth: "Necesidades básicas y..."**, citado, p. 48;

justificación final puede ser objeto de comparación empírica sobre la base de la satisfacción de las necesidades humanas, el cumplimiento de los deseos humanos y la eliminación del sufrimiento humano innecesario. Tercero y último, las razones invocadas en apoyo de la asistencia sanitaria como derecho fundamental es objeto de diálogo y contrastación, a resultas de lo cual obtienen un reconocimiento generalizado. [31]

Sobre la necesidad del estudio histórico

En este contexto, los derechos humanos son la positivación jurídica de una pretensión moral relacionada con necesidades humanas cuya satisfacción es exigida por la dignidad del hombre. De este tipo de necesidades se acaba de ver la naturaleza y caracteres [32]. Entre estos últimos,

[31] **FERNANDEZ, Eusebio:** Teoría de la justicia y..., citado; pp. 116 y ss.;

[32] Es muy sugerente la afirmación de L.Hierro, en un artículo sobre la teoría del deber: "Sólo podemos sostener como derechos aquellas necesidades humanas que exigen su satisfacción de forma incondicional, cual si se tratase de un fin en sí mismo, y sólo cuando existan posibilidades de satisfacerlas, cuando podamos imponer sobre otros los correlativos deberes «según sus posibilidades.»" Destaco lo de "necesidades humanas que exigen su satisfacción de forma incondicional", raíz de la pretensión moral a considerar por el derecho. Ver **HIERRO, Liborio:** "¿Derechos humanos o necesidades humanas? Problemas de un concepto", en Sistema,

como se dijo precedentemente, está el de que estas necesidades son históricas[33]. Esto no significa contradecir el carácter objetivo y universal de las necesidades, de suyo aprehensibles mediante la comprobación empírica y la determinación racional. Significa, sin embargo que no puede dejar de admitirse que hay en ellas diversos elementos que son netamente históricos, con importantes repercusiones sobre algunos aspectos de la fundamentación de los derechos humanos denominados económicos, sociales y culturales.

Así, en primer lugar son históricas las condiciones en las cuales surge y se desarrolla la conciencia sobre las necesidades. En segundo término, son igualmente históricas las exigencias de satisfacción de las necesidades. Finalmente, las formas de satisfacción de las necesidades son también históricas. Si las condiciones que permiten que surja la conciencia de las necesidades que hace posible su reconocimiento y exige su satisfacción en forma de derecho son históricas, esto quiere decir, primero, que no existe una forma definitiva de dar respuesta a las mismas; y segundo, que sin una adecuada comprensión de sus elementos

N° 46, Madrid, enero de 1982, pp. 57 - 61; p. 61;

[33] Sigo en este punto a J. de Lucas y M.J. Añón. **LUCAS, Javier de y María José Añón**: "Necesidades, razones, derechos", citado; p. 79:

históricos resultará imposible aproximarse a una respuesta válida. Por otra parte, si las exigencias de satisfacción de las necesidades como asimismo las modalidades con las que se puede responder a ellas son históricas, es necesario comprender tanto los matices históricos de las exigencias cuanto de las modos en las que se les ha dado respuesta si se pretende conseguir una aproximación sólida a los problemas de materialización que exigen las respuestas cuando ellas se sitúan en el marco de los derechos humanos fundamentales.

Desarrollo del trabajo

Al abrigo de estas reflexiones, el propósito de la presente investigación es, por una parte, conseguir un adecuado sostenimiento de la asistencia sanitaria como derecho fundamental, desde las raíces de su fundamentación ética. En segundo término, comprender el marco histórico y conceptual en el que se produce su juridización, momento crucial en el que se cristalizarán los contenidos de la pretensión. Sobre estos elementos, en tercer lugar, se podrá avanzar sobre los problemas de desarrollo y de límites.

El cuerpo principal del trabajo consta de cinco partes, para las que se han elegido títulos amplios, repre-

sentativos y sugerentes: "Salud y protección de la salud", "Beneficencia", "Sanidad", "Derecho" y "Justicia", a los que se ha complementado con unos subtítulos delimitativos. Ellas se hallan divididas a su vez en capítulos, apartados y puntos. Sólo se ha utilizado numeración para los niveles tercero y cuarto, indicando el resto de las divisiones mediante títulos con mayúsculas y/o negrillas, según el caso. Se incluye, además, una bibliografía general, dividida en dos partes, según se trate de trabajos citados en el texto o de obras consultadas pero sin que sean objeto de remisión explícita.

Salud y protección de la salud (Definiciones y conceptos: campo propio de la asistencia sanitaria)

Es preciso, en primer lugar, y como cuestión previa, establecer a qué campo puede estar referida la actividad asistencial, a qué sector de la personalidad humana, cuál es el bien que cuida y promociona. También son necesarias algunas precisiones conceptuales, para separar el área de actuación de la asistencia a la salud individual de otros campos más o menos afines.

El concepto de salud ocupa un papel central en la teoría de la asistencia sanitaria. Sin precisar qué es, o

al menos qué debe entenderse por salud, difícilmente pueda avanzarse en aspectos concretos que hacen a su protección. De allí la necesidad de formular algunas precisiones conceptuales sobre este punto. A tal fin, resulta apropiado partir de la definición más universalmente aceptada, la de la Organización Mundial de la Salud. Sobre la base del análisis y crítica de aquella, que incluirá reseñar muchos tipos de enfoques posibles (anátomo-clínicos, no anátomo clínicos, morfológicos, etiológicos, sociológicos, estadísticos, etc.), y su relativa insuficiencia, se propondrá un enfoque analítico. Dentro de él, se procurarán desentrañar los niveles de discurso existentes al hablar de salud, para llegar a abordar, de un lado, el concepto de salud en tanto un ente, y del otro, la salud en tanto diagnóstico de salud, o de estado saludable. La asistencia sanitaria se referirá casi siempre a este último en tanto condición objetiva para la presencia del primero. El desarrollo y promoción de la salud humanas exigirán su reconocimiento y caracterización como lo que es: salud es la capacidad del hombre para apropiarse y poseer su propio cuerpo. Con estos elementos será preciso caracterizar la salud en el mundo del derecho, como concepto jurídico indeterminado, y estudiar la deseabilidad de su indeterminación a los fines de una adecuada protección de la salud misma. Una segunda

cuestión previa estará referida a la distinción de la asistencia sanitaria individualizada de otras instituciones y actividades afines, como la salud e higiene públicas, o la sanidad epidémica, entre otras.

Beneficencia (Asistencia sanitaria: entre potestad del médico y derecho natural del indigente)

El estudio de la evolución, transformaciones y desarrollo histórico de la pretensión humana que se satisface mediante la asistencia sanitaria significa recorrer las respuestas que a lo largo de la historia se le han dado, centrándose en nuestra cultura y sus raíces. En este marco, las primeras manifestaciones pertenecen a la tradición iniciada por Hipócrates de Cos, el gran médico de la Grecia clásica. En la tradición hipocrática es donde nace el principio de beneficencia, según el cual los médicos de la antigüedad asumen un deber asistencial hacia los que necesiten de su auxilio. El examen de este principio, sus motivaciones, contenido y alcance resultan esclarecedoras dado que ellas se encuentran en el fundamento mismo de todas las realizaciones posteriores, con una influencia que se extiende hasta nuestros días. Sin comprender los principios de la moral hipocrática, del principio de beneficencia en

Hipócrates, no se entienden las expresiones que le siguen, y en las cuales este principio aparece, matizado, reformulado y a veces relanzado una y otra vez a lo largo de la historia. Al tratar la beneficencia hipocrática se hará un seguimiento del principio desde su aparición, en la preceptiva del propio Hipócrates de Cos, hasta su transformación con el advenimiento del cristianismo, destacando su paso a la Europa latina a través de la península ibérica.

El cristianismo retoma el principio hipocrático, y variando su fundamentación, lo libera del ámbito más cerrado de los médicos, para vulgarizarlo y convertirlo en un principio de amplias manifestaciones populares. Ahora todos tienen un deber asistencial, y no solamente los médicos. La religión cristiana da lugar a la formación de una conciencia benéfica hacia los enfermos. Esta conciencia se cristaliza en múltiples realizaciones, entre las que hay que destacar el hospital como expresión de la beneficencia institucionalizada, aportación típicamente cristiana. Para comprender el sustento evangélico y teológico de la beneficencia cristianizada, será necesario centrarse en la doctrina de Santo Tomás, en donde queda sistematizado, con unos determinados contenidos y prioridades.

El humanismo renacentista cristiano vino a renovar sustancialmente las concepciones relativas al deber de

socorrer al enfermo. Si en los hipocráticos el deber pesaba sobre el médico, si en el cristianismo era obligación de todos los fieles, con los humanistas, fundamentalmente con Vives, la asistencia al enfermo, comienza a ser concebida como una obligación de la ciudad. La importancia, extrema, de este pasaje y sus repercusiones debe verse a la luz de las propias doctrinas, y también de las intensas polémicas desatadas a su alrededor. Ello significa centrar el estudio en tres focos. En primer término, en el marco doctrinal, el del erasmismo, como movimiento renacentista; dentro de él, en la figura del valenciano J.L.Vives como su figura central y descollante, y en su obra De subventione pauperum, en donde expone sus doctrinas. Por último, resulta importante el debate y la polémica a partir de la obra de Vives, puesto que da la pauta de lo innovadoras que resultaban sus ideas, y sirve para aproximarse tanto al pensamiento previo a este autor, cuanto al desarrollo posterior de sus ideas.

En una etapa posterior, hay que ver el principio de la beneficencia, y sus manifestaciones, ya introducido en la órbita del naciente Estado moderno. En este punto existen tres modelos semejantes, aunque con matices propios que resultan claves para entender la beneficencia como institución estatal. Estos modelos se encuentran en España,

con los monarcas católicos, en la Inglaterra isabelina, con sus leyes de pobres, y en Francia, en donde la influencia de Vives resulta tal vez más palpable. En este último país hay también que considerar el estado del principio y de sus instituciones en los momentos previos a la transformación revolucionaria.

Tras el análisis de las primeras manifestaciones de la asistencia benéfica secular, es preciso hacer el seguimiento de una nueva y grande transformación que sufrió la beneficencia como principio, en donde quedan ya patentes diversos matices en la concepción de la pretensión que ella satisfacía. En efecto, la beneficencia se institucionaliza, y lo hace de tres maneras diferentes en su raíz, aunque relativamente análogas en sus manifestaciones externas. Así, en España adopta un sesgo tradicional y cristiano, dando lugar a unas bien características instituciones de la beneficencia a la que se podría denominar paternal. Aquí será preciso centrarse en el derecho positivo español, con la Constitución de Cádiz, y las copiosas manifestaciones legislativas como las leyes generales de Beneficencia de 1822 y 1849, la el Real Decreto de regulación estatal, de 1875. Asimismo resultará importante analizar los enfoques jurídicos doctrinales que se hallaban en la base de aque-

llas realizaciones, con dos autores representativos de otras tantas posiciones, Colmeiro y Posada.

Tras referirse a la beneficencia paternal española, se hará el análisis de la beneficencia inglesa, cuyos matices característicos consisten en poseer, además de unas motivaciones piadosas, una orientación hacia metas utilitarias. Es la beneficencia utilitaria, cuyas repercusiones son de gran valor, pues permiten ver cómo, históricamente, hay una aproximación formal entre sanidad y beneficencia. Por fin, dentro de este capítulo, se verá la asistencia a los enfermos en la Francia de la Revolución. Aquí la asistencia benéfica se hace laica y fraterna. Es la beneficencia fraternal, que aspira a convertirse en principio fundante del Estado liberal nacido de la Revolución, y que sienta las bases de las ideas que en seguida la superaron.

Sanidad (La asistencia sanitaria en la órbita del poder estatal: fundamentos e instituciones)

Vistas en su casi totalidad las respuestas que se dieron a aquella pretensión humana a satisfacer mediante la asistencia sanitaria, es preciso ver otras manifestaciones que se han caracterizado por ser formalmente análogas, aunque diversas en su objeto y fines, y que, en muchos casos

tendieron a concurrir y a superponerse. También estas manifestaciones sirvieron como límite a la asistencia sanitaria individual, tendencia que se repetirá en sus repercusiones, cuya manifestación más acabada es la de la sanidad asistencial. Se verán los orígenes, en los cuales hay algo de filantropía, y mucho de pragmatismo, rasgo que caracteriza a este tipo de expresiones.

Al referirse a la sanidad, hay que buscar sus fundamentos teóricos. Ellos se encuentran en la idea de policía sanitaria, formulada en el marco del cameralismo, expresión alemana del mercantilismo. Se analizará la gestación del principio, para comprender así que la sanidad tiene unos fines y unas instituciones que son expresión del poder del Estado. Si la beneficencia era la obra de la caridad colectiva, la sanidad es realización y manifestación genuina del creciente poder estatal. Esto último puede ser un elemento aprovechable para posteriores realizaciones, como luego se verá. En este contexto, no puede evitarse una referencia al sustento teórico de la sanidad en España, dado el alto desarrollo que esta institución luego tuvo y debido a los particulares sesgos que en muchos casos adoptó. Se verán, pues, aquellos economistas españoles adscribibles a la corriente mercantilista que trataron temas de sanidad y asistencia sanitaria.

Sobre los elementos expresados, el estudio se detendrá en el caso de la sanidad española como institución del siglo XIX. Con ello se pretende demostrar cómo se desarrollan las ideas sanitaristas, su alcance, contenidos y límites. También se pretende resaltar la carga doctrinal que ellas conllevaban. Así, la investigación se detendrá en las leyes, reglamentos y jurisprudencia españolas en materia de sanidad, a partir de la ley de 1855, y con los posteriores reglamentos de sanidad asistencial referidos a la asistencia de los enfermos pobres, como los de 1868, 1873 y 1891. Posteriormente se analizará la institución de la sanidad y sus motivaciones según las doctrinas jurídicas de la misma época.

Derecho (Necesidades y solidaridad: la asistencia sanitaria como derecho fundamental)

Conocidas la beneficencia y la sanidad, será preciso avocarse al análisis de la idea de derecho fundamental de contenido prestacional en cuanto instancia superadora de ambos conceptos. Para llegar a ello, en primer lugar se destacarán los límites de la beneficencia, con sus ideas de pobreza y de virtud como causa y fundamento de sus realizaciones. También se verán los límites de la sanidad, con la

noción de incolumidad pública como causa y el poder del Estado como fundamento de sus acciones. En este marco es preciso referirse luego a las posibilidades transformadoras, superadoras e integradoras por parte de la idea de derecho fundamental sobre las viejas concepciones de asistencia benéfica y sanidad asistencial.

Para llegar a comprender adecuadamente el principio, con sus manifestaciones y posibilidades en cuanto a la asistencia sanitaria individual, es preciso remontarse a sus orígenes a partir de la idea de solidaridad, y a su inmediato desarrollo posterior en el socialismo utópico del siglo pasado. Dentro de esta corriente es preciso referirse al socialismo utópico sanitario, el de Etienne Cabet, como condensación de las aspiraciones de satisfacer las necesidades de asistencia sanitaria. De este socialismo utópico sanitario se verán los elementos programáticos, sus caracteres y proyecciones.

En aquel marco, será necesario complementar el proyecto de Cabet con el nacimiento del instrumento jurídico que posibilite hablar de la asistencia sanitaria como derecho individual: los derechos humanos económicos y sociales, con la figura central de Louis Blanc en su concreción doctrinal. Ahora los derechos humanos gozan una transformación sin precedentes en cuanto a su naturaleza jurídica.

ca. Ya no son sólo libertades de acción, sino que son libertades de participación y, en el caso de la asistencia sanitaria, prestaciones. Dentro del mismo contexto, se verán las inmediatas repercusiones, de estas novedosas concepciones.

Por fin, se establecerá la correlación entre aquel socialismo y la asistencia sanitaria como derecho, con el análisis del concepto en sus orígenes: la reforma alemana de 1848, en el marco de la fugaz Revolución liberal de aquel mismo año. En este punto se verá la recepción de las doctrinas de Blanc por un grupo de médicos hipocráticos y salubristas, que vinieron a formular el concepto de asistencia sanitaria como derecho. Aquí se concibe que la salud del pueblo es un problema que concierne a toda la sociedad, quien tiene la obligación de preservarla. Asimismo se afirma que deben darse, por parte del Estado, los pasos conducentes a promover la salud y combatir la enfermedad, con medidas sociales y médicas. Se afirma, pues, que la asistencia a los enfermos no es una cuestión caritativa, como tampoco es un asunto vinculado a la obtención de una utilidad por parte de la sociedad o del Estado. Se plasma una idea tan simple como impresionante: ni beneficencia ni utilitarismo; sencillamente derechos.

En este marco resulta interesante referirse brevemente a las repercusiones de este tipo de planteamientos, con una exposición breve de un caso bastante arquetípico, el español. Así, se formulará un comentario de los preceptos constitucionales vigentes que recogen la idea de la asistencia sanitaria como derecho individual. Tras ver las diversas interpretaciones de los artículos correspondientes, se verá la plasmación definitiva de la asistencia sanitaria como derecho fundamental en la Ley General de Sanidad de 1986.

Justicia (Extensión y límites de un derecho: análisis e intento de síntesis)

Luego de este largo recorrido, se verán las proyecciones. En efecto, si se reconoce la asistencia sanitaria como derecho fundamental, hay que determinar luego cuáles serán las prestaciones que comprenderá ese derecho y cómo se distribuirán para que alcancen a todos por igual. Esto significará introducirse en los problemas relativos al contenido del mandato de la ley, y al modo en que aquél se satisfará. Un sistema de asistencia sanitaria que pretenda dar satisfacción a un derecho fundamental debería tender a igualar y asimismo a optimizar la distribución de salud en-

tre todos los miembros de una sociedad. La tarea es la de satisfacer la asistencia sanitaria según los contenidos de la pretensión moral que la reclama y de acuerdo al mandato de la ley que la juridiza. Esto requerirá el estudio de la dimensión, de los contenidos y de los límites de la asistencia sanitaria debida, en un tipo de problemática a la que se viene denominando como justicia sanitaria. Así, se verán primero los posibles modelos de fundamentación y los correlativos esquemas distributivos a que ellos pueden dar lugar. Luego se hará una crítica de los modelos expuestos para, finalmente, proponer a modo de esfuerzo propio unos elementos que permitan pensar de manera general y abstracta en los contenidos y límites de las prestaciones asistenciales debidas.

SALUD y PROTECCION DE LA SALUD

Definiciones y conceptos: campo propio

de la asistencia sanitaria

SALUD

Introducción

El concepto de salud posee un papel central en la teoría de la asistencia sanitaria. Saber qué se entiende por "salud" es esencial tanto para la práctica clínica como para las actividades médico-asistenciales en general. De manera semejante, si se desea encarar el estudio de la asistencia sanitaria desde un punto de vista ético y jurídico, y con especial referencia a problemas de derechos fundamentales, será igualmente crucial poseer una concepción precisa y bien fundada acerca de qué es la salud.

En todos los ordenamientos y en toda la doctrina del derecho aparece la salud como un bien jurídicamente protegido o protegible. Basta revisar los pactos y declaraciones internacionales, las Constituciones, los códigos penales, los ordenamientos civiles y laborales, e igualmente un sinnúmero de leyes de los diferentes Estados, para que aparezca en ellas "la salud" como objeto de una protección específicamente estipulada por el legislador. Pero el término resulta en muchos casos vago y ambiguo. En efecto, en cada caso el legislador -o las altas artes contratantes- habrían tenido en miras unas notas de contenido

diferentes al referirse a "la salud". Por lo tanto habrá que dar comienzo al presente trabajo introduciendo algunas consideraciones conceptuales con relación a qué podrá entenderse por "salud". No será tarea fácil. Se trata de hacer una breve teoría de la salud, que capte la mayoría de las complejidades que concurren a formar concepto, desde las que se hallan en el lenguaje cotidiano hasta las propias de las ciencias médicas, sociales y jurídicas.

El análisis se hará en el siguiente orden: En primer lugar, se dará la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Luego será contrastada a fin de verificar su operatividad práctica. Se harán unos breves comentarios de tal definición, y a partir de allí se explorará el concepto de salud desde los varios enfoques que han intentado definirlo. Luego de ello, se propondrá un marco teórico que sirva para evidenciar las propiedades relevantes del concepto de salud, tal que, redefinido, goce de fuerza instrumental-funcional, tal que se sepa cuál será el concepto de salud propio de la asistencia sanitaria, y por qué. Por fin, se abordará el concepto jurídico de salud.

I.- Definición de la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó ya a partir de su documento fundacional, firmado el 22 de julio de 1946 en Nueva York, la siguiente definición: [1]

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o impedimento. [2]

Se comienza con este texto porque se trató de un paso importante: formular una definición en términos positivos, de tal modo que la salud no resultara una categoría residual. Pero, aunque audaz, es una definición oscura, en la cual al ya vidrioso concepto de salud se le añade el todavía más friable concepto de bienestar. Y para mayor complicación, en este contexto, bienestar podría incluir la satisfacción individual con el propio estilo de vida, e

[1] Para estudios sobre esta definición, ver: **CAL-LAHAN, Daniel**: "The WHO Definition of Health", en **MAPPES, Thomas A. y Jane S. Zembaty**: Biomedical Ethics, 2ª Edición (1ª Ed. 1981), McGraw-Hill Book Company, Nueva York, 1986, pp. 243 - 252; Allí se hace referencia, entre otras cosas, a las circunstancias históricas en las cuales se formuló la definición, aportación de gran valor hermenéutico;

[2] La versión inglesa dice: «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity». Las versiones castellanas son coincidentes con la transcripta, aunque suelen diferir en la última palabra, en cuyo lugar puede leerse 'dolencias', 'afecciones', 'invalidez', etcétera.

igualmente la exitosa adaptación al medio, introduciendo así conceptos aún menos claros, como los de "satisfacción" y de "adaptación exitosa" [3]. Inclusive sin cuestionar la vaguedad del concepto de bienestar -entendido en la definición casi como sinónimo de felicidad-, al confundir salud con el pleno bienestar, la definición tiende a sobremedicar la filosofía social [4]. Por otra parte, semejante formulación no deja lugar a la palpable realidad de que la salud, cualquiera sea la idea que de ella se posea, parece ser sobre todo una cuestión de grados, de niveles y de estándares. Cada persona podría estar más saludable de lo que se encuentra en cada momento dado; y la mayoría seguramente recuerde haber estado más saludable que en el momento actual, inclusive quienes nos creemos sanos. En este sentido se ha dicho que la salud es "como la fuerza o el placer,

[3] Ver ENGELHARDT, Tristam H., Jr.: "The Concepts of Health and Disease", en CAPLAN, Arthur L., H. Tristam Engelhardt, Jr. y James J. McCartney (editores): Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives, Addison-Wesley Publishing Co., Readings, Mass., 1981, pp. 31-46; p. 32;

[4] Ver DANIELS, Norman: Just Health Care, Cambridge University Press, Cambridge, 1985; p. 29; (ver más adelante);

que admiten grados, y no como el embarazo, o la virginidad, que son no o son, sin términos medios(*)". [5]

Mirando las consecuencias de la definición de la OMS, ¿Podría una alteración de ese "completo estado de bienestar físico, mental y social" -de ser concebible su existencia material, lo que resulta quimérico[6]- podría, digo, dar lugar a responsabilidad jurídica? ¿Sería dicho "completo estado de bienestar físico, mental y social" aquel cuya garantía de protección se propuso reconocer el constituyente español de 1978 en el artículo 43 de la Constitución española[7]? ¿Será aquel concepto el que se in-

(*) **Nota:** Las citas de textos en otro idioma, mientras no se indique lo contrario, debe entenderse que han sido traducidas por el que suscribe;

[5] Ver **KASS, Leon R.:** "Regarding the End of Medicine and the Pursuit of Health", en **CAPLAN, Arthur L. y otros:** Concepts of Health..., citado; pp. 3 - 31; p. 10;

[6] Reiteradamente se ha señalado que el vivir es un proceso dinámico, y que es imposible alcanzar un estado fijo y definitivo, libre de agentes patógenos. Ver: **MORAGAS, R.:** "Enfoque sociológico de distintas concepciones de salud", en Papers. Revista de Sociología, N° 5, 1976, pp. 31 - 57; Para René Dubos, el verse completamente liberado de dolencias y de lucha [orgánica en el sentido de adaptación homeostática] por la sobrevida es casi incompatible con el propio proceso de vivir. Ver **DUBOS, René:** The Mirage of Health: Utopias, Progress, and Biological Change (Reimpresión, 1ª edición 1959), Harper Colophon Books, Nueva York, 1979; p. 1;

[7] "Art. 43.1.- Se reconoce el derecho a la protección de la salud."

cluye en el artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (Organización de las Naciones Unidas, París 10.XII.48) [8]? ¿Será el propio del artículo 12.1 del Pacto internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (ONU, Nueva York, 16.XII.66) [9]? ¿Es el del artículo 11 de la parte I de la Carta Social Europea (Turín, 18.X.61) [10]? Finalmente, ¿puede la definición de la OMS ser operativa si se pretende hablar de un derecho a la salud, que pudiera informar las más diversas áreas de la legislación positiva -penal, civil, social, administrativa, ambiental- y la jurisprudencia de los tribunales? Parece difícil, a la luz de las consideraciones formuladas más arriba.

[8] "La Asamblea General Proclama: (...) artículo 25.1: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud (...)" ; Los declaraciones se citan según el texto en **PECES-BARBA MARTINEZ, Gregorio, con Liborio Hierro, Santiago Iñiguez de Ozoño y Angel Llamas: Derecho positivo de los derechos humanos**, Col. Universitaria, Serie Derecho (Dir. G. Peces-Barba), Debate, Madrid, 1987;

[9] "Los Estados partes en el presente pacto (...) Conviene en los artículos siguientes: (...) 12.1: Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental."

[10] "Los Gobiernos signatarios, Miembros del Consejo de Europa (...) Conviene en lo siguiente: Parte I.- (...) 11: Toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda alcanzar."

II.- El concepto de salud. Posibles enfoques

Puede afirmarse la existencia dos tipos de aproximaciones a la idea de salud: las biomédicas y las no biomédicas, aunque será más elocuente llamarlas "anátomo-clínicas" y "no anatómoclinicas". Las primeras son aquellas que utiliza la medicina práctica para formular el juicio clínico sobre la salud o enfermedad de una persona. Las segundas son propias de las ciencias sociales: la antropología, la filosofía de la ciencia y, como en nuestro caso, las ciencias jurídicas al estudiar la protección de la salud como derecho. Debe sin embargo subrayarse desde ya que el juicio clínico efectuado por el médico según las reglas del arte incluirá implícitamente muchos conceptos no anátomo-clínicos.

1) Aproximaciones anátomo-clínicas

Se consideran aquí los criterios a los cuales se atienden los médicos cuando formulan el juicio clínico sobre el estado de salud de una persona. Así, existen múltiples criterios para considerar a una persona sana o enferma. Laín Entralgo describe los siguientes: el criterio morfoló-

gico, el etiológico, el fisiológico, el funcional y el comportamental o conductal[11].

Criterio morfológico

Se reputa sano aquel individuo a quien el médico que técnicamente explora no puede descubrir clase alguna de deformación, directa o indirectamente perceptible. Hay salud cuando no hay alteración de la estructura anatómica. Esta es una concepción clásica, pero que ha sufrido mutaciones con los avances científicos y tecnológicos. De tal suerte que en un principio podía entenderse que se trataba de la ausencia de malformaciones o deformidades anatómicas. Luego se consideró, consecutivamente, la "lesión anátomopatológica", la "histopatológica" o "celular". Más modernamente, la "lesión subcelular" (o de las organelas intracelulares) y la "lesión bioquímica", situada ya en el nivel molecular y de los procesos químicos del organismo[12].

[11] Ver LAIN ENTRALTGO, Pedro: Antropología médica, 1ª Reimpresión (1ª Ed. 1984), Salvat Editores, Barcelona, 1984; pp. 187 y ss.;

[12] Así, respectivamente, una hernia discal o una malformación cardíaca; la metamorfosis o cambio graso del hígado, o "hígado moscado" en los estadios iniciales de la cirrosis; la atrofia de los islotes de Langerhans en la diabetes mellitus; las alteraciones de la membrana celular en cualquier proceso inflamatorio; la carencia de cerulo-

Ejemplo de este modo de concebir qué es salud, y por ende "persona sana", son los estudios radiológicos masivos que se realizaban a los reclutas y estudiantes. Salud es ausencia de lesión, sea cual fuere el nivel anatómico, histológico, subcelular o bioquímico que se considere.

Criterio etiológico

En esta concepción, salud es la ausencia de aquellos elementos clásicamente considerados como causantes de especies morbosas: constitución genética y agentes patógenos externos. Así, una persona será considerada sana si no se puede demostrar en ella la presencia de una configuración heredopatológica ni la existencia de cuerpos extraños, tóxicos o agentes virales, microbianos o parasitarios[13].

Criterio fisiológico

plasmina (una enzima encargada del transporte del cobre) o de apoferritina y transferrina (ídem, para el hierro) en las enfermedades de Wilson y hemosiderosis/hemocromatosis.

[13] Buenos ejemplos de esta concepción sería la intradermoreacción de Mantoux para la tuberculosis y la prueba de Wasserman para la sífilis hechas a grandes grupos de población. Su punto de partida es la inseparabilidad entre entidad morbosa y causa morbosa.

Aquí la salud consiste en un ajuste de las constantes vitales -pulso, tensión arterial, temperatura, ritmo respiratorio, conciencia, sensibilidad, motricidad, coordinación neuromotora, metabolismo, etcétera- a los valores considerados propios de la norma funcional de la especie[14].

Criterio funcional

En este caso salud es sinónimo de aptitud para un desempeño determinado: ejecución de un oficio, arte o profesión. Aunque pueda variar de persona a persona, se dirá que alguien tiene salud, está sano, si puede cumplir de manera adecuada la función, generalmente laboral, que de esa persona se espera. Será variable según la labor que cada uno realice: Si, por ejemplo, en una agrupación operística, el primer violín padece una disfonía pasajera y la soprano tiene un pequeño corte en un dedo, nada impediría la función. Si la situación fuese a la inversa, el grupo no podría actuar. No tiene que ver con la destreza. Salud es la falta de impedimento funcional.

[14] Ejemplo de esta concepción de salud son la toma diaria de la tensión arterial, las pruebas funcionales respiratorias, y los otrora muy difundidas determinaciones del metabolismo basal.

Criterio conductal

Salud se interpreta, según este criterio, como la capacidad del individuo para adaptarse e integrarse a su entorno. Aquí por adaptación e integración se entenderá la adecuación a ciertas pautas que serán las propias de la sociedad a la que se pertenezca. No se trata de un criterio estrictamente sociológico. Lo social tiene aquí una simple función de referencia en la formulación del juicio clínico.

2) Aproximaciones no anátomo-clínicas

Pueden a su vez agruparse en dos tipos: subjetivas y objetivas, aunque en la práctica una y otra se confunden y entrelazan dejando lugar a la existencia de vastas zonas fronterizas.

El criterio subjetivo

En este caso hablar de salud es remitirse a un estado de conciencia del yo, tal que se considere a sí mismo como sano. Este criterio presupone la existencia de un yo plenamente consciente y maduro, por lo que los niños,

los deficientes mentales y las personas demanciadas quedarían excluidas, al igual que aquellos que padezcan ciertas formas de psicosis y quienes sufran alteraciones de la conciencia (confusión, coma, lipotimia, letargo, etc.). Salud será, subjetivamente, nada más que un sentimiento convencido de estar sano, y que variará con dependencia de la edad, el biotipo y los patrones culturales. Eso sería todo. Pero considerado con algún detenimiento, es algo menos simple de lo que podría parecer. En efecto, menos los siguientes elementos concurren, para Laín, a formar este criterio[15]:

a.- Conciencia de la propia validez: es el conocimiento de hasta dónde se puede llegar; el saber cuáles son los propios límites, y por ende el campo de actuación posible.

b.- Sentimiento de bienestar psicoorgánico: consistente en el llamado "silencio del cuerpo" o "silencio de los órganos". Es el no tener conciencia de los propios órganos, el digerir, respirar y secretar humores sin la experiencia continua de que así ocurre. Esta no conciencia del cuerpo y los órganos tiene unos límites relativamente difusos, dado las inevitables molestias leves y dolores e inco-

[15] Ver LAIN ENTRALGO, Pedro : "Qué es la salud", en Jano, Vol. XXXV, N° Extra, noviembre de 1988, p. 125; También LAIN ENTRALGO, Pedro: Antropología médica, citado; p. 194;

modidades pasajeras que a veces conlleva la propia dinámica de los procesos fisiológicos.

c.- Cierta seguridad de poder seguir viviendo: es el llamado "sentimiento de no amenaza vital". Está también en relación con lo dicho más arriba en (a.-). Para el propio Laín, "ese sentimiento de 'no amenaza vital' es parte esencial en la experiencia íntima de la propia salud"[16].

d.- Libertad respecto del propio cuerpo: salud en este sentido es el ser libre para desentenderse del cuerpo, para contar con él y poder no emplearlo conscientemente. Esta libertad consiste en que el propio cuerpo no obligue a la persona a obrar de una manera estricta, marcada por la voluntariedad y el esfuerzo.

e.- Un sentimiento de básica semejanza vital con los demás: consiste en no sentirse anómalo con respecto a quienes le circundan, en considerarse a sí mismo como un igual entre iguales.

f.- La posibilidad de manejar las relaciones con los demás según el propio talante, eligiendo en cada momento, dentro de lo posible, la compañía o la soledad.

La evaluación del nivel de salud hecha por el propio individuo no parece guardar relación con los episo-

[16] LAIN ENTRALTGO, Pedro: Antropología médica, citado; p. 193;

dios que han inducido la consulta al médico. Así, por ejemplo, las familias jóvenes y con hijos de corta edad, tienden a considerar su estado de salud como "muy bueno", aún cuando visitan asiduamente al médico, ya sea por enfermedades propias de la infancia, ya por pequeños accidentes domésticos[17]. En otros grupos poblacionales, como el de los ancianos, por el contrario, tienden a considerarse a sí mismos como verdaderos "enfermos" aún cuando concurren a la consulta por cuestiones relacionadas a los secularmente llamados "achagues propios de la vejez"[18]. El sano y el enfermo no pueden en definitiva evitar su condición de sujetos sociales, rodeados a su vez de otros sujetos que les reclaman y a quienes reclaman según un complejo sistema de asignación de roles[19].

[17] Ver DURAN, María Angeles (directora): Informe sobre Morbilidad, Mortalidad y Condiciones Socioeconómicas, Instituto de Estudios Laborales y de la Seguridad Social, Madrid, 1980;

[18] Los datos de la Encuesta Nacional de Salud presentada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en mayo de 1990 revela que el 80% de los españoles mayores de 65 años se declaran enfermos crónicos, siendo el padecimiento de mayor incidencia el reuma, y destacando el bajo cumplimiento o el elevado abandono de los tratamientos por parte de estos pacientes. Datos tomados de la nota de L.A.: "El 60% de los españoles se considera enfermo crónico", en el diario El País, 2 de junio de 1990, pág. 31;

[19] Ver DURAN, María Angeles: Desigualdad Social y Enfermedad, "Semilla y Surco", Colección de Ciencias Sociales, Serie de Sociología, Tecnos, Madrid, 1983; p. 35;

Los criterios objetivos

Se verán aquí el criterio sociológico, el bioestadístico y el holístico.

El criterio sociológico

No será fácil llegar a una determinación sociológica de lo que es la salud; o al menos no a una definición única, formulada desde la sociología, sin antes hacer algunas precisiones.

Dentro de este terreno habrá diversos enfoques relativos a la salud. Clásicamente se han descrito dos corrientes: una que presenta y estudia los fenómenos de salud y enfermedad como conceptos biológicos fundamentados socialmente. Y otra cuyo objeto de estudio la sociedad como un todo, y que investigará los efectos o resultados sociales de fenómenos -salud y enfermedad- definidos inicialmente como biológicos. Aquí conviene orientarse hacia la primera de estas corrientes.

Más modernamente se ha distinguido entre "sociología de la medicina" y "sociología en la medicina" [20]. La primera estudia el reclutamiento y origen de los médicos, prácticas, aprendizaje, sus relaciones con otros profesionales, las organizaciones y poder médicos, etc. [21] La segunda, se ocupa de la etiología social y ecología de la enfermedad, así como de la definición, las actitudes y las conductas con respecto a la salud [22].

[20] Esta distinción fue introducida por el sociólogo estadounidense R. Strauss. Ver **STRAUSS, R**: "The Nature and Status of Medical Sociology", en American Sociological Review, 22-1957, pp. 200-204; según se cita en **DURAN, María Angeles**: Desigualdad Social y..., citado; p. 15;

[21] Por ejemplo: **BERLANT, Jeffrey Lionel**: Profession and Monopoly. A Study of Medicine in the USA and Great Britain, Univ. of California Press, Los Angeles, Berkeley, Londres, 1975; **BULLOUGH, Vern L.**: The Development of Medicine as a Profesio. The Contribution of Medieval University to Modern Medicine, S. Karger, Basilea, 1966; **TUCKETT, David**: "Doctors and Society", en **TUCKETT, David (editor)**: An Introduction to Medical Sociology, 2ª reimpresión (1ª Ed. 1976), Tavestock Publications, Londres y Nueva York, 1980; **TURNER, Bryan S.**: Medical Power and Social Knowledge, SAGE Publications, Londres, 1987;

[22] Por ejemplo: **FARROW, Stephen**: "Unemployment and Health", en **BYRNE, Peter (editor)**, Rights and Wrongs in Medicine, Serie King's College Studies, King Edward's Hospital Fund for London, Londres, 1986, pp. 127-139; **BELMARTINO, Susana y Carlos Bloch**: "Estado, clases sociales y salud", en Social Science and Medicine, Vol. 28, n° 5, 1989, Pergamon Press, Oxford, 1989, págs. 497-514; pág. 497; También Vicente Navarro, María Angeles Durán, Isidoro Alonso Hinojal, entre otros;

A su vez, dentro de la sociología en la medicina, las aportaciones serán bien diversas según sea la perspectiva teórica que domine. Así se podrán distinguir al menos seis maneras de acceder a la sociología de la salud, según otras tantas perspectivas. [23] Ellas son:

1.- Perspectiva antropológica: que estudia la configuración de ideas, normas y valores generados y aprendidos socialmente y su repercusión en la idea de salud y enfermedad [24]. Así, esta perspectiva antropológica se ocupa de las ideas sobre salud y enfermedad, sobre la muerte, y sobre sus causas y remedios. Estudia también el lenguaje relativo a las enfermedades y los ritos sociales de enfermedades y muerte. Finalmente, se avoca al estudio de la valoración social de la enfermedad y del enfermo.

2.- Perspectiva institucionalista: estudia el sistema de asistencia sanitaria, las corporaciones sanita-

[23] Para más detalles, ver DURAN, María Angeles: Desigualdad Social y..., citado; pp. 17 y ss;

[24] Por ejemplo: COE, Rodney: Sociología de la medicina, 2ª Edición (1ª Ed. 1973), tr. Luis García Ballester y R. María Martínez Silvestre, Col. Alianza Universidad N° 55, Madrid, 1979 (versión castellana de Sociology of Medicine, McGraw-Hill Book Company, Nueva York, 1970) ; ACKER-KNECHT, Erwin H.: Medicina y antropología social, Estudios varios seleccionados por H.H. Walsen y H.M. Koelbing, trs. Luis García Ballester y Pilar Guijarro Arcos, Colección Akal Universitaria, N° 70, Serie Antropología, Akal, Madrid, 1985; y LAIN ENTRALGO, Pedro: Antropología médica, citado;

rias, los hospitales y centros médicos sus relaciones con las instituciones económicas, legales y sociales. Incluye el estudio médico-corporativo, pero también el de otras profesiones sanitarias.

3.- **Perspectiva ecológica:** efectúa el estudio de la distribución temporal y espacial de las enfermedades, su prevalencia e incidencia a lo largo del tiempo; también estudia el medio ambiente y su relación con la salud y la enfermedad, y la morbilidad y mortalidad temporal e interregional, comparativa y evolutiva[25].

4.- **Perspectiva interaccionista:** es el enfoque más centrado en el individuo. Se insite en los aspectos de salud y enfermedad en tanto procesos que se dan en el tiempo, con un principio, un desarrollo y un final. Su campo de estudio es fundamentalmente el de la enfermedad entendida como un proceso mediado socialmente, centrándose en el papel del enfermo. Estudia también los papeles complementarios: las relaciones médico-enfermo-familiares, y la enfermedad como alteración de la vida cotidiana.

5.- **Perspectiva conflictivista:** el conflictivismo como teoría sociológica destaca los elementos conflictivos

[25] Por ejemplo, **SAN MARTIN, Hernán: Salud y enfermedad**, 4ª Edición (1ª Ed. 1964), La Prensa Médica Mexicana, México D.F., 1988;

como claves para la comprensión de cualquier situación social. Sus líneas de estudio son la enfermedad y la lucha de clases, la medicina y los conflictos interculturales. Estudia la salud, la enfermedad, la asistencia médica y la medicina en la discriminación sexual o en el choque generacional. Trata las diferencias entre el ámbito rural y el urbano, y los conflictos intrainstitucionales[26].

6.- La perspectiva globalizadora: intenta centrarse sobre todo en el estudio de la sociedad como 'sujeto' de la enfermedad, mientras se ocupa de los individuos en tanto ellos representan manifestaciones sintomáticas de la enfermedad social subyacente.

Pero todavía se pueden hacer otras distinciones en cuanto a la forma en la cual la sociología puede abordar el estudio de la salud. Se trata de las distintas concepciones ideológicas a partir de las cuales se desarrollan diversas corrientes propias de la sociología en la medicina, y que han sido expuestas por I. Alonso Hinojal[27].

[26] Por ejemplo: **NAVARRO, Vicente (compilador): Salud e imperialismo**, Col. Salud y Sociedad, Siglo XXI Editores, México D.F., 1983; **NAVARRO, Vicente: Clases sociales y enfermedad**, Ed. Nueva Imagen, México D.F., 1979; **CARO, Guy: La médecine en question**, Petite Collection Maspero, Ed. François Maspero, París, 1974;

[27] Ver **ALONSO HINOJAL, Isidoro: Sociología de la Medicina**, Semilla y Surco, Colección de Ciencias Sociales, Serie de Sociología, Ed. Tecnos, Madrid, 1977; pp 19;

Ellas son las posiciones tecnocrática, la crítica y la romántica.

1.- Tecnocrática: esta posición tuvo gran auge durante los años sesenta; afirma que lo que la medicina necesita es un mejoramiento de las formas de prestación, lo que se logrará mediante el privilegio de los avances tecnológicos. Representante de esta corriente es el profesor de la Universidad de Harvard D.P. Rutstein[28].

2.- Crítica: que realiza un análisis marxista de la salud, concluyendo en que de nada vale tratar la enfermedad si no se cambian las estructuras económicas y sociales que le dan origen y cuyo más conocido representante es J.C. Polack[29].

3.- Romántica: que considera que la propia medicina es modernamente la causa de la enfermedad mediante la yatrogénesis clínica, social y cultural, y el desapoderamiento del cuerpo en favor de la ciencia médica y los médicos. En esta posición se encuentra Iván Illich[30].

[28] Ver RUTSTEIN, D.P.: The Coming Revolution in Medicine, Massachusetts Institute of Technology Press, Cambridge, Mass., 1967;

[29] Ver POLACK, J.C.: La medicina del capital, Editorial Fundamentos, Madrid, 1974;

[30] Ver ILLICH, Iván: Némesis médica: La Expropiación de la salud, 3ª reimpresión (1ª Ed. en castellano 1978), tr. Juan Tovar, Joaquín Moriz-Planeta, México, 1987 (ver-

Parecería que de todo este arco de posibilidades, un concepto de salud sociológico en el sentido más propio del término debería emanar desde la sociología en la medicina, y más concretamente desde la perspectiva antropológica, sin que resulte aquí apropiado sumarse a ninguna posición ideológica, o al menos a ninguna de las enunciadas.

La aproximación sociológica en torno al concepto de salud ha sido de manera clásica más bien propio de la psiquiatría. Pero tiene en cualquier caso importancia el explorarlo aquí, ya que lo que se está pretendiendo es dilucidar de qué hablan los operadores sanitarios cuando están hablando de salud.

Para referirse a salud como una condición sociológica (en el sentido antes apuntado), deben previamente determinarse al menos tres conceptos propios de esta ciencia, a saber: el de rol o papel, el de tarea y el de socialización (o sociabilización).

Rol se define como la forma organizada de participación de un individuo en un sistema social, con especial referencia a la organización de tal sistema social

sión castellana de Medical Nemesis, Random House, Nueva York, 1976); Para un resumen de esta posición, ver **CUEVA, Justo de la y Margarita Ayestarán**: "La medicina como coartada de una sociedad patógena", en Cuadernos para el Diálogo, mayo de 1975, pp. 39 - 43;

como colectividad. Los roles constituyen por esto el foco primario de articulación y por ende de interpretación entre las diferentes personalidades individuales, por una parte, y los sistemas sociales por la otra. Tarea es cada uno de los subsistemas de un rol, definidos por un conjunto coherente de operaciones físicas, las cuales ejecutan una función o funciones en relación con el rol y/o la personalidad del individuo que las ejecuta. Son conductas más diferenciadas y más especializadas que los roles. Un rol se compondrá de varias y diferentes tareas. La tarea es el punto en el cual el individuo se articula con el mundo físico. Socialización o sociabilización es el muy complejo proceso mediante el cual se logra la organización las personalidades individuales de los miembros de un grupo en tanto pertenecientes a dicho grupo.

La salud mental se referirá a la capacidad de desempeñar un rol. La salud somática estará sociológicamente en relación con la aptitud para la realización efectiva de tareas valiosas, conducentes y relevantes para el rol socialmente asignado.

Con estos elementos, la salud quedará sociológicamente definida por T. Parsons como:

Aquel estado de óptima capacidad de un individuo para la ejecución efectiva de los roles y tareas para los cuales ha sido socializado. [31]

No obstante cómo se entienda tal capacidad será, a todas luces, el resultado de la institucionalización de las expectativas con respecto a la ejecución o desempeño de los roles y tareas en una sociedad determinada. Siempre habrá, por lo tanto, patrones de adecuación a tal ejecución o desempeño. Por ende, también habrá estándares de las capacidades subyacentes que serán tomadas en cuenta en el momento de valorar la salud. De estos últimos resultará un baremo de distinciones entre los individuos que no son "satisfactorios" desde el punto de vista de aquellos patrones y estándares. Tal gradación no es considerada por esta definición.

Para avanzar en este análisis habrá que resaltar que, cualquier caso, es notorio que hay uniformidades en la constitución de todos los grupos humanos a nivel orgánico. La enfermedad tiene en casi todos los casos un sustento biológico (p. ej. cáncer, hemiplejías, insuficiencia cardí-

[31] **PARSONS, Talcott**: "Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure", en **CAPLAN, Arthur L. y otros**: Concepts of Health..., citado; pp. 57 - 81; p. 65;

aca congestiva, etcétera.) Por lo tanto habrá muchos problemas de medicina somática que podrán aparecer como relativamente independientes de la variabilidad social o cultural. Pero aun cuando la enfermedad como tal pueda ser una afección biológica, la idea de enfermedad no lo será, ni tampoco el modo en que los grupos e individuos humanos respondan hacia ella. Parece, pues, que la designación de enfermedad puede ser un acto social que escoge algún atributo humano, lo valora como indeseable y realiza esfuerzos para controlarlo o erradicarlo[32].

En vista de antedicho, los sociólogos han procurado más recientemente dotar de mayor contenido biológico al concepto de salud. Para ello se ha recurrido al concepto de teleonomía, entendiendo por ella "la capacidad de un organismo, o al menos su adecuada tendencia, para llevar adelante fases de funcionamiento, y en especial comportamientos, orientados exitosamente hacia el logro de metas." [33] O bien la capacidad de comportarse de un modo

[32] Para un estudio más pormenorizado de este punto, ver **FREIDSON, Eliot**: La profesión médica: Un estudio de sociología del conocimiento aplicado, tr. María Isabel Hirsch, Col. Homo Sociologicus, N° 17, Eds. Península, Barcelona, 1978 (versión castellana de Profession of Medicine, Dodd, Mead and Company, Nueva York, 1970); pp. 213 - 216;

[33] **MAYR, Ernst**: "Teleological and Teleonomic: A New Analysis", en **COHEN, Robert S. y Marx W. Wartofsky**, Methodological and Historical Essays in the Natural and Social

orientado coherente y constructivo respecto del fin al cual conduce[34] La orientación de conductas presupone la integridad de sistemas previos no conductales, como la estructura física y las funciones metabólicas. Lo conductal implicaría la movilización de recursos y de capacidades del organismo como un todo en la regulación de su relación con el medio ambiente. Esta movilización de recursos estará relacionada, en cada organismo vivo, con su posición en la escala biológica, y resultará más organizada y compleja según se ascienda en ella. En el hombre se avanzará más allá de las condiciones anátomo-fisiológicas del cuerpo, y también más allá de los ambientes físicos y orgánicos. Así, se incluirá la movilización de recursos y capacidades hacia su ambiente psicológico y sociocultural. Con esto, el concepto resultará redefinido diciendo que:

La capacidad teleonómica llamada salud es la de mantener un estado favorable, autoregulado, el cual es prerequisite para la efectiva ejecución

Sciences, Boston Studies in the Philosophy of Science, N° 14, Synthese Library, 60, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, Holanda, 1974, pp. 17 - 117;

[34] Ver LAIN ENTRALGO, Pedro: El cuerpo humano: Teoría Actual, Col. Espasa Universidad N° 16, Espasa-Calpe, Madrid, 1989; p. 81;

de un rango indefinidamente amplio de funciones [roles y tareas] tanto dentro del sistema, cuanto en relación con el medio ambiente [físico y social de cada individuo]. [35]

Aparecen en esta definición unas interesantes matizaciones. En efecto, ahora para definir salud se emplea un triple sistema de referencias respecto del cual el individuo deberá poseer capacidades. Por una parte, como en la definición anterior, cada persona deberá ser capaz de realizar de manera efectiva los roles y tareas para los cuales ha sido socializado. Pero ahora se admiten grados. En esta nueva definición deben también considerarse las capacidades referentes a las relaciones del individuo con respecto a su medio ambiente físico y social. Esto significará, en primer lugar, una buena adecuación al entorno y una correcta regulación y adaptación del medio interno y la psiquis al medio externo (homeostasis). En segundo término, al introducir en el concepto de salud las relaciones del individuo con respecto a su ambiente social lo que se pone de manifiesto es la necesidad de un juicio social favorable en cuanto al

[35] **PARSONS, Talcott**: "Health and Disease: A Sociological and Action Perspective", en **REICH, Warren T.**: Encyclopedia of Bioethics, New York Free Press, Nueva York, 1978, pp. 590 - 599; p. 591;

estado de salud del individuo, con lo que se supera el vacío que dejaba la primera definición en cuanto a la variabilidad de los estándares de satisfactoriedad en cada sociedad y en cada tiempo y lugar[36].

El criterio bioestadístico[37]

Es una concepción que hunde sus raíces en el pensamiento clásico. En él, la salud era aquel estado en el cual el cuerpo se encontraba en consonancia con la naturaleza, en una suerte de perfección natural. El estar sano resultaba del equilibrio y la armonía de las potencias presentes en el hombre. Así, en el que se considera como primer texto de patología científica occidental, el de Alcmeón de Crotona (alrededor del 500 A.C.), puede leerse:

[36] Según lo que F. Savater apunta, el criterio sociológico de salud, tiene una versión peyorativa. En ella la salud sería, desde la óptica clínica pública, la condición menos conflictiva socialmente y más productiva laboralmente, y en donde el hecho de que se acompañe o no de placer es cosa irrelevante, salvo como resfuerzo motivador en algunas ocasiones. Ver **SAVATER, Fernando**: "Paradojas éticas de la salud", en **SAVATER, Fernando**: El contenido de la felicidad, 4ª Edición (1ª Ed. 1986), Col. El País, Ediciones El País / Aguilar, Madrid, 1988, pp. 91 - 105; p. 98;

[37] Ver **NORDENFELDT, Lennart**: On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach, Serie Philosophy and Medicine N° 26, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, Holanda, 1987; pp. 15 y ss.;

Lo que conserva la salud es el equilibrio de las potencias: de lo húmedo y lo seco, de lo frío y lo caliente, de lo amargo y lo dulce, etcétera, pero el predominio de una entre ellas es causa de enfermedad; pues el predominio de cada opuesto provoca corrupción[38]

Esta es la llamada "isonomía de las potencias", que como 'buena mezcla de los humores' estaba ya presente en los presocráticos.

Platón, por su parte, afirma:

Para todo el mundo es evidente de dónde proceden las enfermedades. Son cuatro los elementos de que se compone nuestro cuerpo: la tierra, el fuego, el agua y el aire. El exceso o defecto, contrarios a la naturaleza en esos elementos, o bien el hecho de cambien su lugar por un lugar que les es

[38] Se transcribe según la versión castellana en: **LOPEZ PIÑERO, José María: Medicina, historia, sociedad: Antología de clásicos médicos, 3ª Edición (1ª Ed. 1969) Col. Ariel Quincenal, Ariel, Barcelona, 1973; p. 25;**

extraño, (...) son cosas que dan lugar a los desórdenes interiores y a las enfermedades.[39]

Este, que es el concepto del Corpus Hipocrático, era ya el de Empédocles, y es también el de Aristóteles; y el que continúa en Galeno[40]. La salud es, en este contexto, justicia cósmica, pureza, belleza, fortaleza y recta proporción[41]. Por esta razón Laín afirma que:

La salud es vista [por los hipocráticos] como una aplicación más de la doctrina de la epikráteia, pacífica pugna sin victoria, más aún, con mutua

[39] Timeo, 83-a; Edición consultada: **ARAUJO, María y otros: Obras completas de Platón**, 2ª Edición (1ª Ed. 1966), Tr. del griego, preámbulos y notas por María Araujo y otros, con introducción de José Antonio Míguez, Col. Grandes Culturas, Aguilar, Madrid, 1981;

[40] Para un estudio profundo sobre los conceptos de salud y enfermedad en Galeno, ver **OTTOSSON, Per-Gunnar: Scholastic Medicine and Philosophy. A Study of Commentaries on Galen's Tegni (ca. 1300-1450)**, Bibliópolis, Nápoles, 1984; También **LAIN ENTRALGO, Pedro: El cuerpo humano. Oriente y Grecia**, Col. Espasa Universidad N° 7, Espasa-Calpe, Madrid, 1987; pp. 63 y ss.;

[41] Ver **RODRIGUEZ ALFAGEME, Manuel I.: La medicina en la comedia ática**, (Tesis doctoral), Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Complutense de Madrid, 1973;

colaboración entre las múltiples potencias y los diversos humores que componen el cuerpo. [42]

Esta tradición naturalista se extiende también al cristianismo. San Isidoro de Sevilla, en el Libro IV de sus Etimologías adopta la teoría del equilibrio de los cuatro humores, sangre (aire), bilis (fuego), melancolía (tierra) y flema (agua). Tales deben estar presentes en las proporciones estipuladas por el orden natural.

Por estos cuatro humores se rigen los hombres sanos; por ellos padecen los enfermos, pues, cuando han aumentado más de lo que es natural, producen las enfermedades. [43]

Lo que es "natural" es lo deseable, y lo "contrario a lo natural" resulta indeseable. Pero el equilibrio de las potencias o humores no se situaría exactamente en un

[42] LAIN ENTRALGO, Pedro: La medicina hipocrática, Col. Clásicos de la medicina, Ediciones del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 1976; p. 88;

[43] ISIDORO de SEVILLA, San (570-636): Etimologías (dos tomos) Edición bilingüe. Texto latino, versión española y notas por José Ocoz Reta y Manuel A. Marcos Casquero, Col. Biblioteca de Autores Cristianos, La Editorial Católica, Madrid, 1982; Libro IV, De Medicina, Tomo I, p. 483;

punto rígido. Oscilaría dentro de una cierta tolerancia, cuyos límites serían imprecisos. Lo natural, lo normal, implicaría unos estándares a los cuales deberían adecuarse las funciones y conducta humanas. A esta concepción de la salud subyace, pues, una idea de estándar estadístico, aun cuando sea establecido intuitivamente y sin ningún soporte numérico.

La concepción naturalista clásica persiste hasta nuestros días. Es frecuente hallarla en el lenguaje de la "normalidad" y el "equilibrio", de las ciencias biomédicas. Baste un ejemplo, tomado de un tratado de medicina interna: "Salud es (...) el equilibrio entre las unidades estructurales y funcionales del individuo (...) [con más] la percepción psíquica de dicho equilibrio." [44]

Modernamente se ha procurado dar a esta formulación un sustento científico mediante el uso de la normalidad estadística. Pueden describirse dos etapas. Una primera, en la cual no se interroga sobre qué es lo que hace que una función o conducta sea deseable o indeseable. Simplemente se aplica el análisis estadístico a la adecuación de las funciones psíquicas y orgánicas al promedio general.

[44] SCHÜLLER PÉREZ, A.: Medicina interna (tres volúmenes) Paz Montalvo, Madrid, 1981; T° I, p. 6;

Y una segunda, en la que sí se intenta responder a la cuestión de la deseabilidad. Aquí se establece que la normalidad biológica consiste en la adecuación a ciertas metas naturales. Estas metas naturales no provienen de valoraciones ajenas al organismo, sino que le pertenecen en su propia constitución íntima. El conocimiento -científico- de aquellas es posible de realizarse mediante el análisis estadístico de grandes muestras de población humana. Este es el llamado análisis bioestadístico, que sienta las bases de la teoría bioestadística de la salud[45].

Para su exposición será preciso referirse al concepto de "meta", tal y como la utiliza esta teoría. La palabra meta puede entenderse en diferentes sentidos. En sentido ideal, meta como un ideal ligado a las intenciones y deseos de un individuo o grupo de individuos. En sentido fáctico, meta como una cuestión de hecho, como una tendencia fáctica sin mediación del deseo o de la intención. Este último sentido es el que adjudica la teoría bioestadística al concepto de meta[46].

[45] Ver **BOORSE, Christopher**: "On the Distinction between Disease and Illness", en **CAPLAN, Arthur L. y otros**: Concepts of Health..., citado; 1981, pp. 93 - 105;

[46] Por ejemplo: en el código genético contenido en una célula huevo o cigoto está determinada la constitución biológica del futuro individuo. Aquí la meta es el logro, tras la ontogénesis, del nuevo ser tal y como la codifica-

La caracterización de la salud y la enfermedad fundada en metas, será de suyo teleológica. Pero, y esto diferencia la teoría bioestadística de las concepciones clásicas, aquí la idea de función natural o normal (estadísticamente determinada) no implicará de por sí una evaluación positiva de dicha función. Se limita a describir un estado de cosas, al que se puede denominar el "diseño propio de la especie". La salud teóricamente viene a ser estructuralmente análoga a la condición mecánica de un artefacto, determinada empíricamente según las intenciones del diseñador, en este caso, el análisis empírico (estadístico) de la especie[47]. Este tipo de análisis estadístico sobre grandes poblaciones de un especie servirá para determinar el funcionamiento típico de la especie, y la adecuación de cada individuo de ella al patrón de tipicidad. Ch. Boorse, su expositor, lo define así:

El normal funcionamiento de un miembro de la clase de referencia consiste en la ejecución, por cada una de sus partes constitutivas, de todas sus funciones estadísticamente típicas [metas],

ción genética lo ordena;

[47] Ver **BOORSE, Christopher**: "On the Distinction...", citado; p. 553;

con una eficiencia estadísticamente típica, como mínimo. [48]

En definitiva, para esta teoría bioestadística salud sería la capacidad de normal funcionamiento. Enfermedad es un estado que reduce esa capacidad por debajo de los niveles típicos de eficiencia. Tal capacidad es calculada estadísticamente con respecto a la especie de pertenencia, y dentro de ella con relación al propio grupo según la edad y el sexo, la etnia, el lugar, etcétera [49].

Sin dudar de la solidez de la teoría bioestadística, se formularán algunas matizaciones. En primer lugar, si bien explícita el concepto de reducción de la capacidad —subnormalidad— no brinda un concepto de "supranormalidad" patológica. En algunos casos, la supranormalidad será deseable (por ejemplo un coeficiente intelectual muy elevado); pero en otros casos no lo será (p.ej. hipertiroidismo,

[48] **BOORSE, Christopher**: "Health as a Theoretical Concept", en *Philosophy of Science*, N° 44, 1977; pp. 558 - 559;

[49] Así, por ejemplo, un individuo de 1,30 m de estatura no será "normal" o "anormal" hasta tanto no se determine su adecuación a lo estadísticamente típico de su grupo. Si se trata de una mujer joven pigmea su capacidad será típica; si es un varón adulto watussi, su capacidad estará muy por debajo de lo estadísticamente típico. En el mismo caso, si se trata de un niño de 10 años, será considerado "normal"; si se tratara de un adulto no lo sería.

taquicardias, etc.). Tal vez en términos bioestadísticos habría que definir la supranormalidad diciendo que un órgano o sistema funcionan supranormalmente si son más efectivos que el promedio estadístico en el cumplimiento de su tarea particular, siempre y cuando ello no acarree efectos colaterales negativos con respecto a su meta propia, ni a las metas del individuo como un todo.

En segundo término, la teoría bioestadística puede llegar a confundir procesos patológicos típicos con reacciones normales típicas de la especie. Véase el ejemplo de una infección: el sistema defensivo del organismo responde al ataque microbiano mediante la reacción inflamatoria. Esta reacción tiene por fin controlar y erradicar el microorganismo patógeno. No obstante, será difícil imaginar que un niño que padece una angina aguda sea un sujeto sano, cuyo cuerpo está respondiendo saludablemente a un ataque bacteriano. Sin embargo, así estaría ocurriendo desde el punto de vista bioestadístico. Podría aquí introducirse el matiz de que, siguiendo el ejemplo, la reacción inflamatoria de respuesta a la infección no es en sí enfermedad, sino respuesta saludable. Enfermedad habrá cuando aquel proceso, saludable en sí, produzca una disminución de la capacidad funcional de otros órganos o sistemas en relación con sus metas o las metas globales del individuo. En nues-

tro ejemplo, la enfermedad sería el cuadro febril y de postulación que acompaña al proceso anginoso. Como se ve, la teoría bioestadística, aunque bien construída, resulta poco completa en algunos casos.

El criterio holístico[50]

Esta aproximación considera a cada individuo como inescindiblemente formado por un ser biológico, un ser psicológico y un ser social. En función de tal concepción trazará una teoría de la salud que tratará de contener los tres elementos. Su exposición comienza del concepto más simple: que en el lenguaje cotidiano se predica de una persona que está saludable si ella se siente bien y puede funcionar dentro de su contexto social.

En esta teoría se ven dos fenómenos: uno subjetivo, el bienestar y la plenitud en la salud, y el malestar y el sufrimiento en la enfermedad; y uno objetivo, la capacidad o incapacidad medida en términos de adaptación funcional al entorno social. Los expositores del criterio holístico consideran que hay una interconexión primaria, causal,

[50] La más amplia exposición de esta teoría es la del profesor sueco L. Nordenfeldt, en su ya citada obra de 1987. Ver **NORDENFELDT, Lennart: On the Nature...** citado; pp. 35 - 105;

entre uno y otro fenómenos. Así, una sensación de plenitud o bienestar trae aparejada una adecuada capacidad. El dolor o sufrimiento traerán aparejados incapacidad. Plenitud es igual a capacidad y sufrimiento es igual a incapacidad.

La relación causal opera casi siempre en tal sentido, siendo mucho más difícil que lo haga en sentido inverso. En otras palabras, la incapacidad puede traer por consecuencia el sufrimiento, pero no de manera necesaria. Una persona en coma está incapacitada, sin experimentar sufrimiento ni dolor. En semejantes circunstancias estarían los demenciados, algunos deficientes mentales y personas con trastornos psíquicos. Es por esta razón que los sostenedores de esta teoría creen más apropiado para su desarrollo el centrarse en el estudio de capacidad e incapacidad como los conceptos nucleares, más que el dolor y el sufrimiento.

Para el estudio de la capacidad, se comienza por desentrañar su significado. Ello precisa, en primer lugar, una teoría sobre la acción. Para comenzar, no todas las acciones tienen el mismo rango; por el contrario, están jerárquicamente estratificadas. En efecto, mucho de lo que llamamos acción en sentido lato está, a su vez, compuesto por una serie de acciones en cadena. Por ejemplo, dar posada a un viajero se compone de una serie de acciones más

elementales: abrir la puerta de casa, quitar el cerrojo, girar la mano. El resultado final estará generado por una acción anterior, a la cual se llamará acción básica. Entre el uno y la otra habrá una relación causalmente necesaria. La acción básica deberá ser, en todo o en parte, causa suficiente para la existencia de la acción generada. De esta última habrá dos grados, el "logro" y la "actividad", según su complejidad.

Hasta aquí, la acción considerada en sí misma; pero la teoría toma en cuenta también los otros elementos de la acción. Así, para lograr una acción es necesario que el agente se halle en situación de realizarla. En este sentido se dirá que una persona tiene la posibilidad práctica de realizar una acción cuando concurren dos elementos: oportunidad y capacidad[51].

El elemento capacidad queda, pues, situado dentro del marco más amplio de la teoría de la acción. Capacidad sería contar con los recursos físicos y mentales suficientes como para ejecutar una acción. La existencia de capacidad o de incapacidad dependerá de la oportunidad en la que se pretenda realizarla. Así, por ejemplo, no se dirá

[51] Así, por ejemplo, sin digo que para un sujeto S es posible nadar en la práctica, con ello estoy diciendo que, dadas ciertas circunstancias, S nada;

que alguien es incapaz de caminar porque no pueda hacerlo en medio de un huracán. Luego, la oportunidad en que se pretenda ejecutar la acción deberá ser ordinaria o estándar para poder juzgar la capacidad del agente. Aquí surge la necesidad de introducir otra matización. Por oportunidad ordinaria deberá entenderse aquella que pertenece al entorno cultural del agente. Por ejemplo, un esquimal no entrenado, sería incapaz de sobrevivir en la jungla tropical. Pero no se dirá que padece de una enfermedad incapacitante, sino simplemente que carece del entrenamiento apropiado. Surge entonces la distinción entre capacidades de segundo y de primer orden.

Capacidad de segundo orden es la de poder adquirir, mediante aprendizaje y entrenamiento, un destreza o habilidad de primer orden. En el ejemplo anterior, el esquimal aprende a sobrevivir en la selva.

La capacidad que hace referencia a la salud del individuo es aquella capacidad de segundo orden. Estar sano es tener, como mínimo, una capacidad de segundo orden para ejecutar cierto tipo de acciones.

Todavía queda por aclarar cuáles son las acciones que una persona saludable debe tener la capacidad de ejecutar. En otras palabras, ¿cuáles son las metas que una persona sana debe ser capaz de conseguir mediante sus accio-

nes? Para la teoría holística, ellas consisten en cubrir las necesidades vitales y básicas. Estas necesidades tendrán las características de a) estar restringidas a los seres humanos —son necesidades humanas—; b) están relacionadas con metas que tienen un fundamento biológico; c) se pueden resumir en una corta lista de "necesidades básicas" de diferente importancia. Sobre estos tres puntos en sí no hay discusión. Lo problemático es el desarrollo del último. Aquél debería siempre incluir el logro de metas cuyo carácter de fundamental esté establecido por el propio individuo. A su vez, esto último presentará diversas dificultades. Baste pensar en el caso de un lactante: no por su inhabilidad para determinar por sí mismo sus metas, diremos que no goza de plenas posibilidades de estar lleno de salud. Piénsese también qué ocurriría si un adulto escogiera unas metas demasiado elevadas o irreales, o bien por el contrario si se tratase de una persona con una ambición extremadamente baja, o si eligiera metas contraproducentes. A partir de aquí surge la necesidad de ligar la salud no solamente a las metas vitales, incluyendo las establecidas por el propio individuo, hallando un elemento superador. Aquí aparece el concepto de bienestar.

Avanzando, pues, en el estudio holístico de la salud, a las capacidades y necesidades se adiciona el con-

cepto de bienestar, en cuyo marco aquellas quedan acotadas, logrando captarse su real significación. Así, se dirá que una persona está saludable si es capaz, dadas las circunstancias ordinarias de su ambiente, de alcanzar aquellas metas que son necesaria y conjuntamente suficientes para al menos un cierto grado de bienestar. El juicio acerca del "cierto grado de bienestar" se formulará sobre la base de qué es lo que cada sociedad considera como los límites mínimos del bienestar. Quien determine sobre la salud o enfermedad de una persona en el caso concreto, no será por sí mismo un evaluador individual. Por el contrario, estará aplicando los patrones de un evaluador primario, esto es, la sociedad vastamente considerada.

Queda visto cómo para la teoría holística los elementos biológicos (metas), psicológicos (bienestar) y sociales (juicio social) entretajan el concepto de salud, tal que unos resultan con respecto a los otros referencias recíprocas. Esta aproximación posee algunos puntos fuertes. Así, es capaz de introducir el aspecto dimensional de la salud. Mediante esta teoría, puede reconocerse la existencia de diversos grados de salud, desde un mínimo hasta un grado óptimo, dado que tanto las necesidades como el bienestar admiten grados. Por otra parte, abre la posibilidad de que tales grados de salud estén dados en función del

entorno. En efecto, una persona será más saludable cuanto mayor su capacidad de alcanzar sus metas vitales en cualquier medio. Ello brinda a la adaptabilidad un papel relevante dentro del concepto de salud. Finalmente, al implicar el bienestar, basta una sencilla matización para poder incluir a los niños en esta teoría de la salud. Así, se dirá que un niño está sano cuando, dado un apoyo adulto ordinario, se realizan las condiciones mínimas y a la vez necesarias para su bienestar.

Pero debe, sin embargo, apuntarse que la teoría holística parece más bien una profundización en el estudio de la propia teoría bioestadística. En efecto, ella habla de "capacidad estándar", "capacidad primaria (de aprendizaje)", "grados de bienestar", "metas irreales", "ambición extremadamente baja", etc. Todos estos conceptos, si pretenden tener otra base que la intuición, deberán fundamentarse en el análisis bioestadístico de cada población determinada. Por otra parte, el método de la sociología es, por definición, el método estadístico, y todo lo referente a la vertiente social de esta teoría fincará en tal tipo de estudio sobre las poblaciones, tal que se puedan establecer las necesarias generalizaciones.

III.- El concepto de salud. El enfoque analítico

Sobre la base de las tan dispares aproximaciones vistas precedentemente puede comenzar a esbozarse una teoría de la salud. El inconveniente de todas las teorías anteriormente vistas es que ninguna de ellas responde a todas las preguntas. Todas dejan flancos abiertos. Ninguna consigue enfrentarse a todas las complejidades y matices del concepto. Es posible que la complicación radique en lo inusual de la cuestión. La salud se puede reconocer, promover y proteger. Pero resulta mucho más dificultoso captarla discursivamente.

Parecería que existen dos extremos: uno, el más clínico, el morfológico (etiológico o fisiológico) en el que la salud es simplemente la ausencia de anomalía o defecto biológico. Como reacción, surge (en un momento histórico muy preciso) el concepto bienestarista de la OMS. Esto ha motivado que se comenzara pensar de manera sistemática sobre el concepto "verdadero" de salud. Y ha llevado también a una serie de confusiones de elementos que conviene separar para su mejor comprensión si se pretende arribar a un concepto de salud capaz de determinar los dominios de la asistencia sanitaria.

Lo dificultoso de arribar a una definición de salud, y las diversas orientaciones y concepciones que exis-

ten con respecto a ella exigen, pues, un análisis superador. Se lo intentará en los renglones que siguen.

1) Tres niveles discursivos

Parecería que existen diferentes niveles de discurso dentro de las concepciones de salud que precedentemente se han expuesto.

Pueden describirse tres niveles. Uno es el ontológico, que procura establecer qué es la salud desde el punto de vista de lo que es. Otro, el nivel diagnóstico, en el cual salud es concebida como la ausencia de enfermedad. Y un tercero, que podría llamarse funcional, que se centra en una concepción de salud a la medida de lo que interpreta que debe ser la misión de las ciencias médicas. De la falta de distinción de estos tres niveles de discurso es de donde ciertamente provienen las dificultades en la caracterización del concepto de salud.

Un ejemplo: la definición de la OMS.

Para exponer mejor este enfoque, se tomará como ejemplo la definición de la OMS, y se le aplicará el análisis por niveles. Así, resulta que la definición de la OMS

tiene dos partes, una diagnóstica y otra ontológica. No obstante, las críticas que se le formulan no son ni en uno ni en el otro sentido, sino que provienen del nivel funcional. Dice la OMS:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o impedimento.

La primera parte es ontológica: está tratando de decir cuáles son las notas diferenciales, en sentido positivo, de esa entidad a la que denominamos "salud". En otras palabras, pretende definir qué es en sí ese bien del que está poseído el individuo a quien llamamos "sano"; qué sustancia diferenciadora es la que lo empapa y cómo es ella en sí misma.

La segunda parte es eminentemente diagnóstica: salud es la ausencia de enfermedad. Cualquiera que sea la concepción de salud que se maneje, cualquiera sea la naturaleza de la sustancia que hace sano al individuo, ante la formulación concreta del diagnóstico de salud, éste no se hará mediante la búsqueda, enumeración y evaluación sus elementos típicos. Antes bien la salud es un estado que se presume que toda persona posee, y por ende no es preciso

evidenciar. La enfermedad es lo que sí hay que demostrar. Y, en este sentido la salud será la ausencia de enfermedad, porque el diagnóstico no es de salud, sino que es de enfermedad, y así lo reconoce la definición. Al diagnóstico de salud se llega de manera indirecta, luego de buscar y de no encontrar enfermedad. La salud es, diagnósticamente, una categoría residual. Este es un hecho bien sabido por cualquiera que haya llevado su hijo a una revisión pediátrica: recién luego una minuciosa búsqueda de signos y síntomas de enfermedad, el especialista pronunciará su diagnóstico de salud.

Pero las críticas a la definición de la OMS no vienen ni por lo ontológico ni por lo diagnóstico. Más o menos todos están de acuerdo en que salud es "el más completo estado de bienestar..." (aunque resulte más que discutible). Lo que se dice, en cambio, es que resulta inalcanzable, excesivamente ambiciosa, y hasta utópica, inclusive para las sociedades modernas. Las críticas, pues, se centran en el nivel funcional. Así, por ejemplo, H. San Martín afirma:

Esta definición presenta un objetivo a obtener (...). Pero el objetivo formulado es difícilmente alcanzable aún para los países más desarrollados;

es completamente inalcanzable en los países menos desarrollados (...). [52]

En la misma línea, M.A. Durán dice:

La OMS ha propuesto una definición que para muchos profesionales de la medicina resulta excesivamente ambiciosa (...). No obstante, la definición es correcta por su sentido programático, con independencia de que sea operativizable o no, y de que distintos colectivos sociales lleguen a estimaciones dispares sobre el mismo fenómeno. [53]

[52] **SAN MARTIN, Hernán:** La crisis mundial de la salud, 2ª Edición (1ª Ed. 1984), Editorial Ciencia-3, Madrid, 1985; p. 81;

[53] **DURAN, María Angeles:** Desigualdad social y... citado; pp. 34 - 35; La autora roza en un pasaje estos distintos niveles discursivos que estamos tratando, pues menciona los problemas diagnósticos. En efecto, critica la primera parte de la definición en tanto no resulta diagnósticamente aplicable. Pero no entra más profundamente en la cuestión. Dice (p. 35): "Si ya la definición del bienestar físico presenta grandes dificultades para su medición, las dificultades de estimación o cuantificación del bienestar mental, y más aún del social, parecen insuperables."

Otros afirman que la definición de la OMS constituye una sobremedicalización de la filosofía social. Así, N. Daniels afirma:

...algunos --como en la definición establecida por la OMS-- ven la salud como un nivel idealizado de bienestar. Pero la salud no es bienestar, y confundir ambos sobremedicaliza la filosofía social. [54]

Otros autores ya más explícitamente situados en el plano funcional sostienen que la definición de la OMS establece falsas metas para la profesión médica. En tal sentido, L. Kass asevera:

La concepción de la OMS -bienestarista / felicitarista- traería por consecuencia que, por ejemplo, el médico en su papel sanitarista debería satisfacer todos los deseos del paciente, dado que su función sería contentarlo. Y esta tentación surge con fuerza cada vez que en materia de salud mental se mira la ansiedad y la neurosis como deseos

[54] DANIELS, Norman: Just Health Care, citado; p. 29;

no satisfechos. Que la salud es una meta de la medicina, pocos lo podrán negar. [Pero...] la técnica [médica] puede usarse para muchos fines (...) que serían metas falsas para la medicina, y su prosecución, una perversión del arte. [55]

El mismo autor ofrece algunos ejemplos de esas conductas "cuya prosecución sería una perversión del arte": el "Dr. Siéntase Bien" (Dr. Feelgood) extirparía a una mujer un seno para que pudiera mejorar su juego en el golf, o dedicaría gran parte de su práctica a recetar anfetaminas (u otras drogas) para sentirse optimista, etcétera.

También de lleno en lo funcional, y desde el punto de vista de la profesión médica, se afirma que los trabajadores de la salud se verían sobrepasados por el cúmulo de responsabilidades que se les imputarían si la salud, que es su responsabilidad, tuviera la naturaleza que ellos piensan que la OMS le adscribe. Así, se ha dicho:

Un resultado de la excesiva ampliación del concepto de salud es que las responsabilidades son imputadas a los profesionales sanitarios, siendo

[55] **KASS, Leon**: "Regarding the End...", citado; p. 4;

que a ellos les resulta imposible cubrirlas. Por ejemplo, los sanitarios no pueden ser tenidos por responsables de las políticas de producción y distribución de alimentos, vestido, vivienda, educación y otros servicios que contribuyen a la protección de la salud. Ni pueden ser responsables por las políticas demográficas. [56]

En fin, como queda visto, las críticas son desde el terreno de los fines y funciones de las ciencias médicas, o, en su caso, de la acción sanitaria estatal, o bien desde las responsabilidades de los médicos. Los que se pronuncian en contra de la definición están interpretando que la OMS ha definido la salud como medida de lo que deberá ser la misión de la profesión médica y la misión sanitaria del Estado, en su caso (San Martín, Durán, Kass). Por ende esta interpretación también hace notar lo que no debería ser ni hacer la medicina, a riesgo de sobremedicalizar el ámbito más amplio de la filosofía social (Daniels).

Las críticas, por lo tanto, provienen desde el llamado nivel funcional del discurso. El concepto no es on-

[56] **BANDMAN, Elsie E. y Bertram Bandman**: "Health and Disease: A Nursing Perspective", en **CAPLAN, Arthur L. y otros**: Concepts of Health..., citado; 1981, pp. 677 - 692; 683;

tológicamente criticado, aunque podría ser más que criticable. Por el contrario, resulta abierta o tácitamente exaltado, al menos en cuanto a lo elevado de su intención. Tampoco se hace una observación sobre el elemento diagnóstico presente en la coletilla "y no meramente la ausencia de enfermedad o impedimento", sobre el que todos parecen estar de acuerdo.

El ejemplo de la definición de la OMS es, pues, demostrativo de la existencia de al menos tres planos o niveles diferentes a los cuales se hace referencia cuando se utiliza el vocablo "salud". Las críticas y réplicas entre quienes sostienen diferentes definiciones de salud pueden resultar insolubles en tanto no se advierta que las diferentes definiciones están aludiendo a aspectos muy distintos de un mismo fenómeno: el ontológico, el diagnóstico y el funcional.

Ahora corresponde situarse en cada uno de estos planos, o niveles, en procura de una definición, dentro de cada uno de ellos. Un solo enunciado difícilmente podría contener todos estos niveles[57]. Además, sería renegar de

[57] Incluso si se intentara una definición tripartita, del tipo "salud es la capacidad disponer del propio cuerpo, cuyo diagnóstico se formula como falta de enfermedad conocida, y motiva la asistencia sanitaria", etc.

la presente propuesta, para alimentar la ya existente confusión.

2) El nivel ontológico. La salud como lo que es

En primer lugar, es necesario apartarse del concepto ontológico de la OMS. En efecto, la concepción bienestarista no puede ser válida, por cuanto el bienestar, que incluye información, libertades públicas, derechos humanos, alimentación, vivienda, educación, etc. es algo mucho más amplio. Puede haber salud sin bienestar, aunque su goce, evidentemente, estará limitado. Lo que no puede haber es bienestar sin salud.

Dos autores españoles han dado una definición de salud que, dentro del esquema que aquí se está proponiendo, se sitúan en el plano ontológico. Ellos son P. Laín Entralgo y D. Gracia. Dice Laín que la salud "es un hábito psicosomático al servicio de la vida y de la libertad." Esto es una definición de salud como lo que es. Con todo, es posible que en estas palabras todavía pueda encontrarse, aunque en grado mínimo, un cierto lastre diagnóstico. En efecto, al hacer referencia a "la libertad", ya se estaría introduciendo un elemento valorativo, típico de la concepción diagnóstica de la salud, como se verá más adelante. No obs-

tante, y matizando, en fin, este detalle, es una aproximación diferente de todo lo visto. Por su parte, el profesor Gracia formula el concepto así:

Por salud debe entenderse la capacidad del hombre para apropiarse y poseer su propio cuerpo. [58]

Esta noción sí puede decirse que es puramente ontológica, sin reconocer elementos ajenos. Es una determinación de qué es la salud en sí. La definición es muy elocuente, aunque pueda admitir matizaciones [59]. Puede que se diga que no capta la salud en su esencia. Si ello se dijese, debería replicarse que al menos sí aborda la salud en su esencia, y que en ello radica, como mínimo, su valor.

Esta definición proviene de la teoría del cuerpo iniciada por Husserl y desarrollada por Ortega y Gabriel

[58] GRACIA, Diego: "De la higiene privada a la salud pública: Beneficios y riesgos de la política de salud", en Razón y Fe: Revista Hispanoamericana de Cultura, N° 1089 - 1090, julio-agosto 1989, Madrid, 1989, p. 32;

[59] En tanto, como cualquier definición, esta se halla inescindiblemente vinculada al saber (perteneciente a una cultura en un tiempo y en un espacio determinados) de quien la propone. En este caso, por ejemplo, podría decirse que el autor está privilegiando el valor de la autonomía individual, tan caro a los bioéticos;

Marcel, entre otros.[60]. En el cuerpo humano existe una distinción: el cuerpo objetivo o cuerpo del otro, al cual Ortega llama "el cuerpo desde fuera". Y el cuerpo subjetivo, o propio, el "intracuerpo"[61]. Es así que se puede decir que "tengo" cuerpo, en sentido objetivo, y que "soy" mi cuerpo en sentido subjetivo. Dice Ortega:

El hombre es, pues, ante todo, alguien que está en su cuerpo y que en ese sentido --repárese, sólo en este sentido— sólo es su cuerpo. Y este simple pero irremediable hecho va a decidir de la estructura concreta de nuestro mundo y, con ello, de nuestra vida y destino.[62]

Y por ello:

[60] Esta teoría del cuerpo, y de sus fuentes, además de en los mencionados Husserl, Ortega y Marcel, en Sartre, Merleau-Ponty, Ricoeur y Levinas, es expuesta y desarrollada por Laín. Ver **LAIN ENTRALGO, Pedro: El cuerpo humano. Teoría Actual**, citado; pp. 115 y ss.;

[61] **ORTEGA y GASSET, José**: "Vitalidad, alma, espíritu", en Obras completas, (Doce tomos) Alianza Editorial y Revista de Occidente, Madrid, 1983; T° II, pp. 451 - 480; p. 455;

[62] **ORTEGA y GASSET, José**: "La aparición del 'otro'", en Obras completas, (Doce tomos) Alianza Editorial y Revista de Occidente, Madrid, 1983; T° VII, pp. 124 - 140; p. 125;

Nuestra vida psíquica y nuestro mundo exterior se hallan ambos montados sobre esa imagen interna de nuestro cuerpo que arrastramos siempre con nosotros y viene a ser como el marco dentro del cual todo se nos aparece. [63]

De igual manera, Gabriel Marcel afirma: "Soy mi cuerpo en tanto consigo reconocer que este cuerpo mío no puede, en última instancia, ser disminuído al nivel de ser este, ese, o cualquier otro objeto" [64].

Así, si somos en un cuerpo y también somos un cuerpo, la salud consiste en que el contenido sea amo y señor de su continente. Si yo existo mi cuerpo, debo ser yo mismo por mí mismo. Eso sería salud.

Sirvan como ejemplo de esta idea las palabras del poeta V. Aleixandre, refiriéndose a su salud recuperada:

(...) la mayor parte de "La destrucción o el Amor" se compuso (...) durante el curso de 1933,

[63] ORTEGA y GASSET, José: "Vitalidad, alma, espíritu", citado; p. 457;

[64] MARCEL, Gabriel: "The Existentialist Fulcrum", en ZANER, Richard y David Ihde (editores), Phenomenology and Existentialism, Putnam Capricorn, Nueva York, 1973; p. 214;

en un verdadero renacer de fuerzas y apetito vital. Sólo desde el soporte equilibrado que es el cuerpo sano, el cuerpo "al que no se lo siente", concibo la creación, para mí al menos. (...) Y la maravillosa "habitación" -el cuerpo- ha de tener su perfecta calma positiva para albergar o consentir -él, sí- el movimiento del espíritu. Salud: creación. Me parecen sinónimos. [65]

Conviene resaltar algunos aspectos que hacen a la plena operatividad, pues, de aquella definición:

En primer lugar, se refiere a la salud humana. Que pueda hablarse de salud animal y vegetal, y cuáles son sus significados y alcances, poco aportaría este estudio. También se habla de "salud de los materiales", "salud (y patología) de la construcción", etcétera, en idéntico sentido. El único fenómeno relevante aquí es la salud humana.

Se refiere, además, a la persona humana individual. Cuando se habla de "salud de la población", debe entenderse que es por analogía, y que se pretende describir

[65] **ALEIXANDRE, Vicente**: "La Destrucción o el Amor" (prólogo), en Mis poemas mejores, 6ª Edición (1ª Edición 1956), Bibl. Románica Hispánica (dir. Dámaso Alonso), Gre-dos, Madrid, 1984; p. 71;

(en el plano diagnóstico) un fenómeno agregado, obtenido por procedimientos estadísticos.

La definición hace referencia a la relación entre el cuerpo y el yo físico y psíquico. Propio del yo físico es todo lo referente a la vida de relación con el medio físico, por ejemplo, la adaptación, la inmunidad, la no autoinmunidad[66]. Propio del yo psíquico es la relación del individuo consigo mismo y con los demás en la esfera volitiva, intelectual y afectiva. De allí que pueda decirse que un esclavo, un galeote o un lactante tienen salud.

Por fin, la salud es un estado que admite grados. Siempre, todas las personas poseemos un nivel de salud. El psicópata y el demente pueden tener conservados sus mecanismos inmunitarios. El enfermo de cáncer terminal todavía tiene su corazón sano. El punto culminante de la desposesión del propio cuerpo lo constituye la muerte.[67]

Esto es la salud. Pero ¿cómo puede decirse que alguien posee salud, y en qué grado? ¿Mediante qué signos objetivos se puede asegurar que alguien está plenamente

[66] La inmunidad es, además de un mecanismo para el reconocimiento de todo lo extraño al cuerpo, un mecanismo de reconocimiento por el cuerpo del propio cuerpo, es decir de la propia identidad corporal;

[67] Sobre la significación de la muerte, ver **GRACIA, Diego**: "De la higiene...", citado; p. 32;

apropiado y en completa posesión de su cuerpo? No parece factible demostrarlo de manera positiva. Tampoco es preciso. Es un postulado o, si se prefiere, una presunción respecto de la generalidad, respecto de quienes no están enfermos. Como se ve, esta definición implica definir la salud como "la ausencia de enfermedad". De esto se tratará en el siguiente punto.

3) El nivel diagnóstico

Como se ha visto más arriba, una cosa es lo que la salud es en sí misma, y otra cosa bien diferente es saber si en un caso concreto, una persona determinada goza del estado de salud, si se puede predicar de ella que "está sana". El no haber destacado esta distinción, y sus motivaciones, ha llevado a tener a menos la definición de salud como "la ausencia de enfermedad". Se ha considerado que ésta es una definición "débil", y se ha creído que sólo una definición positiva podría ser "fuerte". Pero cada vez que se ha pretendido definir la salud positivamente, se ha ter-

minado por afirmar que es ante todo la ausencia de enfermedad[68]. En efecto, la fórmula ha sido decir que:

La salud es (estos y aquellos contenidos positivos), además de la ausencia de enfermedad.

Se puede citar, en este sentido, en primer lugar, el ya visto ejemplo de la definición de la OMS:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o impedimento.

En otros términos, podría reformularse diciendo que:

[68] Esto ocurre también en el lenguaje cotidiano, y en el de la literatura. Existe un exhaustivo estudio sobre los modos de referirse a la salud en el Siglo de Oro español, hecho por el filólogo J. Rasero Machacón. En él muestra cómo del conjunto de lexemas cuya función es la de "valorar físicamente a la persona", el número de palabras pertenecientes a lo que denomina "subconjunto positivo", es decir salud en sentido ontológico (fuerte, fornido, robusto, recio, guijarreño) en mucho menor que el del "subconjunto negativo", es decir enfermedad, para definir salud como ausencia de enfermedad o en sentido diagnóstico, según se está viendo (delgado, seco, doliente, cojitranco, entullecido, descalabrado). La relación es de cuatro a uno, aproximadamente. Ver **RASERO MACHACÓN, José: El campo semántico "salud" en el Siglo de Oro**, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Extremadura, Cáceres, 1985;

La salud es la ausencia de enfermedad o impedimento. Es, además, un completo estado de bienestar físico, mental y social.

Otro buen ejemplo está en la definición de Hernán San Martín. Dice este autor:

La salud es una noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos y que aparece como un estado de tolerancia y compensación físico, psicológico, mental y social, fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y/o por su grupo, como la manifestación de un estado mórbido. [69]

Ella podría ser reformulada como sigue:

Salud es todo estado (individual, físico o psíquico) no percibido por el individuo y/o su grupo como la manifestación de un estado mórbido.

[69] **SAN MARTIN, Hernán:** La crisis mundial..., citado; pp. 80 - 81;

O, si se prefiere, más claramente:

Salud es todo estado (...) no percibido como enfermedad.

El procurar dar contenidos positivos a la salud es una aspiración que viene desde antiguo y que parece siempre haber chocado contra la realidad cotidiana de que la salud es percibida y diagnosticada como ausencia de enfermedad. En efecto, ya Tomás Moro, en su Utopía (1516) ubicaba la salud como el segundo tipo de placer corporal (el primero era la gratificación de los sentidos).

El segundo tipo de placer corporal que ellos [los Utopianos] describen no es sino el estado calmo y armonioso del cuerpo, su estado de salud cuando no es perturbado por ningún desorden. La salud en sí misma, cuando no es oprimida por el dolor [para los utopianos dolor y enfermedad son términos intercambiables], da placer, sin necesidad de estímulo externo alguno. (...) La mera ausencia

de dolor [enfermedad], sin salud positiva, ellos la estiman insensibilidad, no placer. [70]

Si se pusiera en otros términos, la salud sería, una vez más, principalmente, la ausencia de enfermedad. De manera accesoria, como complemento, sería el placer. Así, reformulando a Moro, podría decirse:

Salud la ausencia de enfermedad, más una sensación positiva de placer sin necesidad de estímulos externos.

En el plano diagnóstico, pues, salud es la ausencia de enfermedad. Sin otro aditamento ni matización. En efecto ya lo sugiere Laín Entralgo, al referirse al diagnóstico de salud:

Dedúcese de lo expuesto [los criterios de salud] que cuando el médico se vea en el trance de diag-

[70] **MORO, Tomás:** Utopía (Edición a cargo de George M. Logan y Robert M. Adams), Col. Cambridge Texts in The History of Political Thought, Cambridge University Press, Cambridge, 1988; pp. 74 - 75; Hay edición castellana: **MORO, Tomás:** Utopía, Tr. del latín y notas de Emilio García Estébanez, Col. Clásicos del Pensamiento (Dir. A. Truyol y Serra), Tecnos, Madrid, 1987;

nosticar la posesión de salud, y no sólo la carencia de enfermedad, dos habrán de ser sus reglas supremas: Percibir lo perceptible y creer lo razonable.

Llamo percepción de lo perceptible a la recta observación de cuanto en el organismo, en la psique y en la conducta del sujeto permita afirmar su normalidad, entendida ahora como "no enfermedad"; por tanto, los datos morfológicos, etiológicos, funcionales, érgicos y comportamentales en que esa normalidad suya se patentice. [71]

Esto plantea ahora otro problema. Si la salud es ausencia de enfermedad, ¿qué es, pues, enfermedad? En efecto, ahora el peso de la definición pasa a ser soportado por el concepto de enfermedad. El desentrañar este concepto, será tarea de los renglones que siguen. Ya se cuenta, en este mismo trabajo, con los materiales para hacerlo.

Los conceptos de enfermedad

[71] LAIN ENTRALGO, Pedro: Antropología médica, citado; p. 201; sin subrayar en el original;

En El nacimiento de la clínica, M. Foucault busca un concepto de salud. Luego de convincentes reflexiones llega a la conclusión de que la salud es posterior a la enfermedad. Lo primero es la enfermedad. Para Foucault es lo anormal lo que hace normal a la norma. Es la enfermedad lo que hace sana a la salud. Sin enfermedad, no habría salud[72]. Este constituye un ejemplo paradigmático de lo que es la concepción de la salud en el plano diagnóstico, que el autor francés no distingue del plano ontológico.

Sin enfermedad, según el análisis que aquí se propone, sí hay salud. Lo que no hay sin enfermedad es diagnóstico de salud. Esto es lo lleva a Claudine Herzlich a decir que "el concepto de salud, en principio, ha preocupado bien poco a la medicina: desde una perspectiva pragmática, sólo cuenta la enfermedad." [73] En otras palabras, desde una perspectiva diagnóstica, sólo ha contado, y cuenta, la enfermedad.

[72] Ver **FOUCAULT, Michel**: El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica (Naissance de la clinique), 2ª Edición (1ª Ed. 1966), tr. Francisca Perujo, Col. Teoría y Crítica, Siglo Veintiuno Ed., México D.F., 1975;

[73] **HERZLICH, Claudine**: Santé et Maladie: Analyse d'une représentation sociale, 1ª Reimpresión (1ª Ed. 1969), Ed. École des Hautes Études en Sciences Sociales, París, 1984; p. 78;

Pues bien, Foucault y Herzlich parecen haber definitivamente condensado aquello que ha sido una realidad en la historia del pensamiento médico con relación al concepto de salud. Volvamos ahora al concepto de enfermedad.

En la búsqueda del concepto de enfermedad, serán analizadas diversas nociones. Se tomarán las definiciones de salud que han sido dadas hasta aquí. Luego se les aplicará el análisis según los tres diferentes planos —ontológico, diagnóstico y funcional— tal como se viene proponiendo. Por lo general, las definiciones que realizan el intento de caracterizar la salud en sentido positivo, dan el valor de "positivo" a elementos que son diagnósticos, ya directa, ya indirectamente.

La hipótesis que se pretende demostrar es, por lo tanto, que, generalmente, las definiciones de salud vistas en este capítulo, deben ser ubicadas dentro del plano diagnóstico. Y como pertenecientes a aquél, serán de hecho definiciones de enfermedad, más que de salud.

Al exponer las aproximaciones anátomo-clínicas y no anátomo-clínicas al concepto de salud, fueron enunciados diversos criterios de salud, evitando siempre aplicar el vocablo conceptos. La sola palabra "criterios" ya sugería, como ahora se corrobora, que los que se expondrían serían conceptos que, debidamente analizados, resultarían de los

que ahora estamos llamando diagnósticos. En efecto, las aproximaciones anátomo-clínicas hacen referencia a los criterios a los cuales se atienen los médicos para formular en la práctica sus juicios clínicos sobre el estado de salud o enfermedad de una persona. En esta línea, según el criterio morfológico, salud era la ausencia de malformaciones o deformidades, o de lesión anátomopatológica, celular, subcelular o bioquímica. Según el criterio etiológico, salud era la ausencia de aquellos elementos clásicamente considerados como causantes de especies morbosas. Para el criterio fisiológico, salud era la ausencia de desajustes en las constantes vitales a aquellos valores considerados propios de la norma funcional típica. Según el criterio funcional, salud era la ausencia de impedimentos para la ejecución de un oficio, arte o profesión. Por fin, dentro del criterio conductal, salud era la ausencia de desajustes a las reglas sociales. En todos los casos se hace referencia al concepto de salud como "ausencia de enfermedad". No obstante, cada criterio diferirá en cuanto a la concepción de qué es aquello que debe entenderse por enfermedad en cada caso concreto. Como se ve, ninguno de estos criterios nos dice qué es, ontológicamente, salud. Su misión es diagnóstica, y su utilidad en este sentido es mérito de todas ellas.

Dentro de las aproximaciones no anátomo clínicas, se desarrollaron dos tipos: el criterio subjetivo, y los criterios objetivos. Para el criterio subjetivo salud era un estado de conciencia del yo, tal que se consideraba a sí mismo como sano. Salud era, pues, un sentimiento convencido de estar sano. Pero no nos dice qué cosa es la salud, sino que se identifica el concepto de salud con el autodiagnóstico del estado de salud. Ahora se ve que, dentro del análisis por planos, este criterio pertenece al nivel diagnóstico, y dentro de él puede resultar una herramienta valiosa.

Al tratar el criterio sociológico desde el análisis por planos, la conclusión será que pertenece también al nivel diagnóstico, y en ningún caso al plano ontológico. Cuando se analizó el concepto sociológico de salud (desde la sociología en la medicina y desde una perspectiva antropológica), se dijo que ella era vista como la capacidad para el desempeño de los roles y tareas para los cuales el individuo ha sido socializado. También se dijo que la manera en la cual se entendiera tal capacidad sería el resultado de la institucionalización de las expectativas en una sociedad determinada. Ello traería por resultado la existencia de patrones de adecuación a aquel desempeño. Los individuos serían tabulados según su grado de "satisfacto-

riedad" desde el punto de vista de dichos patrones. Se decía que la designación de enfermedad sería un acto social, que escoge algún atributo humano, lo valora como indeseable y realiza esfuerzos para controlarlo o erradicarlo[74]. En una definición posterior, se introducía un mayor acento biológico, y se destacaba la necesidad de un juicio social favorable en cuanto al estado de salud del individuo, como parte integrante del concepto de salud.

Vista desde el análisis por planos, la perspectiva sociológica es la construcción social del diagnóstico de salud, o sea la construcción social de la enfermedad. El criterio sociológico no nos dice, pues, qué es la salud en sí. Simplemente explica por qué en cada tiempo y lugar, en cada sociedad, el concepto de salud parece variar. Pero lo que varía no es la salud ontológicamente considerada. La variación es experimentada por el diagnóstico de salud en el caso concreto, que se encuentra cargado de valoraciones sociales. La salud no es una construcción social, como puede pretender la sociología. Lo que es una construcción social es el diagnóstico de salud, es decir la ausencia de enfermedad. Para ello, la misma enfermedad es una construcción social.

[74] Ver FREIDSON, Eliot: La profesión médica, citado; pp. 213 - 216;

Esta concepción es la que lleva a diagnosticar como enfermedad conductas que en un momento histórico determinado son vistas como comportamientos enfermos. Pero de ninguna manera quiere decir que los individuos diagnosticados como enfermos no hayan gozado de salud en el sentido de apropiación y posesión del propio cuerpo. Así, el diagnóstico de drapetomania, supuesta enfermedad que consistía en la compulsión de los esclavos a escaparse, de ninguna manera significará que semejante "cuadro clínico" haya sido una enfermedad. Al respecto, dice N. Daniels: "las ballenas no son peces por el mero hecho de que durante siglos se haya pensado que lo eran." [75]

[75] DANIELS, Norman: Just Health Care, citado; pp. 29 - 30; Algo semejante ha ocurrido con la homosexualidad. Para un análisis sobre la construcción médico-social de la homosexualidad como enfermedad, y para una excelente bibliografía sobre el tema, ver STEVENS, Patricia E. y Joanne M. Hall: "A Critical Historical Analysis of the Medical Construction of Lesbianism", en International Journal of Health Services, Vol. 21 N°2, Baywood Pub. Co., Amityville N.Y, 1991, pp. 291 - 307; Para un estudio sobre la repercusión de aquella construcción sobre los derechos humanos fundamentales, ver OSCOS SAID, Gisela A.: "Ética, derechos humanos y homosexualidad", en Revista de Investigaciones Jurídicas, Año 13, N° 13, Escuela Libre de Derecho, México D.F., 1989, pp. 375 - 413; Otro tanto puede estar ocurriendo hoy mismo con algunas neurosis, ansiedad, frustración, depresiones reactivas, adicciones a drogas, y el propio proceso de envejecer, vistas y tratadas todas ellas como enfermedades, como tal vez en otro tiempo lo pudo ser la zurdera. Ver SASS, Hans-Martin: "National Health Care Systems: Concurring Conflicts", en SASS, Hans-Martin y Robert U. Massey: Health Care Systems. (Moral Conflict in European and American Public Policy), Serie Philosophy an Medi-

Otro buen ejemplo lo constituye el caso de la masturbación, capaz de "producir", hasta no hace demasiado tiempo, tremendos cuadros clínicos[76]. En este sentido, el propio S. Freud llegó a afirmar que "el agotamiento sexual puede por sí mismo provocar neurastenia (...) la neurastenia en varones es adquirida durante la pubertad y se pone de manifiesto durante los 20 a 30 años. Su fuente es la

cine, N° 30, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Holanda, 1988, pp. 15 - 36; p. 23;

[76] En un trabajo de H. Tristram Engelhardt Jr. se hace una exhaustiva crónica sobre la masturbación como enfermedad. El cuadro incluía uno o varios de los siguientes síntomas: dispepsia, estrechamiento uretral, epilepsia, ceguera, pérdida o disminución de la audición, vértigo, cefaleas, pérdida de memoria, conjuntivitis crónica, telangiectasias (arañas vasculares) palmo-plantares, acné, etc. También —cómo no—, cambios en los genitales externos: estimamiento del clítoris, congestión de los labios mayores, estrechamiento y acortamiento del pene. Hay documentados casos de ingresos hospitalarios de personas muy debilitadas cuya única enfermedad era la masturbación, o, en el mejor de los casos, el diagnóstico era de "anemia asociada a masturbación", o "anemia de origen masturbatorio". En el mismo artículo se muestran los cambios de clasificación que sufrió esta "enfermedad" en el Charity Hospital de Louisiana (Nueva Orleans). Año 1874, enfermedad de los órganos generativos masculinos; 1877, enfermedad del sistema nervioso central; 1884, enfermedad cerebro espinal; 1890, enfermedad del sistema nervioso central; 1906, enfermedad del sistema génito-urinario. En 1933 fue quitada de la clasificación de enfermedades. **ENGELHARDT, Tristram H., Jr.:** "The Disease of Masturbation: Values and the Concept of Health", en **CAPLAN, Arthur L. y otros:** Concepts of Health..., citado; pp. 259 - 263;

masturbación; la frecuencia de la cual, corre completamente paralela a la frecuencia de la neurastenia masculina." [77]

Otra evidencia de que las definiciones sociológicas de salud no son tales, sino criterios diagnósticos, se halla en la variabilidad de lo que sería salud según la profesión de cada uno. Supongamos que una bailarina y un ministro tienen ambos encarnada una uña de un pie [78]. De la bailarina se dirá que está enferma. Del ministro, que sano. A la una se la eximirá "por enfermedad" de sus obligaciones laborales, en tanto que al otro no. Esto no significa que la salud sea relativa. Ambos están igual de sanos o igual de enfermos. No obstante, el diagnóstico de salud diferirá en cada caso concreto.

Tal vez sean ejemplos extremos. Pero útiles para evidenciar que el criterio sociológico no define qué es la salud en sí misma. Las llamadas definiciones sociológicas son criterios diagnósticos. En tal sentido, sus aportaciones permiten tener en cuenta que el diagnóstico de salud está cargado de valoraciones sociales. De allí que aun

[77] **FREUD, Sigmund**: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of S. Freud, The Hogarth Press, Londres, 1971; T. I, p. 180;

[78] Ejemplo extraído de **KASS, Leon**: "Regarding the End...", citado; p. 12;

cuando la naturaleza de la salud sea única, el diagnóstico será variable.

El criterio bioestadístico de salud está ubicado también en el plano diagnóstico, y por lo tanto contiene, ante todo, un concepto de enfermedad. Aunque tal vez haya sido uno de los mayores esfuerzos por determinar positivamente y científicamente qué es salud, concluye sin siquiera abordar la ontología del fenómeno estudiado. En efecto, para el criterio bioestadístico, la salud de un miembro de una clase dada consiste en no escapar, más que lo estadísticamente permitido (por ejemplo, dos desviaciones estándar) [79], del patrón estadísticamente calculado. El patrón estadístico de funcionamiento es, por definición, la ausencia de desviación. Salud es la adecuación a la ausencia de desviación, luego salud es la ausencia de desviación. En otras palabras, salud es, una vez más, la ausencia de enfermedad. Y enfermedad es la desviación del estándar estadístico. De cualquier manera, restándole las pretensiones ontológicas, el criterio bioestadístico es, diagnósticamente sólido, como se vio al tratarlo más arriba.

El criterio holístico tampoco hace sino determinar las pautas para diagnosticar salud, basándose en un

[79] Ver ENGELHARDT, Tristram H., Jr.: "The Concepts of...", citado; p. 32;

concepto de enfermedad, análogamente a lo que ocurría en el caso anterior. En efecto, como ya se dijo, está estructurado sobre la teoría bioestadística, y en tal sentido comparte el criterio de que salud es la ausencia de desviación del patrón estadístico. En efecto, el criterio holístico de salud puede ser reformulado diciendo que la salud es la ausencia de desviación de la capacidad (estadísticamente determinada) de aprendizaje, de cubrir las necesidades básicas y de gozar un cierto grado mínimo de bienestar. La salud, una vez más, es la ausencia de enfermedad, ahora definida como la carencia de capacidades. La teoría holística de la salud resulta, dentro del análisis que aquí se está desarrollando, un modelo bio-psico-social de enfermedad. En cualquier caso, es conveniente destacar que desde el punto de vista diagnóstico, el criterio holístico es amplio, contempla el aspecto dimensional del diagnóstico y se pronuncia sobre un individuo integrado en sí mismo y con el entorno físico y social.

Para terminar este punto sobre el concepto de enfermedad, se recogerá el intento integrador de K.E. Rothschild. Este autor trata de hacer participar a todos los criterios en una definición de enfermedad, lo cual ya de por sí implica la aceptación de que el concepto de aquella es esencialmente poliédrico. Dice:

Enfermedad es la presencia subjetiva, clínica o social de una necesidad de ayuda en personas cuyo equilibrio físico, psíquico o psicofísico de relaciones en su organismo está alterado. [80]

Esta definición conjuga en sí los criterios anatómico clínicos, los no anatómico clínico subjetivo y objetivo, y el criterio sociológico. La inclusión o no del criterio holístico puede ser discutible, aunque, prima facie no se la advierte presente. Más claridad habría en este sentido si en lugar de referirse simplemente a "ayuda" se refiriera

[80] **ROTHSCHUH, K.E.:** "Der Krankheitsbegriff", en Hippokrates, Vol. 43, año 1972, pp. 3 - 17; citado en **PELLERINO, Edmund D. y David C. Thomas:** A Philosophical Basis of Medical Practice. Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions, Oxford University Press, Nueva York, 1981; p. 74 - 75; P. Laín, por su parte, propone una definición que él mismo presenta como "sólo 'descriptiva', y no 'esencial'", pero que, en cualquier caso, resulta interesante de reproducir, ya que incluye elementos somáticos, emocionales y consecuenciales: "Enfermedad es un modo aflictivo y anómalo de vivir personal, reactivo a una alteración del cuerpo, en el cual padecen las acciones y funciones vitales y por el cual el individuo afecto vuelve al estado de salud (enfermedad curable), muere (enfermedad mortal), o queda en deficiencia vital permanente (enfermedad cicatrizal). **LAIN ENTRALGO, Pedro:** El estado de enfermedad. Esbozo de un capítulo de una posible antropología médica, Col. Cursillos Especiales N° 1, Sociedad de Estudios y Publicaciones, Ed. Moneda y Crédito, Madrid, 1968; p. 49;

a "ayuda médico-sanitaria". Como sea, resulta más apropiada esta última interpretación. Así se leería:

Enfermedad es la presencia subjetiva, clínica o social de una necesidad de ayuda médico-sanitaria en personas cuyo equilibrio físico, psíquico o psicofísico de relaciones en su organismo está alterado.

El concepto diagnóstico de salud. Conclusión

En el nivel diagnóstico, pues, la salud es la ausencia de enfermedad. Y la enfermedad, inevitablemente, es una noción descriptiva y valorativa. Al considerar el criterio sociológico ya se dijo que la enfermedad tiene, en casi todos los casos un sustento biológico. Pero la idea de enfermedad será algo más. La designación de enfermedad puede ser un acto social. Cada sociedad adoptará, según su cultura y creencias un modelo de enfermedad con la impronta de sus propios matices. Así, por ejemplo, para algunos será una purgación por los pecados cometidos, una transgresión a

las normas o un castigo[81]. Para otros menos fatalistas, como Rudolf Virchow, será "solamente una de las formas en las cuales se pone de manifiesto la vida de los cuerpos organizados." [82]

Dos son modernamente las aproximaciones dominantes en cuanto al concepto de enfermedad: la ontológica y la fisiológica[83]. En la primera de ellas, la enfermedad es considerada como una realidad objetiva, distinta del paciente que la alberga. Así, la enfermedad tiene su etiología, sus signos y síntomas patognomónicos, sigue su propio curso y deja sus secuelas específicas. El énfasis es puesto, por lo tanto, en el diagnóstico de las entidades nosológicas y en la búsqueda de terapéuticas específicas. Esta es la concepción que alienta la investigación etiológica. Su afianzamiento cobra nueva fuerza a partir de los trabajos de Thomas Sydenham (1624-1689), introductor de la nosolo-

[81] Ver PESET, José Luis (coordinador): Enfermedad y castigo, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 1984; y BERLINGUER, Giovanni: "Disease as Suffering, Deviation, Danger, Signal and Stimulus", en International Journal of Health Services, Vol 12, N° 2, Baywood Publishing Co., Farmingdale, NY, 1982, pp. 309 - 319;

[82] Citado por BERLINGUER, Giovanni: "Disease as Suffering...", citado; p. 310;

[83] Ver RISSE, Guenter B.: "Health and Disease: History of the Concepts", en REICH, Warren T.: Encyclopedia of Bioethics, Dos tomos, New York Free Press, Nueva York, 1978, pp. 579 - 585;

grafía[84]. Para esta disciplina, cada enfermedad representaba una entidad individual, de la cual los individuos eran simples huéspedes. El análisis clínico permitía el descubrimiento de los signos y síntomas característicos, y posibilitaba la descripción de su comportamiento y desarrollo temporal. Las clasificaciones hechas por el sueco Linné (1707-1778) para el mundo vegetal alentaron a numerosos nosografistas. Se trazaron clasificaciones de las enfermedades según órdenes, familias, géneros, especies y subespecies. Tiene importancia, puesto que el razonamiento clínico todavía en nuestros días continúa con esta concepción. Ello hace que las enfermedades sean vistas por la profesión médica, y por los pacientes, como entes reales, inmutables, invariables, e independientes de toda valoración social. Más adelante se verán las consecuencias. No obstante, debe adelantarse que el concepto de enfermedad debe ser esencialmente revisable.

La visión ontologista de la enfermedad, confunde signos y síntomas con enfermedad en sí misma. La concepción fisiológica, por el contrario, considera que la enfermedad es consecuencia de trastornos funcionales que se verifican

[84] Ver LAIN ENTRALGO, Pedro: Sydenham, en Clásicos de la Medicina, Ed. del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 1954;

en el sujeto individual. Las enfermedades son construcciones ideales que no tienen un ser independiente, sino que son en alguien, y en cada uno, algo diferente. Es la ciencia médica quien agrupa signos y síntomas y constituye "entidades nosológicas". Pero ellas no son verdaderos entes, sino recursos retóricos o procedimentales. En ningún caso, pues, son. M. Foucault[85] explica cómo se origina el hecho de que los fenómenos sean interpretados como la presentación concreta de esencias. Este autor define cuatro mecanismos: 1) La complejidad de la combinación, es decir la aprehensión de la esencia del objeto a partir de la construcción combinatoria de todos los casos en los cuales se presenta. 2) El principio de analogía, que permite identificar una enfermedad en una serie de enfermos. 3) La percepción de las frecuencias: la certeza médica se constituye a partir "de una multiplicidad enteramente recorrida de hechos individuales." [86] y 4) El cálculo de los grados de certeza: los clínicos confunden el análisis de los síntomas "con el carácter más o menos necesario de una implicación consecucional." [87] La concepción fisiologista trae consi-

[85] Ver FOUCAULT, Michel: El nacimiento de..., citado; pp. 143 y ss.;

[86] FOUCAULT, Michel: Op. cit.; p. 147;

[87] FOUCAULT, Michel: Op. cit.; p. 149;



go al menos dos ventajas. Primero, ya no hay enfermedades, sino personas individuales enfermas. Segundo, flexibiliza el concepto de enfermedad, permitiendo su revisión y adaptación a cada sociedad y a cada individuo. Más abajo se verá la importancia de este último punto.

Para finalizar, y como afirma Sedgwick:

La empresa médica está, desde su comienzo más incipiente, cargada de valores; no es simplemente biología aplicada, sino biología aplicada de acuerdo con los dictados del interés social. [88]

Si esto es verdad, que seguramente lo sea, el concepto de salud en el plano diagnóstico, y por ende el concepto de enfermedad, deberían responder, en nuestro medio, a aquellos valores que han sido adoptados como los más elevados. El concepto diagnóstico de la salud deberá ser esencialmente dinámico y sujeto a una permanente revisión.

4) El nivel funcional

[88] SEDGWICK, Peter: "Illness -Mental and Otherwise", en Hastings Center Studies, Vol. 1, N° 3, 1973, pp. 30-31;

Al presentar más arriba el análisis por planos, o niveles, se vio cómo las críticas a la definición de la OMS provenían de la idea de que ella otorgaba una excesiva amplitud a las tareas asistenciales. No se juzgaba la definición en cuanto a sus planos ontológico ni diagnóstico. Se la descalificaba desde el tercer nivel, el funcional. De él se tratará en los renglones siguientes. Se procurará determinar cuáles serán las funciones de la ciencia y la profesión médicas. Y cuál la misión del Estado en cuanto a los servicios para la salud.

El papel de la ciencia y de la profesión médica, y las funciones sanitarias del Estado reconocerán dos planos diferentes, aunque interrelacionados. De un lado, habrá una serie de funciones relativas a asegurar y promocionar la salud desde su concepción ontológica. Del otro, la misión de los agentes sanitarios y del propio Estado a través de las instituciones específicas se situará en el nivel diagnóstico. Aquí, dos tareas serán obligadas: Una, la prevención de la enfermedad, su detección, y la lucha en su contra. Otra, la reactualización continua del concepto de enfermedad, la captación de los matices que la dinámica social impone, la adecuación a los fines, estilo de vida, y medios con que cuentan la sociedad y el individuo. Una inadecuada concepción diagnóstica puede devenir en desmedro

del propio concepto ontológico de salud (especialmente en el caso de enfermedades mentales, o "morales"[89]'.

Debe comenzar por reconocerse que, acostumbrados como estamos a no diferenciar niveles, es posible que alguna función propia de la concepción diagnóstica sea incluida entre las más bien propias de la concepción ontológica. En cualquier caso, siempre puede haber zonas limítrofes, menos claras, o más propicias para la polémica.

Entre las funciones típicas de la concepción ontológica de la salud debe considerarse, en primer lugar, la educación. Ella consistirá, dentro de este nivel, en enseñar a comprender que la salud es la apropiación y posesión del cuerpo, ya sin participación de la conciencia, como en la inmunidad[90], en el cuerpo es guardián del propio cuerpo, ya con su concurso. Consistirá también en la educación en el respeto de la salud, de los demás, así comprendida. En segundo lugar, la promoción de la salud. Ella consistirá, en este plano ontológico, en la creación y facilita-

[89] Ver nota al pie N° 75, más arriba;

[90] "Inmunidad es la habilidad para seleccionar de entre varios componentes del ambiente exterior [e interior, en forma de residuos metabólicos], aquellos que son útiles para la multiplicación del vivir, y aquellos que son potencialmente peligrosos, a fin de rechazar los últimos." **BERLINGUER, Giovanni**: "Disease as Suffering...", citado; p. 317;

ción de unas condiciones que permitan a los individuos la apropiación y posesión de su cuerpo. Entre ellas se debe mencionar la educación en general, el acceso a la información, a los bienes intelectuales, las ciencias, las artes, el deporte, el esparcimiento y, por sobre todo, a la cultura. La función de la profesión médica, de los agentes sanitarios y del Estado será el respeto por la salud de las personas, sin interferencias en la relación del individuo con su propio cuerpo.

Bajo una concepción diagnóstica de la salud, las funciones serán de dos tipos. Primero, la prevención de la enfermedad, detección y lucha en su contra. Segundo, la revisión continua del concepto de enfermedad.

La prevención es la resultante de estudios de epidemiología sobre la causalidad de la enfermedad. Así pueden aportarse técnicas y proponer medidas para promover la salud. O, lo que sinónimo, prevenir la enfermedad. Esto, a su vez, se logrará mediante medidas dos clases: poblacionales e individuales[91].

[91] Ver **SAN MARTIN, Hernán**: Manual de salud pública y medicina preventiva, tr. del autor, 2ª Edición (1ª Ed. 1986), Masson, Barcelona, 1989 (versión castellana de Abrégé de santé publique et médecine préventive, Masson, París 1985); pp. 165 y ss.;

Medidas poblacionales, extramédicas o sociales propiamente dichas. Incluyen a toda la población, indiscriminadamente. Comprenderán la promoción de la salud será aquella clase de actividades que tiendan a estimular y conservar hábitos de salud (de evitación de la enfermedad), tales como el tabaquismo, el consumo de alcohol y drogas, comportamientos higiénico-dietéticos, de seguridad laboral, viaria y doméstica, etcétera. También se referirán a modificaciones medio ambientales, de salubridad de de las aguas, sanidad alimentaria, seguridad vial, de seguridad de los aparatos domésticos, edificación, medidas sanitarias de provisión de agua potable y depuración de aguas servidas, alcantarillado, desratización, control de productos tóxicos y residuos industriales, etcétera.

Las medidas individuales consistirán en la adopción de técnicas médicas propiamente dichas. Se tratará de la identificación de grupos de riesgo, sea por la profesión o hábitos, sea por la presencia de factores predisponentes. Como consecuencia, se llevarán a cabo acciones específicas sobre sujetos predispuestos a la enfermedad. Ellas tenderán a la disminución de los riesgos (higiene y seguridad en el trabajo, eliminación de hábitos tóxicos, evitación de factores desencadenantes de enfermedad, etc.), a la inducción de procesos biológicos defensivos (vacunación) y a

mejorar la capacidad de los individuos para hacer frente a la enfermedad.

Las funciones preventivas deben ser ininterrumpidas. Ello se comprende introduciendo el concepto de niveles de prevención. Así podrán describirse[92]: 1) Período prepatológico: nivel primario, que comprende: a) La promoción de la salud y las medidas poblacionales. Y b) la detección de los grupos humanos de riesgo y la prevención específica contra sus enfermedades para las que se hallan predispuestos. 2) Período patológico: es la prevención de mayores males en individuos ya enfermos. Comprende un nivel secundario, con: a) La detección precoz de la enfermedad, para evitar su desarrollo. b) El tratamiento a tiempo, para prevenir las secuelas. Y un nivel terciario, con la rehabilitación temprana para evitar las incapacidades y facilitar la reinserción.

Las medidas individualizadas de protección de la salud consistirán en todas las actividades de asistencia sanitaria en sentido amplio. Ellas comprenderán el diagnóstico, la curación, la rehabilitación y la reinserción en el medio. No son ya medidas preventivas. Su misión es aliviar

[92] Ver GOMEZJARA, Francisco y Rosalía Avila: Salud comunitaria. Teoría y práctica, Editorial Porrúa, México D.F., 1989; pp. 230 y ss;

los padecimientos del individuo enfermo, y lograr su más pronta restitución al estado de salud (ausencia de enfermedad). No obstante, cada acción curativa traerá también consecuencias favorables para el futuro del individuo. En tal sentido, son muchas veces inseparables e indistinguibles de las acciones propias de la prevención del nivel terciario.

También será función de la profesión médica, y del Estado, el promover una permanente reactualización del concepto de salud diagnóstica. Esto es, una continua puesta al día del concepto de enfermedad. Una inapropiada concepción diagnóstica puede acarrear consecuencias sobre la salud ontológicamente definida. En efecto, recuérdense los ejemplos vistos más arriba, de la drapetomania y la masturbación. Pero no son los únicos, ni todos los ejemplos pertenecen al pasado.

Cuando la salud es considerada como la ausencia de enfermedad, sin advertir que esta definición es de mera utilidad diagnóstica, la vida individual y social resultan sobremedicalizadas: según este criterio, todos estamos enfermos en mayor o menor grado. Esto entraña riesgos, toda vez que el diagnóstico de enfermedad implica la adjudica-

ción social del papel de enfermo[93]. "Hacer de las personas enfermos legítimos está implícito en el poder del médico," dice I. Illich[94]. El riesgo es, pues que un simple diagnóstico puede privar al individuo de su facultad de apropiarse y poseer su cuerpo. La salud en sentido ontológico puede ser puesta en manos de la profesión médica, y del entorno social circundante. La persona individual puede resultar así privada de todo el remanente de salud que posee, aún enferma. Esto es lo que Gracia denomina la expropiación de la salud, en donde:

(...) las mismas políticas de salud se convierten en un obstáculo al objetivo último de la sanidad, la posesión y apropiación sobre el propio cuerpo. [95]

[93] Ver ENGELHARDT, Tristram H., Jr.: "The Concepts of...", citado; p. 41; BOORSE, Christopher: "On the Distinction...", citado; p. 560; DURAN, María Angeles: Desigualdad social y..., citado; p. 22; FREIDSON, Eliot: La profesión médica..., citado; p. 209; y MERVYN, Susser: "Ethical Components in the Definition of Health", en CAPLAN, Arthur L. y otros: Concepts of Health..., citado; p. 96;

[94] ILLICH, Ivan: Némesis médica, citado; p. 62;

[95] GRACIA, Diego: "De la higiene privada...", citado; p. 36;

Esta expropiación de la salud puede definirse como la apropiación de la salud-ontológica por la salud-diagnóstica.

IV.- La salud, un concepto diagnóstico

Se ha arribado, pues, a aquello que era el propósito de este primer capítulo: el obtener a un concepto instrumental de salud. Como queda visto, no es una noción simple, sino que es más bien un complejo de nociones entrelazadas.

Ahora bien, por salud en tanto objeto de la asistencia sanitaria, merecedora de ser elevada al rango de derecho individual fundamental, debe entenderse salud en sentido diagnóstico. Ella reclamará de la ciencia y la profesión médica, de los particulares y del Estado una serie de omisiones y de acciones individualizables e individualizadas tendientes a definirla y a preservarla. Su determinación y protección brindarán las condiciones para el pleno goce de la salud en sentido ontológico, esto es, la apropiación y posesión del propio cuerpo, concepto inescindiblemente conectado con la idea de dignidad humana.

En materia de asistencia sanitaria debe estarse a un concepto diagnóstico de salud al servicio de la salud en sentido ontológico.

V.- Concepto jurídico de salud

En primer término, hay que preguntarse si es posible un concepto jurídico de salud (y de enfermedad), y en caso afirmativo, cuáles serían sus elementos.

En general, salud y enfermedad son conceptos jurídicos indirectamente determinados[96]. A su vez, dentro de esta categoría, son conceptos para cuya determinación, la ley remite a la experiencia técnica. Es decir que ellos se expresan en las leyes a través de términos que la propia norma no dota de contenidos, sino que éstos serán satisfe-

[96] Los conceptos jurídicos pueden ser directamente determinados, esto es, aquellos cuyos contenidos son explicados por las propias normas, o "conceptos jurídicos totalmente contruídos", de García Maynez; y conceptos indirectamente determinados, es decir que su determinación no se realiza sino por remisión de la ley a la experiencia. A su vez, esta experiencia a la que la ley remite puede ser vulgar (al sentido común y naturaleza de las cosas), o técnica, o sea aquel tipo de experiencia no poseída por todos, sino por especialistas, o personas con una formación adecuada en la materia de que se trate. Ver **GARCIA MAYNEZ, Eduardo**: Lógica del concepto jurídico, Fondo de Cultura Económica, México D.F., 1959; p. 17; y **MARTIN GONZALEZ, Manuel**: Sanidad pública: concepto y encuadramiento, (Tres tomos) Col. Estudios N° 12, Secretaría General Técnica del Ministerio de la Gobernación, Madrid, 1970;

chos mediante un dictamen u opinión técnica. Este último es el diagnóstico de salud o enfermedad. Pero un concepto genérico, no podría servir de fundamento para las múltiples relaciones de tipo jurídico que poseen como presupuesto de hecho la salud o la enfermedad. En efecto, cuando se trata de aplicar tales conceptos en casos concretos, resulta bien diferente, según la causa, naturaleza, forma o grado de la enfermedad, con todas las matizaciones vistas más arriba. Más aún: las posibles diferencias pueden no tener relevancia cuando la enfermedad se combate con medios individuales y privados. Pero desde el momento en que la asistencia sanitaria se hace social, los contenidos que jurídicamente se le asignen al concepto de enfermedad sí tendrán una gran incidencia sobre los individuos y sobre el sistema en cuestión. Por esta causa, parece conveniente buscar conceptos convencionales que atiendan exclusivamente a determinados aspectos aspectos de la enfermedad (y la salud), para prescindir de una definición objetiva y conceptual cerrada. En otras palabras, se deberían buscar, si acaso se intentase la definición completa, diversas caracterizaciones, amoldadas a los diversos fines de los ordenamientos de los distintos sectores.

Con todo, hay que señalar que han existido nociones legales de salud y enfermedad, ya en cuanto a los con-

ceptos mismos, ya en cuanto a algunas de sus manifestaciones. Con respecto a lo primero, dos han sido los ámbitos tradicionalmente propicios a establecer configuraciones normativas de enfermedad: El ámbito laboral, por las consecuencias de las enfermedades sobre el trabajo, y el ámbito asegurativo. En el primero, enfermedad se asocia a capacidad laboral; en el segundo, el concepto de enfermedad está asociado al de riesgo indemnizable. Y en uno y otro se establecen una serie de diferenciaciones entre enfermedad, enfermedad profesional, enfermedad aguda y crónica, enfermedad curable e incurable, etc. A su vez, se distingue el concepto de enfermedad del de invalidez, accidente, defecto físico, deformaciones y lesiones.

En materia de derechos humanos, no parece apropiado sino dejar que salud y enfermedad sean conceptos indirectamente determinados. De esa manera gozarán del suficiente dinamismo, y serán objeto de permanente revisión y adecuación a, de un lado, las nuevas pautas sociales y, del otro, las posibilidades técnicas y materiales de cada sociedad y en cada momento de su historia. De tal suerte, el quantum de las prestaciones podrá tender a ser lo más amplio que los requerimientos y las posibilidades sociales lo soliciten y permitan.

PROTECCIÓN DE LA SALUD

Si en el presente trabajo se va a abordar el estudio de la asistencia sanitaria como derecho humano fundamental, será preciso, en primer lugar, sentar las bases para una justificación metodológica que haga aparecer esta actividad como distinta y diferenciada de otras actividades cuyo objeto también sea la tutela de la salud humana.

Para ello será preciso cristalizar el concepto, separándolo de otros que pueden ser afines. Deberán establecerse diferencias entre la asistencia sanitaria y otras instituciones y actividades técnicas y jurídicas del Estado que, aún cuando en su expresión material puedan corresponderse, de ninguna manera son conceptualmente idénticas.

I.- Protección de la salud pública

En primer lugar, hay que establecer una diferenciación entre protección de la salud pública y protección de la salud individual. La primera tendrá por objeto aquellas circunstancias que perjudican la salud de la colectividad, o también la salud individual en cuanto tenga relevancia para la el grupo. Es plublica en cuanto a sus fines y en cuanto a sus manifestaciones materiales. En cuanto a

sus fines, puesto que no toma en cuenta al individuo sino al agregado de los individuos de un grupo, comunidad, región o país. En cuanto a sus medios, porque las actividades no se prestan sino a la generalidad, o a un grupo de individuos colectivamente considerados.

La protección de la salud pública se manifiesta en una serie de actividades típicamente administrativas y que, siguiendo a Martín González [97] se pueden clasificar en tres tipos: A) de regulación y control, B) de prestación y C) de fomento.

A) Las actividades de regulación y control se pueden referir a:

1.- las personas, con la regulación y control sobre ciertas enfermedades contagiosas (venéreas, por ejemplo) y con la sanidad escolar;

2.- las cosas: estas, a su vez, comprenderán:

a) las que se llevan refieren al medio ambiente, incluyendo en este epígrafe el suelo, la atmósfera, la vivienda, los establecimientos públicos (hostelería, piscinas, etc.);

b) las referidas a la regulación e inspección sanitaria de los alimentos;

[97] Ver MARTIN GONZALEZ, Manuel: Sanidad pública..., citado; T° III, pp. 435 y ss.;

c) las referidas a la regulación e inspección de la provisión de aguas;

d) la regulación sanitaria animal, referida a las zoonosis transmisibles al hombre (toxoplasmosis, hidatidosis, etc.);

e) la sanidad de buques y aeronaves (la antiguamente llamada sanidad exterior);

3.- las actividades en general:

a) actividades industriales y comerciales

b) actividades agropecuarias

c) el trabajo

d) actividades recreativas y deportivas

e) obras y servicios de directo interés sanitario (mercados, abastecimiento y depuración de aguas, mataderos, etc.)

f) las actividades sanitarias, sean de la industria o de las profesiones. Dentro de las primeras, se refiere a la reglamentación e inspección de clínicas, lugares de baños medicinales, farmacias, industria farmacéutica y toda la industria para la salud (desde jeringuillas a scanners). En cuanto a las segundas, se tratará de la reglamentación y control del ejercicio de la medicina, sus

especialidades y las profesiones afines, al igual que el ejercicio farmacéutico.

B) Dentro de la actividad prestacional en materia de protección de la salud pública, se trata de todas las medidas dirigidas fundamentalmente al control y detección de las epidemias, la asistencia en catástrofes, la vacunación, y, por fin, la asistencia a los enfermos en tanto focos de riesgo para la salud pública.

C) La actividad de fomento comprende la promoción de las actividades e iniciativas privadas o públicas relacionadas con la salud pública, como la educación sanitaria, la educación física, etc.

II.- Protección de la salud individual: Asistencia sanitaria

La protección de la salud individual se refiere a las prestaciones médico-asistenciales sobre personas determinadas, teniendo por finalidad inmediata la prevención de la enfermedad en ese individuo y la limitación de sus posibles consecuencias para el sujeto, el restablecimiento de la salud, con o sin secuelas, y el alivio de las manifestaciones de la enfermedad, sin tomar en cuenta otro tipo de consideraciones que no se refieran prioritariamente al

individuo mismo. Este concepto es sinónimo de asistencia sanitaria tal y como se la entenderá en el presente trabajo.

III.- Actividades e instituciones afines

Una serie de instituciones y actividades del Estado se relacionan directamente con la salud y la enfermedad humanas. Algunas de ellas pueden inclusive coincidir en sus expresiones materiales, sin tratarse, no obstante, de asistencia sanitaria propiamente dicha. Ellas están referidas a la sanidad pública. Por sanidad pública se entiende el conjunto de actividades de la administración estatal dirigidas a la protección de la salud pública. Por salud pública, como ya se ha indicado, debe entenderse la salud de los individuos colectivamente considerados, o del estado de salud común de los habitantes de un país, región o municipio.

Pero en algunos casos, teniendo en cuenta y como fin verdadero la salud de la colectividad, la actividad sanitaria estatal se ejerce sobre el individuo enfermo: se trata de la asistencia a la salud individual en tanto en cuanto repercuta o pueda repercutir directamente en la salud común. Esto es lo que típicamente ocurre en el trata-

miento de las enfermedades contagiosas y epidémicas. Aquí lo que interesa no es la asistencia al enfermo como sujeto activo de derechos, de dignidad y merecedor de las atenciones que, en tales circunstancias, puedan comúnmente brindársele. Por el contrario, lo que se trata es al individuo enfermo en tanto huésped de una enfermedad cuya propagación conviene detener. El objeto de la actividad estatal es la enfermedad, y no el enfermo sino en tanto portador del proceso morboso pasible de ser transmitido a la generalidad de la población, a su grupo o a sus allegados. En definitiva, la actividad curativa de una enfermedad sin trascendencia social directa, no cabe dentro del concepto de sanidad pública, sino dentro del de asistencia sanitaria.

BENEFICENCIA

**Asistencia sanitaria: entre potestad
del médico y derecho natural del indigente**

Introducción

El comienzo de un estudio sistemático de la evolución, transformaciones y desarrollo histórico de aquella pretensión humana que se satisface mediante la asistencia sanitaria lleva a comenzar por las primeras respuestas que se le han dado en el marco de la secularmente denominada cultura occidental.

Aquellas expresiones se encuentran en la tradición médica, cuyo iniciador, por las razones que en seguida se verán es Hipócrates de Cos, médico de la Grecia clásica. Allí arrancan tales respuestas, recogidas por esta tradición y plasmadas en el denominado "principio de beneficencia". De acuerdo con éste, los médicos asumen el deber de asistir a los enfermos. Aproximarse a este principio en su propio marco, a las razones que le daban fundamento y a sus límites, resulta un medio formidable de acercarse a las realizaciones posteriores, en cuya base y orígenes se encuentra la beneficencia hipocrática. En el primer capítulo de esta segunda parte se hará un seguimiento del principio de beneficencia desde su aparición, en la preceptiva de Hipócrates, hasta su transformación cristiana, resaltando la idea de beneficencia en los estoicos, con Séneca, y su pasaje a la Europa latina a través de la península ibérica.

El cristianismo, como se verá en el segundo capítulo de esta parte, retoma el principio hipocrático. Pero lo transforma, lo liberándolo del ámbito médico, en un principio popular con vastas manifestaciones. En el cristianismo el deber asistencial atañe a todos, no solamente los médicos. La religión cristiana abre paso a una conciencia benéfica hacia los enfermos, como nunca había existido antes. Ella se pone de manifiesto en, por ejemplo, el hospital y las instituciones asistenciales cristianas. Merced a estas últimas, precisamente, se puede hablar de beneficencia institucionalizada cristiana, cuyo estudio aporta nuevas evidencias en la consolidación de la pretensión asistencial. Para una mejor comprensión del sustento evangélico y teológico de la beneficencia cristiana, es necesario exponer la doctrina de Santo Tomás, en donde queda sistematizado, con unos determinados contenidos y prioridades.

En el tercer capítulo de esta parte segunda se verá cómo el humanismo renacentista cristiano vino a renovar sustancialmente las concepciones relativas al deber de socorrer al enfermo. En efecto, con los humanistas del Renacimiento, fundamentalmente con Vives, la asistencia al enfermo es vista no ya como un deber que recae sobre todos en general, sino como un deber de la ciudad. Este pasaje desde lo privado e individual a lo público constituye una

nueva transformación para el principio de la beneficencia, y un reconocimiento diferente de la pretensión asistencial. Para comprenderlo habrá que centrarse en el marco doctrinal del erasmismo como movimiento renacentista; dentro de él, en la figura y en la obra del valenciano J.L. Vives como sus elementos centrales y descollantes, al igual que en el debate y la polémica desatadas a su alrededor.

El capítulo cuarto de esta parte estará dedicada al principio de la beneficencia, y sus manifestaciones en el seno del Estado moderno en ciernes. Aquí será preciso ceñirse a los modelos claves para entender la beneficencia como institución estatal. Tales modelos se encuentran en España, con los monarcas católicos, en la Inglaterra isabelina, con sus leyes de pobres, y en Francia, en donde la influencia de Vives resulta tal vez más palpable. En la misma Francia será necesario referirse, cómo no, a las instituciones de la beneficencia en los días previos a la Revolución.

Luego del estudio de las primeras expresiones de la asistencia benéfica secular, se verá, en el quinto y último capítulo de esta segunda parte, dedicada a la beneficencia, la beneficencia pública institucionalizada. En ella aparecen diversos matices relativos a la concepción de la pretensión que ella satisfacía. Así, en España adopta un

sesgo cristiano tradicional, con unas instituciones que evidencian una concepción de la beneficencia a la que se denominará paternal. Esto queda evidenciado en la Constitución de Cádiz, y en las manifestaciones legislativas tales como las leyes generales de Beneficencia de 1822 y 1849, y la del Real Decreto de regulación estatal, de 1875. Por otra parte, será necesario referirse a la caracterización doctrinal que se hallaba en la base de las realizaciones de la beneficencia institucional. El análisis se centrará en dos autores, representativos de otras tantas posiciones diferentes, Colmeiro y Posada. Se verá luego la beneficencia inglesa, cuyo carácter más típico consiste en tener, no sólo unas motivaciones piadosas, sino también una orientación hacia metas utilitarias; de allí que se la denomine beneficencia utilitaria. Sus repercusiones son de gran valor, dado que evidencia cómo históricamente, hay una aproximación formal entre sanidad y beneficencia. Para finalizar el capítulo, se verá la asistencia benéfica laica y fraterna a los enfermos en la Francia de la Revolución. Se la ha denominado beneficencia fraternal. Ella aspira a convertirse en principio fundante del Estado liberal nacido de la Revolución, y sienta las bases para las ideas que en seguida la superaron.

LA BENEFICENCIA HIPOCRÁTICA

I.- Hipócrates. Tekné iatriké (curar técnicamente)

Hablar de curación de los enfermos en la Grecia antigua es centrarse en la figura de Hipócrates de Cos, el llamado "padre de la medicina", médico griego que nació hacia el año 460 a.C. en la isla de Cos, frente a las costas de la actual Turquía.

Pertenecía Hipócrates a la familia de los Asclepiades y, según la tradición, era descendiente de Asclepio (Esculapio), dios de la terapéutica, por vía paterna y de Heraclades por vía materna. Recibió formación médica de su padre, Heráclides. También aprendió las ciencias y la filosofía con Hepáfilo, Gorgias y Demócrito. Gran viajero, recorrió Grecia y frecuentó Atenas. Murió, ya viejo, en Larissa de Tesalia, dejando dos hijos, Dracón y Tésalo. Ellos, junto a su yerno, Polibio, y sus numerosos discípulos, propagaron las enseñanzas médicas y morales de Hipócrates, y continuaron su obra, por sí y por sus nuevos discípulos, a lo largo de toda la antigüedad.

Es preciso centrarse en él puesto que con Hipócrates ocurre en los siglos VI y V a.C. el hecho fundamen-

tal de la historia de la asistencia a la salud: la medicina se constituye como una técnica. Hasta entonces, la ayuda al enfermo consistía en repetir una práctica curativa reputada como tal, sin indagar sobre las causas. El sanador era el brujo, el mago, el chamán o el sacerdote. La curación, si se lograba, provenía de una conjunción de elementos no racionalizados: el lugar, las prácticas y rituales apropiados, la persona del enfermo y la presencia y acción de la persona del sanador. Eran aquellos unos tiempos de los que dirá el poshipocrático de Alejandría, Aulo Cornelio Celso:

Las enfermedades se atribuían entonces a la ira de los dioses inmortales, y su curación era costumbre impetrarla a los mismos dioses. [1]

Siglos más tarde, diría P. Cabanis, médico y revolucionario francés, refiriéndose a la significación de Hipócrates:

Hasta aquí los médicos, sucesivamente poetas, héroes o sacerdotes, no habían sido más que unos

[1] CELSO, Aulo Cornelio: Los ocho libros de la medicina, Dos tomos, Col. Obras Maestras, tr. directa de latín, prólogo y notas de Agustín Blánquez, Editorial Iberia, Barcelona, 1966; pp. 5 - 6;

simples empíricos, y aún muchos de ellos simples charlatanes. Su teoría, que era tan vaga e incierta cuanto vacilante su práctica, se veía confundida en una multitud de reglas minuciosas y sutiles, o llena de generalidades que distaban mucho de lo positivo de los hechos, que es lo que se necesita para hacer útil la aplicación de ella. La ignorancia de los pueblos les dispensaba a los médicos de dar una forma más racional al arte: la credulidad pública, fruto de esta misma ignorancia, había generalizado entre las personas antedichas un sistema culpable de superchería y de mentira habitual (...) Desde entonces sustituyó una doctrina razonada a aquellas indigestas colecciones de fórmulas. [2]

Pero a partir de los griegos de aquellos siglos, tal vez ya con Alcmeón de Crotona, pero fundamentalmente con Hipócrates, el médico no aportará tratamientos eficaces si no consigue antes con su razón (lógos) explicar y fun-

[2] CABANIS, Pierre Jean G.: Compendio histórico de las revoluciones y reforma de la medicina, tr. D.S.M., Imprenta de Repullés, Madrid, 1820; pp. 57 y 59;

damentar las prácticas curativas. El ejercicio de curar se hace tekné iatriké, o medicina técnica[3].

Allí nace nuestro problema: cuando el arte de curar se convierte en un ejercicio racional y relativamente eficaz. Desde el momento mismo en el cual la medicina se hace tekné iatriké, puede surgir la pretensión racional de recibir asistencia médica en la enfermedad, y de que esa asistencia esté disponible para todos, sin otra discriminación que la fundada en las propias reglas del arte.

1) La preceptiva hipocrática

Hipócrates inicia en los siglos V y IV a. C. la más sólida referencia médica que se posee de la antigüedad. Estas referencias concluyen con Claudio Galeno, ya entre los siglos I y II de nuestra era. Entremedio, una serie de escuelas de variada importancia (hipocrática propiamente dicha, alejandrina, empírica, metódica). Pero la doctrina por excelencia que domina la antigüedad y, en materia deon-

[3] Ver LAIN ENTRALGO, Pedro: La amistad entre el médico y el enfermo en la medicina hipocrática, (Discurso de apertura del año académico 1962/63), Real Academia de Medicina, Madrid, 1962;

tológica, inclusive hasta nuestros días [4], es la de Hipócrates y sus continuadores. En sentido estricto puede decirse que es, sencillamente, la única.

El Corpus Hippocratorum y la "cuestión hipocrática"

La preceptiva hipocrática está contenida en los llamados "Tratados Hipocráticos". Éstos son una serie de manuscritos de antigüedad desigual y de contenido muy variado. Es todo un cuerpo literario, al que tradicionalmente se denomina Corpus hippocratorum. La tarea monumental, obra de más de veinte años, de traducción —al francés— e interpretación del Corpus fue realizada en el siglo pasado por el médico y filólogo Paul Emile Littré (1801-1881) [5]. De esta manera la obra hipocrática volvió a estar al alcance de los médicos prácticos, no versados, como ocurría en siglos anteriores, en lenguas clásicas.

[4] Buen ejemplo de lo cual, es la reciente recopilación de trabajos a cargo de Roger Bulger. Ver **BULGER, Roger J. (editor): In Search of the Modern Hippocrates**, University of Iowa Press, Iowa City, 1987;

[5] La edición más corriente hoy es: **LITTRÉ, Paul Emile: Œuvres Complètes D'Hippocrate, Traduction Nouvelle avec le text grec en regard, collationné sur les manuscrits et toutes les éditions accompagnée d'une introduction, de commentaires médicaux, de variantes et de notes philologiques**, Diez tomos, Reimpresión de la edición de París 1839, Adolf M. Akkert, Amsterdam, 1961;

No todos los escritos contenidos en el Corpus han salido de la pluma de Hipócrates. Muchos son posteriores, e inclusive muy posteriores a él. Se les da el nombre de hipocráticos porque forman el conjunto de las obras atribuidas a Hipócrates en la antigüedad, a lo largo de los siglos. La totalidad de los estudiosos coinciden en que los textos provienen de personalidades y épocas diferentes, y cuyos fines han sido también distintos. Algunos autores creen incluso que ninguno de los escritos del Corpus procede de la mano de Hipócrates. Así, para U. Wilanowitz, "Hipócrates es un nombre detrás del cual no es posible detectar un solo escrito" [6]. Para el historiador de la medicina y estudioso del mundo helénico, L. Edelstein, por el contrario, no hay opúsculo alguno que no se remonte al propio maestro [7]. Galeno, por su parte, atribuía a Hipócrates varias obras en concreto. Contrariamente, un papiro descubierto a finales del siglo XIX y que contiene un resumen de las ideas médicas de los antecesores de a Hipócrates, el

[6] WILANOWITZ-MOELLENDORF, U.: Sitzungsberichte der Preussischen Akademie der Wissenschaften, philosophische, historische Klasse, Berlín, 1911, pp. 222 - 223; citado por VINTRO, Eulalia: Hipócrates y la nosología hipocrática, Col. Convivium N° 14, Ariel, Barcelona, 1972; p. 29;

[7] Ver EDELSTEIN, Ludwig: "The Genuine Works of Hippocrates", en Bulletin of History of the Medicine, Vol. 7, N° 2, The John Hopkins Press, Baltimore, 1939, pp. 236 y ss.;

Anónimo Londinense, "hace difícil o cuando menos problemático, la posibilidad de aceptar que tales tratados puedan asignarse sin más al médico de Cos", según afirma el catedrático de Cataluña, J. Alsina[8]. Dicho papiro contiene fragmentos de la Historia de la Medicina escrita en el siglo IV a.C. por Menón, discípulo de Aristóteles.

Como puede verse, la autoría del Corpus no es cuestión pacífica, sino antes bien una sucesión de polémicas, teorías y probanzas encontradas. En esta discusión consiste la "cuestión hipocrática". En la atribución de los diversos tratados a la figura que les ha dado su nombre, y el desentrañar la autoría de cada uno de ellos. Se denomina así por analogía con la "cuestión homérica", pero, aunque preocupa a los estudiosos, no es "cuestión" tan extensa como aquella[9].

Conociendo la cuestión hipocrática, se puede comprender mejor el carácter del Corpus como fuente tradicio-

[8] **ALSINA, José**: Los orígenes helénicos de la medicina occidental, Col. Guadarrama Punto Omega, Sección Ciencia y Técnica N° 265, Ed. Labor, Barcelona, 1982; p. 16;

[9] Para un resumen completo de la "cuestión hipocrática", ver **VINTRO, Eulalia**: Hipócrates y la..., citado; pp. 76 - 94; Sobre las ediciones y versiones del Corpus hipocratorum realizadas en España, ver **SANTANDER RODRIGUEZ, Teresa**: Hipócrates en España (Siglo XVI), Dirección General de Archivos y Bibliotecas, Madrid, 1971;

nal, única y a la vez múltiple. Se verán seguidamente algunos de los caracteres de sus enseñanzas.

Caracteres de las doctrinas del Corpus

Dos son los caracteres más manifiestos de las enseñanzas hipocráticas. Uno, que todas las doctrinas del Corpus confluyen hacia el intento de dar una explicación racional al proceso morboso. Ello se funda, en una concepción desacralizada de la naturaleza o physis, por una parte, y por la otra, en una actitud científica, o al menos protocientífica, en la cual juegan un papel preponderante la observación y la experiencia.

El segundo rasgo dominante del Corpus es el poseer una gran altura deontológica, que se pone de manifiesto en el juramento, aunque aparece en numerosos pasajes. El juramento no es contemporáneo de Hipócrates sino seguramente muy posterior. Con todo, y tal vez justamente por ello, refleja el espíritu hipocrático ya madurado y consolidado a lo largo de las sucesivas generaciones[10].

[10] Ver **ALSINA, José: Los orígenes helénicos...**, p. 53; también ver **LAIN ENTRALGO, Pedro: La medicina hipocrática**, Alianza Universidad N° 340, Alianza, Madrid, 1982;

Fidias[12], buena prueba del nivel intelectual y la grandeza que le son atribuídas. En Fedro Hipócrates es mencionado como uno de los hombres más ilustres y mejores de la época. Análogamente, Platón pone en boca del médico Erixímaco las frases más doctas y agudas, en El banquete.

Tres son los rasgos fundamentales del médico hipocrático, según destaca P. Laín Entralgo. Primero, la posesión de una conciencia histórica de su condición de médico. "En todos ellos, dice, opera una idea racional, ilustrada acerca del origen de la medicina y sobre la significación de ésta en la vida del hombre." [13] La medicina ha dejado de ser magia para ser tekné iatriké, y es esta técnica lo que da al médico —mediante la observación y la experiencia— un poder sobre los elementos y sobre el azar. El médico hipocrático está por encima del animismo ancestral. Esto trae aparejado, se comprenderá, un sentimiento muy alto sobre la propia significación histórica y social del ar-

[12] En el pasaje de Sócrates y el otro Hipócrates, su joven amigo, casi al principio de la narración por Sócrates, a quien el joven acaba de llamar para contarle que Protágoras está en la ciudad. Se consultó la edición de **ARAUJO, María y otros: Obras completas de Platón**, 2ª Edición (1ª Ed. 1966), Tr. del griego, preámbulos y notas por María Araujo y otros, con introducción de José Antonio Míguez, Col. Grandes Culturas, Aguilar, Madrid, 1981;

[13] **LAIN ENTRALGO, Pedro: La medicina hipocrática**, citado; p. 365;

te de curar. Segundo, la convicción de estar situado junto a la élite intelectual y social del mundo de su época. La distinción social, y el amor a la fama y la reputación son caracteres siempre presentes en el médico hipocrático. Tercero, por fin, la propensión a presentarse a sí mismo como una figura estética y moralmente atractiva.

Para encontrar ejemplos de estos rasgos basta con acudir, en el Corpus, a las obras Sobre el médico, o a Sobre la decencia. En el primero de ellos se aconseja que el médico tenga "buen color y aspecto sano, acorde con su propia naturaleza (...) que presente un aspecto aseado, vaya bien vestido y se perfume con ungüentos olorosos." [14] Por otra parte, debe en el aspecto moral, "no sólo ser reservado, sino llevar una vida morigerada, pues ello contribuye mucho a su prestigio." Se advierte que debe ser "además, un perfecto caballero en su comportamiento y, por ende, mostrarse grave y afable con todo el mundo." Se aconseja también "que su rostro muestre seriedad", y que evite la excesiva hilaridad. Por fin, se recomienda que se muestre leal "pues la lealtad puede ser un gran aliado", y que se comporte "con gran control de sí mismo." Finaliza el pequeño tratado manifestando que "tales deben ser, en resumen, sus

[14] Sobre el médico se cita según la versión de LAIN ENTRALGO, Pedro: Op. cit.; pp. 253 - 254;

cualidades físicas y morales." En Sobre la decencia, se dice que el médico debe:

Ser serio sin rebuscamiento, severo en los encuentros, pronto en la respuesta, difícil en la contradicción, y penetrante y discreto en las concordancias, moderado para con todos, silencioso en la turbación, resuelto y firme en el silencio, bien dispuesto para aprovechar la oportunidad (...); y hablará declarando con su discurso, en cuanto le sea posible, todo lo que ha sido demostrado, cuidando del buen decir (...) y fortificado por la buena reputación que de ello resulte. [15]

La buena reputación es una meta constante del médico hipocrático. Laín se refiere, como fenómeno destaca-

[15] Se cita según GARCIA GUAL, Carlos y otros: Tratados Hipocráticos, Cinco tomos, Introducción general de Carlos García Gual, introducciones, traducciones y notas de C. García Gual, M^a D. Lara Nava, J.A. López Pérez y B. Cabellos Alvarez, Col. Biblioteca Clásica Gredos N° 63 , Ed. Gredos, Madrid, 1989; T° I;

ble, a la "intensa sed de prestigio de todos los tratadistas de la colección [hipocrática]." [16]

Amor a la naturaleza y a la humanidad. Amor al arte

Antes de referirse al carácter y origen de los deberes en los hipocráticos habrá que introducir una matización a fin de distinguir que en la antigua Grecia había distintas clases de médicos. Véanse las bien ilustrativas razones que pasan entre Clinias y el Ateniense en las Leyes de Platón:

Ateniense: - (...) Decimos, sin duda que hay unos médicos y que hay también unos ayudantes de los médicos, que también son médicos, ¿no es eso?

Clinias: - Enteramente.

Ateniense: - Estos pueden ser libres o esclavos, en este último caso se forman según las instrucciones de su dueño, viéndole hacer y de una manera empírica, no aprendiendo la ciencia de la Naturaleza que los hombres libres adquieren por sí mismos y enseñan luego a sus discípulos. ¿Ad-

[16] LAIN ENTRALGO, Pedro: La medicina hipocrática, citado; p. 370;

aprende junto a los enfermos, va instruyendo al mismo paciente, en la medida en que ello le es posible, sin prescribirle nada hasta tanto haya conseguido convencerle de ello; y entonces, ayudado ya por la persuasión, tranquiliza y prepara continuamente a su enfermo, hasta lograr llevarlo poco a poco a la salud. [17]

Así pues, no todas los actos de los médicos, ni toda asistencia a la salud será de igual clase ni responderá a iguales motivaciones. El esclavo será reparado físicamente en cuanto sea conveniencia de su amo. Poco importará el alivio de sus dolores. El dueño atenderá antes a la conveniencia económica de la recuperación del esclavo que otro tipo de consideraciones.

Por el contrario, cuando se encuentra ante el hombre libre lo que impulsará al hipocrático será el amor al arte y un esbozo de philantropía [18]. En este sentido Laín dice:

[17] Leyes, 720;

[18] Ver HANDS, A.R.: Charities and Social Aid in Greece and Rome, Col. Aspects of Greek and Roman Life, Cornell University Press, Ithaca, 1968; En la parte final incluye una serie de documentos posthipocráticos en los que se manifiesta el principio de beneficencia;

El médico [hipocrático] se acerca al enfermo movido por un impulso complejo en cuya trama se articulan la voluntad de ayuda técnica, la compasión humana y un deseable apetito, secreto en unos casos, patente en otros, de lucro y prestigio. [19]

El amor al arte, tan presente en la colección hipocrática, es la satisfacción de consagrarse al arte de curar como medio de realización de la propia vida [20] "Si hay amor a la humanidad (philantrôpîê), también hay amor a la ciencia (philotekhnîê)" está escrito en los Preceptos hipocráticos. El hipocrático se acerca a la enfermedad humana y racional o técnicamente. En etapas ulteriores, por influencia del estoicismo ya se podrá hablar propiamente de

[19] LAIN ENTRALGO, Pedro: La amistad entre..., citado; pp. 4 - 5; Ver también, sobre la philia médica como fundamento de la práctica hipocrática, LAIN ENTRALGO, Pedro: La relación médico-enfermo, Reimpresión (1ª Ed. Revista de Occidente 1964), Col. Alianza Universidad N° 370, Alianza Editorial, Madrid, 1983; pp. 42 y ss.;

[20] Ver LAIN ENTRALGO, Pedro: La medicina hipocrática, citado; p. 384;

filantropía. El premio para el médico libre será la dignidad, la fama y el honor; y el lucro moderado[21].

El médico hipocrático es, ante todo, physiologo; y más aún, un "fisiófilo", amante de la physis[22]. La physis es la naturaleza universal y materna, de la cual todos los hombres participan. El hipocrático ama y conoce la physis, y por ende, al hombre. Su intervención sobre la physis se hace a través del arte: el médico no hace otra cosa que ayudar a la naturaleza a través del arte; es servidor de la naturaleza por medio de su profesión[23]-. "El médico hipocrático actúa según la physis y según el, lógos; más precisamente, según lo que éste enseña acerca de aquella", dice Laín[24].

[21] Hipócrates recomienda cobrar, por principio general; no obstante, "en algún caso prestar los servicios sin percibir honorarios, en recuerdo de un favor anteriormente recibido, o atendiendo meramente a tu actual reputación. Y si se presenta la oportunidad de tratar a un extranjero libre de recursos, préstale una completa asistencia." Preceptos; se cita según la versión de LAIN ENTRALGO, Pedro: Op. cit.; p. 329;

[22] Ver LAIN ENTRALGO, Pedro: La medicina hipocrática, citado; p. 354;

[23] Ver LAIN ENTRALGO, Pedro: La relación..., citado; p. 83;

[24] LAIN ENTRALGO, Pedro: La medicina hipocrática, citado; p. 383;

De esta manera, en la última parte del Juramento hipocrático puede leerse:

Así, pues, si doy cumplimiento a este juramento, sin falta, que se me conceda disfrutar de la vida y de mi arte en medio de la consideración de todos los hombres hasta el último día; pero si lo violo y me vuelvo perjuro, que me suceda todo lo contrario. [25]

Las bendiciones consisten en gozar en medio del prestigio y la fama. Las maldiciones, el descrédito y el olvido o la indiferencia. Lo que movía al médico hipocrático era, entonces, el amor a la naturaleza, el amor al arte y el deseo de obtener prestigio y consideración.

Las motivaciones hipocráticas son, pues, de dos tipos: su compromiso con la physis, su "fisiofilia", y sus —muy legítimos— anhelos de prestigio social, y de fama y honores. Hasta aquí la interpretación más ortodoxa. Hay, sin embargo, y es preciso recogerlas, otras interpretaciones menos benignas.

[25] Se cita según la traducción hecha directamente del griego en VINTRO, Eulalia: Hipócrates y la..., citado; p. 271;

Una interpretación menos benigna

A pesar de lo dicho, la ética hipocrática y las continuas manifestaciones acerca del compromiso con ella, pueden estar orientadas a otros fines, a saber, la consolidación de una confianza social respecto de la profesión, como marco propicio para su ejercicio. Para aventar el lastre que para las actividades médicas significaría la tendencia popular a la "iatrofobia" [26]. Sin embargo, los autores de la escuela de Barcelona, como E. Vintro [27] y J. Alsina [28], creen que el amor por la naturaleza, la "fisiofilia" bien poco sirvió como fundamento de la ética hipocrática. La principal razón para favorecer al enfermo no habría sido el amor al arte (philotecknié) o el amor al hombre (philantropié). Antes bien, habría sido "la motivación de fama y prestigio [quien] presidió en grado superla-

[26] Ver KUDLIEN, Fridolf: "Medical Ethics and Popular Ethics in Greece and Rome", en Clio Medica, Vol. 5, Pergamon Press, Londres, 1970; pp. 97 y ss.; Ver también FADEN, Ruth y Tom L. Beauchamp (en colaboración con Nancy M.P. King): A History and Theory of Informed Consent, Oxford University Press, Nueva York, 1986; p. 62;

[27] Ver VINTRO, Eulalia: Hipócrates y la..., citado;

[28] Ver ALSINA, José: Los orígenes helénicos..., citado;

tivo la conducta profesional del médico griego." Tesis estas que no pretenden disminuir el valor humanitario de la actividad médica, sino "desenmascarar una falsa divinización moral de sus preceptos y centrarla en sus auténticos y humanos límites" [29]. Dice E. Vintro:

Hipócrates y con él la casta médica se movió a impulsos de la fama, del renombre, del prestigio social y su normativa revela poco a poco este interés por no perder, por conservar, por adquirir y aumentar su buen nombre entre los conciudadanos. [30]

3) El imperativo hipocrático: el principio de beneficencia

El médico hipocrático posee un imperativo moral supremo: favorecer, o al menos no perjudicar [31]. La mi-

[29] VINTRO, Eulalia: Hipócrates y la..., citado; p. 272;

[30] Ibidem;

[31] Sobre el principio de no perjudicar, ver GRACIA GUILLÉN, Diego: Primum non nocere. El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica, discurso para la recepción pública de Académico Electo, Instituto de España, Real Academia Nacional de Medicina, Madrid, 1990; Este principio, también llamado de "no maleficencia" es matizado, y considerado certeramente como relativo por Ra-

sión del médico es hacer el bien al paciente. Este es el denominado principio de beneficencia, eje fundamental de toda la ética hipocrática[32]. Estas reglas tenían para el médico hipocrático, y conservan, hasta nuestros días, una doble significación: técnica, por una parte; y propiamente moral por la otra. Debe resaltarse, sin embargo, que ambos aspectos están inescindiblemente conectados[33].

naan Gillon, para quien "lo importante es asegurarse de que el daño previsto merece la pena, y que la merece desde el punto de vista del paciente, cuando se compara con el beneficio igualmente previsto. El cirujano que creyera en el primum non nocere tendría que guardar el bisturí, pues cada corte implica un daño a las personas. La cuestión está en que se pretende que el daño quede muy compensado por el beneficio al paciente." GILLON, Raanan: "Problemas éticos de la medicina moderna", en VILLARDELL, Francisco (coordinador): Ética y medicina, Col. Espasa Universidad N° 15, Espasa-Calpe, Madrid, 1988; p. 23;

[32] En una definición más amplia, J. Childress, siguiendo a W. Frankena, describe cuatro elementos contenidos en este principio, dentro del cual quedaría el anteriormente mencionado principio de no maleficencia: 1) No se debe infligir daño; 2) Debe prevenirse el daño; 3) Debe removerse el daño; y 4) Debe promoverse el bien. Estos elementos se hallan ordenados según su prioridad y su fuerza obligacional. Ver CHILDRESS, James: "Beneficence and Health Care Policy: Reduction of Risk Taking", en SHELP, Earl E. (editor): Beneficence and Health Care, Col. Philosophy and Medicine N° 11, D. Reidel Pub. Co., Dordrecht, Holanda, 1982; pp. 224 - 238; p. 224;

[33] En efecto, la realización del bien y la evitación del daño al enfermo deberá indefectiblemente ajustarse a los siguientes tres principios: 1) Principio de la máxima capacidad técnica: el médico sólo podrá actuar moralmente cuando posea un grado de suficiencia técnica tan elevado como le sea posible; 2) Principio de la obra bien hecha: la moral del médico consiste en hacer del mejor modo posible

El principio está recogido en el libro primero de las Epidemias de hipócrates:

Hay que describir lo pasado, conocer lo presente, predecir lo futuro; practicar esto. Ejercitarse respecto a las enfermedades en dos cosas, ayudar, o al menos no causar daño. El arte consta de tres elementos, la enfermedad, el enfermo y el médico. El médico es el servidor del arte. Es preciso que el médico oponga resistencia a la enfermedad junto con el enfermo. [34]

La obligación moral de favorecer se encuentra imbuyendo toda la colección hipocrática. Sin embargo, en algunos textos, la preocupación moral es más manifiesta que en otros. Tal es el caso del Juramento, los Preceptos, Sobre la decencia y Sobre el médico. Dada la cuestión hipo-

aquello que técnicamente debe hacer. "La perfección de la propia obra no es sólo una hazaña intelectual, técnica o estética; es también, y muy esencialmente, un deber moral", afirma Laín; 3) Principio de la autenticidad del bien: consistente en armonizar las íntimas creencias del paciente acerca de la idea de lo que es el bien para sí, con las íntimas creencias del médico respecto a lo que es el bien para el paciente en el caso concreto. Ver LAIN EN-TRALGO, Pedro: La relación..., citado; pp. 452 - 453;

[34] Epidemias, I, 11; según GARCIA GUAL, Carlos y otros: Tratados Hipocráticos, edición citada; T° I;

crática, sería, en un estudio muy especializado, preciso tener en cuenta las diversas épocas y autores. En el caso del presente, es válido hablar de un "hipocratismo lato sensu" [35].

La regla de favorecer tiene como meta la totalidad de los aspectos de la physis del paciente. Técnicamente, favorecer comprendería el uso de los mejores recursos al alcance del médico (L.IV, 312) [36], cuando lo ejercita recta y bellamente; cuando es asiduo en sus visitas (L. IX, 240); cuando se perfuma discretamente (L. IV, 204); cuando respeta el deseo del paciente (L. III, 278 y IX, 236), cuando tiene en cuenta la buena apariencia del paciente (IX, 258), cuando respeta su gusto, si el complacerlo no daña (L. V, 308); En suma, "todas las manifestaciones de la physis del enfermo, desde las puramente somáticas hasta las sociales y políticas se hallan comprendidas en la regla ética de favorecerlo." [37]

Carácter del principio. Luciano de Samosata

[35] Ver LAIN ENTRALGO, Pedro: La medicina hipocrática, citado; p. 383;

[36] Corpus hipocratorum, Edición de Littré, tomo IV, p. 312; Ver la nota 37;

[37] LAIN ENTRALGO, Pedro: La medicina hipocrática, citado; p. 386 - 387;

Cualesquiera hayan sido las motivaciones y alcances, corresponde ahora indagar el carácter que el principio de beneficencia tiene en la ética hipocrática. En otras palabras, es preciso saber si la fortaleza del principio está del lado del enfermo o del lado del médico. La respuesta puede ya adelantarse: el principio de beneficencia es un principio del médico. La pretensión de recibir asistencia no es ni podría serlo en este momento reconocida como tal. Asistir al enfermo es una potestad del médico.

La explicitación más contundente del carácter de los deberes de los médicos, esto es, del principio de beneficencia, no pertenece a ningún escritor hipocrático. Por el contrario —y para fortuna de este estudio— proviene de un jurista, Luciano de Samosata. Este hombre de leyes y prolífico escritor vivió siglo II d.C. De él se sabe que nació en Samosata, la actual Samsat, en Siria, ciudad junto al Éufrates, y que vivió en tiempos de Adriano y Antonino Pío, a mediados y finales del siglo II. Para esta exposición, lo más importante es que Luciano fue abogado en ejercicio, durante algún tiempo, en Antioquía. De allí la relevancia que tienen las palabras de un personaje suyo cuando, en un relato, El desheredado, resume la naturaleza de la obligación del médico clásico.

La obra El desheredado, de Luciano, es un monólogo de alegato ante los jueces de la ciudad. Lo pronuncia un joven médico a quien su padre pretende desheredar —por segunda vez— por haberse negado a asistir a su madrastra.

En este relato puede leerse, en primer lugar, un resumen de la ética hipocrática, que ordena beneficiar, o al menos no perjudicar. Esto evidencia buen el conocimiento que el autor tiene de la materia que trata. Dice el personaje del joven médico, hablando de una anterior curación efectuada sobre su padre:

Me presenté, pues, sin ser llamado, pero no procedí en seguida a la curación. No acostumbramos a obrar así, ni nos lo prescribe nuestra profesión, la cual nos manda hacernos primero cargo de todo, de si la enfermedad es curable o incurable, y si está dentro o fuera del límite de nuestro poder. Si es curable procedemos a la medicación, y no perdonamos medio para salvar al enfermo; pero si ha dominado ya y vencido al paciente, nada hacemos, cumpliendo la antigua ley de los padres de la medicina, según la cual no ha de tocarse al

enfermo ya vencido por el mal [o que se halla fuera de los límites de nuestro poder]. [38]

Es de resaltar que el personaje habla en primera persona del plural, en nombre de toda la profesión. Destaca que el médico acude sin ser llamado, obedeciendo tan solo a su conciencia beneficentista, y dispuesto a "no perdonar medios" para salvar al enfermo. Esto es, beneficiar ante todo, y cueste lo que cueste, rasgo típico de la ética hipocrática. También hay que resaltar que el médico ha de condicionar su actuación a las posibilidades de su arte. De su propio arte. En efecto, el juicio acerca de la curabilidad o no del paciente dependerá de las aptitudes del sanador individual, así como del estado del enfermo en sí, según una mínima exégesis del texto. Es importante que esto último es "antigua ley de los padres de la medicina", clara alusión a las escuelas hipocráticas.

[38] LUCIANO de SAMOSATA: El desheredado, en VIDAL y FERNANDEZ-DELGADO, Cristóbal y Federico Baraibar Zumárraga: Obras completas de Luciano, Tres tomos, tr. directamente del griego con argumentos y notas de Cristóbal Vidal y Fernández-Delgado (Tomo I) y Federico Baraibar Zumárraga, (Tomos II y III), Col. Biblioteca Clásica N° 55, 128 y 132, Sucesores de Hernando, Madrid, 1914, 1917 y 1918; T° III, pp. 303 - 322; p. 305;

Véase ahora, sobre el estatus de la obligación asistencial, estos esclarecedores párrafos de la misma obra:

La medicina es la profesión más honrada y más útil, y debe dar a los que la ejercen la necesaria libertad: esta independencia es en ella una prerrogativa natural. Nadie puede ejercer coacción ni dominio sobre esta ciencia sagrada, revelada por los dioses y estudiada por los sabios; no está sometida a la servidumbre de las leyes, ni al temor o al castigo de un tribunal, ni a la sentencia de un juez, ni a las amenazas de un padre, ni a las iras de un particular. Por tanto, aunque yo os dijese paladina y claramente: —Puedo, pero no os quiero curar: he aprendido mi arte sólo para mi padre y para mí, y quiero ser un ignorante para los demás; ¿qué tirano, por desafortado que fuese, me obligaría a ejercer contra mi voluntad? Con súplicas y ruegos, no con leyes, iras y tribunales se ha de obtener nuestro auxilio. Al médico se le ha de persuadir, no mandar; ha de traérselo de grado, no por la fuerza; no se le ha de compeler a la curación, sino ha de pro-

ceder a ella gustoso y por su voluntad. La profesión médica goza de inmunidad, y está emancipada del poder paterno, y hay médicos a quienes las ciudades conceden honores públicos, preferencia de asientos, inmunidades y prerrogativas.[39]

Y luego agrega este joven médico, como colofón del alegato:

!Ay, padre mío, tales fueron los comienzos de tu primera locura![40]

Estas palabras reflejan perfectamente el tipo de vinculación que establecía el médico hipocrático con el resto de sus conciudadanos. Ejercía el arte según su talento, sin una obligación exigible.

En el médico hipocrático, puede afirmarse pues, que hay un compromiso de asistir a los enfermos. Este es un deber que se pone de manifiesto en numerosos pasajes de la colección hipocrática. Pero es fundamentalmente un deber de tipo moral que el médico toma sobre sí, cualesquiera sean

[39] Op. cit. T° III, p. 317;

[40] Op. cit.; p. 322;

sus motivaciones. Este es el postulado básico. La obligación de favorecer o beneficiar no es una obligación perfecta en el sentido jurídico del término, dado que no es exigible por ley. Pretender lo contrario, "es locura" según acaba de verse en Luciano. Es, antes bien, un deber moral que surge del hecho de abrazar la profesión. Desde este punto de vista es una potestad, no una obligación. Y aunque como toda obligación moral podrá traer una sanción para quien no la cumpla, ella adoptará la forma de descrédito social, pérdida de la fama, honores y emolumentos. Pero no será individualmente exigible en cada caso concreto. La profesión médica goza, como dice Luciano, de inmunidad.

O. Temkin señala que:

El médico de la antigüedad, se habría considerado a sí mismo como ligado a la sociedad fundamentalmente por el valor intrínseco de la medicina, el cual el se habría sentido llamado a cultivar y a llevar adelante hacia lo mejor de su propia habilidad (...) la existencia de una ciencia médica racional, como la que los griegos crearon, era en sí mismo un factor social de la más alta significación. Pero aparte de esto, los médicos de

aquella época estaban poco preocupados acerca de hacer la medicina útil para la comunidad.[41]

Repercusiones del principio

Este principio hipocrático de beneficencia potestativa domina toda la historia de la asistencia médica, desde el propio Hipócrates, durante toda la antigüedad hasta Galeno. Y desde este último hasta casi nuestros días.

El principio hipocrático ha sido actuado a lo largo de la historia, en la cual se ha situado como un telón de fondo, o como un presupuesto de la actividad sanadora. Justamente por ello, ha atravesado diversos avatares históricos desde aquellos tiempos remotos, hasta nuestros días. El principio de beneficencia está en la raíz de todas las construcciones posteriores en materia de asistencia sanitaria. Aquí, en sus orígenes griegos, como preceptiva moral, cuyo ejercicio constituía un privilegio del médico.

En momentos posteriores este principio seguirá su curso, excediendo el marco estricto de la profesión médica, en donde ha encontrado sus orígenes. Será abrazado por par-

[41] TEMKIN, Owsei: "Changing Concepts of the Relation of Medicine to Society: In Early History", en GALSTON, Iago (editor): Social Medicine: Its Derivations and Objectives, Commonwealth Fund, Nueva York, 1949; p. 5;

ticulares e instituciones religiosas y laicas. Con todo, mucho tendrá que andar este principio hasta alcanzar, desde este estadio, el estatus de derecho humano fundamental pleno, positivado en el derecho y efectivizado en la realidad.

II.- Beneficencia y filantropía. Séneca

La idea de la beneficencia hipocrática, centrada en la physis primariamente, y secundariamente en el hombre como parte de aquella, reorienta su philia hacia el hombre en el pensamiento estoico. Una expresión acabada de éste puede encontrarse en el cordobés y ciudadano de Roma, Lucio Anneo Séneca.

En numerosos pasajes de su obra se hallan referencias a la filantropía, al obrar por el bien de los demás, a la beneficencia, en suma. Pero en donde aborda la cuestión de manera verdaderamente sistemática en su libro De los beneficios[42]. En ella este autor denomina "beneficios" al hacer el bien a los semejantes. Para él hacer el bien es la más alta de las virtudes sociales, y la que mantiene unida a la sociedad. "De los beneficios, afirma Séneca

[42] SÉNECA, Lucio Anneo: De los beneficios, en SÉNECA, Lucio Anneo: Obras completas, Discurso previo, traducción, argumentos y notas de Lorenzo Riber, 5ª Edición, M. Aguilar, Madrid, 1966; pp. 311 - 438;

ca, se ha de tratar y poner en orden esta virtud, que es el vínculo más fuerte de la sociedad humana." [43] De allí que tanto le preocupe la ingratitud, la que, sin embargo, no debe ser obstáculo para actuar benéficamente [44]. El vicio más pernicioso es, para Séneca, la quiebra de los beneficios [45]. Pero beneficio, o beneficencia, no es el hecho de dar en sí, sino la virtud del espíritu que mueve a dar, hallando placer en ello.

Beneficio es —dice— el acto de benevolencia que causa placer, y lo recibe dándolo, inclinada a hacerlo por gusto y disposición natural, de suerte que no es la obra o el don lo que importa, sino la intención (...) [pues] lo que importa

[43] SÉNECA, Lucio Anneo: Op. cit.; p. 317;

[44] Es una tradición que luego Vives expresará en su Escolta del Alma, con la sentencia N° 80: "Da coecus, acci-pe occulatus" ("Da con los ojos cerrados; recibe con los ojos abiertos"); VIVES, Juan Luis: Obras completas (Primera traslación castellana íntegra y directa, comentarios, notas y un ensayo biobibliográfico 'Juan Luis Vives, valenciano' por Lorenzo Riber), Dos tomos, M. Aguilar, Madrid, 1947; T° I, p. 1188;

[45] Ver SÉNECA, Lucio Anneo: De los beneficios, citado; p. 317;

(...) es la disposición del espíritu del que da o del que hace. [46]

Por otra parte, Séneca establece también una gradación entre los beneficios que han de hacerse a los demás. En primer lugar, los necesarios, luego los provechosos y por último los agradables. Aquí es donde radica la importancia de Séneca. Efectivamente, él incluye entre los beneficios necesarios la salvación de la vida, y el socorro a los enfermos [47]. Estas ideas serían conocidas por Galeno, como se verá seguidamente.

III.- Los continuadores de Hipócrates. Celso y Galeno

La obra de Hipócrates se continúa en Claudio Galeno. A pesar de que hubo escuelas intermedias, el otro hito es este gran médico de la antigüedad. Entre aquellas escuelas, destaca la anatómica (quirúrgica), de Alejandría, con la figura descollante de Aulo Cornelio Celso [48]. Bas-

[46] SÉNECA, Lucio Anneo: Op. cit.; p. 318;

[47] SÉNECA, Lucio Anneo: Op. cit.; p. 387;

[48] "A veces [la cirugía] es la única que puede decidir el éxito", dirá Celso en su Libro VII (De la cirugía); CELSO, Aulo Cornelio: Los ocho libros de..., citado; p. 143;

te aquí mencionar que la obligación asistencial en Celso es netamente hipocrática. En su obra se hallan las dos típicas actitudes del médico de Cos, beneficentista y no maleficiente, aquellas de "ayudar, o al menos no causar daño", de las Epidemias I, 11. Un buen ejemplo está contenido el siguiente pasaje, tomado de su Libro V, 5:

Es casi una necesidad tratar de curar los sanos, las pecas y las efélides [49], pero no se puede privar a las mujeres del cuidado de su persona. [50]

El texto es bien demostrativo de que cuando el paciente está en mejores condiciones de lo que puede conseguir mediante la intervención médica, será una necesidad intentar el tratamiento. En Celso, como en Hipócrates, lo primero es no dañar. Pero la segunda parte del pasaje demuestra que la provisión de asistencia proviene de una actitud ética beneficente ante el enfermo. E incluso ante el sano con estigmas estéticos.

[49] Manchas de la piel causadas por la exposición al sol;

[50] Libro VI, 5; CELSO, Aulo Cornelio: Op. cit.; p. 93;

Si el médico, en Celso, está inclinado a tratar lo leve, con mayor razón se sentirá moralmente obligado a hacerse cargo de lo más grave y comprometedor para la vida y la salud humanas. Esta es la tradición que se continúa en Galeno.

1) Galeno. La filantropía médica

Claudio Galeno era un griego oriundo de Pérgamo, ciudad del Asia menor, situada en el valle del río Caico, en la actual Turquía, a pocos kilómetros del mar; ciudad famosa por su templo de Asclepio (Esculapio), y docta; de su biblioteca se dice que podía competir con la de Alejandría.

Nació Galeno alrededor del año 130, bajo el reinado del emperador Adriano, y murió hacia el año 200, en tiempos de Septimio Severo. Su mundo era, pues, de relativa paz, y pagano. Un mundo en el que se apreciaba la cultura griega. Se formó en la propia Pérgamo, así como en Esmirna y Corinto. Luego siguió sus estudios en Alejandría, en donde tomó contacto con la escuela que allí florecía. Ello lo llevó a familiarizarse con la anatomía, y con las concepciones médicas de Celso. Viajó a Roma al menos durante dos períodos de su vida. Autor fecundísimo, dejó una

gran obra, gran parte de la cual se ha perdido definitivamente. Según O. Temkin[51], sólo sus escritos preservados ocuparían una docena de volúmenes de mil folios cada uno, prueba de su capacidad de trabajo.

Galeno es la figura cuya obra consolida de manera más o menos sistemática ("su obra es más una enciclopedia que un sistema", dirá Temkin[52]) la tradición hipocrática. Sobre esta tradición, dice L. García Ballester, "se entretuvo en purificar y quintaesenciar unos conceptos y unos esquemas que 'fijaron' y 'cerraron' definitivamente el mundo de la medicina antigua"[53]. De allí que su estudio sea clave para la mejor comprensión de cualquier cuestión asistencial ulterior a ella.

Los deberes en Galeno

[51] Ver **TEMKIN, Owsei**: Galenism: Rise and Decline of a Medical Philosophy, 2ª Impresión (1ª Imp. 1973), Cornell University Press, Ithaca, Nueva York, 1974; p. 5;

[52] **TEMKIN, Owsei**: "Geschichte des Hippokratismus im ausgehenden Altertum, en Kiklos, 4, 1-80, año 1932; citado por **GARCIA BALLESTER, Luis**: Galeno en la sociedad y en la ciencia de su tiempo (c. 130 - c. 200 d. de C.), Col. Universitaria de Bolsillo Punto Omega N° 146, Guadarrama, Madrid, 1972; p. 18;

[53] **GARCIA BALLESTER, Luis**: Op. cit.; p. 48;

La deontología de Galeno es, en líneas generales, la hipocrática, basada en los mismos principios: beneficiar, o al menos no dañar. Él mismo lo describe:

'Tener en las enfermedades dos cosas presentes: ser útil o al menos no perjudicar.'

En otro tiempo —dice Galeno— yo creía que esto era insignificante e indigno de Hipócrates. En efecto, consideraba que era algo de absoluta evidencia para todos los hombres la necesidad de que el médico aspire por encima de todo a la utilidad de los enfermos y, si no es posible, al menos a no perjudicarlos. Pero después (...) comprendí lo que tal afirmación significaba para Hipócrates en persona, y necesariamente para otros muchos médicos de su escuela; a partir de aquí tuve en la mayor estima (...) considerar de antemano y por mí mismo, no sólo en que medida le ayudaría si triunfaba, sino también cuanto le perjudicaría si fracasaba. Por consiguiente (...) si llega a fracasar mi objetivo, jamás dañaré al enfermo. [54]

[54] Tomado de VINTRO, Eulalia: Hipócrates y la..., citado; p. 274;

Galeno ha sentido, como helénico tardío, la influencia de los estoicos y epicúreos. En tal sentido, puede decirse que en él ya se configura expresamente una verdadera "filantropía", vista en Séneca y apenas esbozada en Hipócrates. Sus convicciones sobre la dignidad humana quedan de manifiesto, por ejemplo, en la asistencia que concedía a los esclavos. Pero se trataba de una visión puramente moral e individual, sin planteamientos sociales más amplios. Galeno pertenecía a un ambiente cultural en el cual la medicina y la filosofía eran, y debían ser, individualistas[55]. En este sentido Galeno marca la totalidad de las ideas médicas y médico-asistenciales con una influencia que se extiende hasta hoy mismo.

Las motivaciones de Galeno no difieren en mucho de las del propio Hipócrates. Pero su papel es el de haberlas refinado, haber depurado sus elementos y haberlas dotado de fijeza. Lo que en el maestro son lineamientos, en Galeno son conceptos consolidados. A Galeno lo mueve el amor a la ciencia y al prestigio. Y la filantropía. Dice en De sanitate tuenda:

[55] Ver GARCIA BALLESTER, Luis: Galeno y la..., citado, p. 30;

He sido esclavizado por el servicio al arte, y he servido amigos, parientes y conciudadanos en muchos aspectos, y he permanecido en vela la mayor parte de mis noches, algunas veces en atención a los enfermos, pero siempre por la belleza del estudio. [56]

La beneficencia por filantropía

¿Cuál es en Galeno la razón para el ejercicio del arte? ¿De qué tipo es la obligación que posee de intentar la curación de los enfermos? La respuesta es hipocrática. Puede estar contenida en De placitis. Allí hace una distinción entre la esencia de lo que es el médico, por una parte, y los motivos personales para el ejercicio, por la otra. El médico en tanto médico se ocupa de la salud del cuerpo. Pero:

Algunos practican la medicina en atención al dinero, otros por la excención de prestar servicios públicos que le ley les otorga, otros, por filan-

[56] De sanitae tuenda, 5, 1; Citado por **TEMKIN**, **Owsei: Galenism: Rise and...**, citado; p. 47;

tropía, así como otros lo hacen por la reputación y el honor que proporciona. [57]

Más que probablemente, como afirman O. Temkin y W.D. Smith, Galeno se incluía a sí mismo entre quienes ejercían la medicina por filantropía. Filantropía en sentido amplio, con una preocupación por el hombre en tanto tal, su situación y su futuro [58]. Una filantropía en la que ya no es la simple "fisiofilia" como actitud primaria quien conduce al amor al hombre como actitud derivada. No. En Galeno la filantropía ha acrecido hasta constituir la verdadera actitud primaria.

IV.- La beneficencia en los maestros árabes

El pensamiento de Galeno ha llegado hasta nuestros días, introduciéndose en Europa occidental a través de un camino que no está completamente esclarecido. Lo que sí es claro es que ha sido múltiple. Una vía es la directa o

[57] De Placitis, 9, 5; TEMKIN, Owsei: Op. cit.; p. 48;

[58] Ver TEMKIN, Owsei: Op. cit.; p. 48; Ver también SMITH, Wesley D.: The Hippocratic Tradition, Col. Cornell Publications in the History of Science, Cornell University Press, Ithaca, 1979; pp. 177 y ss.;

continental, poco conocida y mal demostrada. Más importante para la preservación en occidente de la medicina griega, fue la de la medicina árabe. Dos fueron aquí los caminos: uno, de relativa importancia, los asentamientos moriscos en Sicilia. Otro, el centro por excelencia de **expansión** de las enseñanzas greco-arábigas hacia toda Europa, se situaba en la península ibérica. Es preciso, pues, referirse a Avicena y Averroes [59], quienes sirvieron de puente para que las doctrinas hipocrático-galénicas llegaran a la Europa cristiana.

Efectivamente, al respecto dirá P. Cabanis:

Los libros de los árabes llenaban con su gloria los países sometidos al Califato. Ya los pueblos vecinos empezaban a mirar con envidia aquellos felices países; el comercio empezaba a abrir algunas comunicaciones; con él se iban adquiriendo nuevas necesidades, y por consecuencia, nuevos gustos. Pronto empezaron a concurrir los jóvenes de todas partes a España, para aprovecharse de aquella claridad naciente. Hiciéronse de moda las

[59] Aunque también conviene recordar a otros dos grandes: Albucarsis (Córdoba, ? - 1106) y Avenzar (Sevilla 1113 — Córdoba 1162);

escuelas árabes, como en otro tiempo lo habían sido las escuelas griegas. A poco tiempo, el árabe pasó a ser una lengua sabia, y por su conducto fueron conocidas al principio las obras de Hipócrates, de Galeno, de Aristóteles, de Euclides y de Ptolomeo. [60]

Nada más verdadero. En pleno expansionismo árabe, los estudios de medicina en la escuela de Alejandría consistían en dieciseis libros de Galeno. Los maestros árabes fueron, pues, quienes interpretaron a Galeno para la Europa cristiana.

1) Avicena. El Canon

[60] CABANIS, Pierre Jean G.: Compendio histórico de..., citado; p. 111; El eminente cirujano renacentista español Daza Chacón, ya había dicho: "Y los médicos que allí leían [Salamanca] habían procurado restituir el arte de la medicina, que en aquellos tiempos casi en toda Europa estaba perdido, si no era entre los árabes que en España moraban (...)." Citado por GARCIA BALLESTER, Luis: Historia social de la medicina en la España de los siglos XIII a XVIII, Col. Textos, Ed. Akal, Madrid, 1976; p. 54;

Una alta expresión se alcanza con Avicena[61], de cuya obra destaca el Cannon (Qânûn fi-l-T'bib), considerada la culminación de la medicina greco-árabe, libro que contenía la mitad de los estudios de la carrera médica en las universidades europeas en el siglo XV, y libro de texto hasta el año 1650 en las universidades de Montpellier y Lovaina[62]. Esta obra fue divulgada a toda Europa desde la traducción al latín que en el siglo XII realizó Gerardo de Cremona, en la Escuela de Traductores de Toledo.

En Avicena no puede decirse que haya aportación propia en cuanto a la actitud puramente ética hipocrático-galénica, por lo que, en este aspecto, debe considerársele como el continuador de los grandes médicos de la antigüedad. Sí aportó significativamente a la técnica médica, lo que es bien demostrativo de sus calidades éticas, en función del doble carácter del principio de beneficencia, ético y técnico, como se vio más arriba.

2) Averroes. El nexó con las raíces

[61] Sobre Avicena puede verse: **AFNAN, Soheil M.:** Avicenna. His Life and His Works, George Allen and Unwin, Londres, 1958;

[62] Ver **CAMPBELL, Donald:** Arabian Medicine and its Influence on the Middle Ages, Reimpresión (1ª edición 1926), Philo Press, Amsterdam, 1974; pp. 47 y ss.;

El hito supremo de la medicina y la filosofía árabes está en Averroes (Ibn Rusd). Este médico y filósofo nace en Córdoba, en el año 1126, y allí mismo, muere en 1198. Es el intérprete de Aristóteles para el Islam; como Santo Tomás para el cristianismo, o como Maimónides para la el judaísmo. En materia médica, es el expositor e intérprete del pensamiento de Galeno, cargado ahora de la lógica aristotélica. Para Averroes hablar de un médico es referirse a Galeno. Y hablar de un filósofo es pensar en Aristóteles. Valga como ejemplo su definición de medicina:

El arte que, arrancando de principios verdaderos, busca la conservación de la salud del cuerpo humano y la curación de las enfermedades. [63]

Es arte en el sentido de tekhné. A su vez, los "principios verdaderos" son el juego combinatorio de los contrarios, los elementos, las causas: fuego y aire, frío y caliente, seco y húmedo; las causas naturales, formales,

[63] Colliget, Libro I, cap. I, fol. 5, a; Tomado de **TORRE, Esteban: Averroes y la ciencia médica. La doctrina anatómofuncional del 'Colliget'**, Ediciones del Centro, Madrid, 1974; p. 36 en el texto, y facsímil al final del volumen;

eficientes y finales; la materia y la forma; más el orden práctico de los conocimientos anátomo fisiológicos y farmacológicos[64]. Averroes, en materia de ética médica no realiza mayores aportaciones propias. Pero constituyó, en similitud con Avicena, el nexo histórico clave al de introducir desde el Mediterráneo el pensamiento griego en la cultura médica de la Europa latina. De allí provienen las raíces hipocráticas, ahora hipocrático-galénico-arábicas de nuestra cultura asistencial.

V.- La beneficencia en la tradición de Israel

No puede concluirse este panorama de la beneficencia como principio de actuación médica, sin hacer referencia a los filósofos y médicos de la religión de Israel, Maimónides y Asaf. Sus enseñanzas son de gran influencia para nuestra cultura.

1) Maimónides. Preservar la obra de Dios

[64] Ver MENDIZABAL ALLENDE, Rafael de: Averroes, un andaluz para Europa, Instituto de Estudios Africanos, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 1971;

Rabí Moisés Ben-Maimón, Maimónides, nace en Córdoba, como Averroes, en el año 1135, noble familia de juristas judeo-andaluces. Muere en Egipto en 1204. Ejerce intensamente la medicina, a la que concibe como una empresa esencialmente moral. "El precepto de visitar al enfermo es válido para todos sin excepción (...) y todo el que no lo cumple es como si derramaran sangre", dirá en el comentario del Mishneh-Torah[65]. Para Maimónides, la medicina es un apostolado, una profesión sagrada. El médico debe ser, ante todo, un hombre de provecho y de elevados principios morales.

La Oración de Maimónides

Es tradición que cada mañana repetía una oración, ahora célebre y que lleva su nombre. En realidad la oración la compuso en 1783 el médico berlinés Marcus Herz (1747-1803). Luego aparecieron versiones posteriores de ella, con modificaciones. En un principio estaba redactada en alemán, y años más tarde fue transcrita al hebreo. En

[65] Mishé-Torá, sección "Duelo", XIV, 4; se cita según el texto en **ORIAN, Meir**: Maimónides. Vida, pensamiento y obra, traducido del hebreo por Zeev Zvi Rosenfeld, Col. Aula Hispánica, Riopiedras Ediciones, Barcelona, 1984; p. 135;

cualquier caso, es demostrativa de la actitud moral de los sanadores judíos. Dice así:

Me estoy preparando para ejercer mi profesión; ayúdame, ¡oh Dios!, en mi trabajo para que tenga éxito. ¡Pon en mi corazón el amor a la sabiduría y el amor a tus criaturas! ¡Aparta de mi la codicia por los bienes materiales y los honores, pues estas cualidades se oponen a la verdad y al amor al prójimo! Fortalece mi cuerpo y mi alma para poder siempre ayudar al pobre y al rico, al bueno y al malo, al amigo y al enemigo; para que vea en el enfermo "sólo al Hombre". Da a mis enfermos el sentimiento de confianza en mí y en mi ciencia; que presten atención a mis consejos y cumplan mis órdenes. Aleja del lecho de los que sufren a todo medicastro, manosanta y curandero, y a los que creen en ellos. Hazme fiel ejecutor de las indicaciones de sabios médicos, hombres de ciencia auténticos, pues el campo de la sabiduría es grande y amplio. Dame el coraje y la fortaleza de espíritu necesarios para combatir a los necios y

embaucadores que pretendan engañarme, para que no me aparte del camino de la verdad. [66]

El fundamento de la obligación asistencial

Para Maimónides la conservación de la salud del cuerpo es un mandamiento divino. Es una forma de servir a Dios. Cree que la labor del médico es tanto en la salud cuanto en la enfermedad. Es prevención y promoción. Es asistencia espiritual "son sólo los necios quienes creen que el médico es necesario únicamente en caso de enfermedad declarada", dirá [67]. Maimónides considera que la vida humana tiene un valor supremo. Cuando una vida humana está en peligro, cualquier actividad prohibida en el Torah, puede llevarse a cabo, excepto la idolatría, el incesto y el homicidio [68].

Maimónides atacó enérgicamente a los Karaites, secta judía del siglo VIII. Este grupo se oponía a la in-

[66] Es la versión vertida directamente del hebreo, según el texto de A.M. Mazi, en **ORIAN, Meir: Maimónides: Vida, pensamiento...**, citado; p. 270;

[67] Cuidado de la salud, 2ª parte; en **ORIAN, Meir: Op. cit.**; p. 573;

[68] Ver **ROSNER, Fred: Medicine in the Misheh Torah of Maimonides**, Ktav Publishing House, Nueva York, 1984; p. 109;

interpretación rabínica de la escritura, y rechazaba totalmente la medicina y los médicos, y basaban su curación totalmente en la oración. Fundamentaban su doctrina en la interpretación literal del libro del Éxodo, 15:26: Yo soy Yahvéh, el que te sana que en los textos hebreos puede ser "Yo soy el Señor tu Médico", que presta los textos en aquella lengua a una interpretación más excluyente[69].

En cuanto a las medidas religioso-sanitarias siempre hubo acuerdo[70]. Sin embargo, ¿qué es lo que obliga a la atención de los enfermos en Maimónides? El preservar la obra de Dios, y el cumplir con su palabra. Ya no es la filantropía lo que mueve a la asistencia del enfermo. Son la caridad, y el temor de Dios. El amor a Dios y a su obra, y el respeto a su Ley. Se basaba en un pasaje del Talmud, Sanhedrin, 73-a, que dice: "¿Cuándo sabes que tie-

[69] Ver **ROSEN, Fred**: Medicine in the Bible and the Talmud. Selections from Classical Jewish Sources, Library of Jewish Law and Ethics Vol. V, Ktav Publishing House, Nueva York, 1977; p. 102;

[70] Numerosas reglas religiosas judías son eminentemente sanitario-epidemiológicas, como aquellas que se refieren a las carnes, al vestido, al lavado de los utensilios, a la circuncisión. "De seiscientos trece mandamientos o prohibiciones bíblicas, no menos de doscientos trece son reglas sanitarias impuestas en forma de ritos religiosos rigurosamente observados", dice Suessmon Muntner. Ver **MUNTNER, Suessmon**: "Medicine in Ancient Israel", (como prólogo) en **ROSNER, Fred**: Medicine in the Misheh Torah of Maimonides, Ktav Publishing House, Nueva York, 1984; p. 9;

nes la obligación de salvar a tu prójimo? A partir del versículo "entonces se la devolverás" [Deuteronomio, 22:2] [71]. Esto lo reproduce en su Comentario sobre el Mishneh Torah (Nedarim 4:4), dice Maimónides:

A partir del Torah es obligatorio para el médico el sanar a los enfermos, y esto está incluido en la explicación de la frase de la Escritura "entonces se la devolverás", significando sanar su cuerpo. [72]

En Maimónides la pretensión asistencial tiene origen en la consideración por la obra y la palabra de Dios. Se trata de que el médico --el "hombre médico"-- asista a los enfermos para acatar la palabra de Dios. Y para servir a su obra, presente en cada hombre hecho a su imagen y semejanza [73].

[71] ROSEN, Fred: Medicine in the..., citado; p. 105; Del Talmud, traducción. El versículo bíblico se cita según UBIETA, José Angel (director): Biblia de Jerusalén, Edición Española, Editorial Española Descleé de Brouwer, Bilbao, 1967;

[72] Tomado de ROSEN, Fred: Medicine in the..., citado; p. 105;

[73] Ver COHEN, A.: The Teachings of Maimonides, Reimpresión (1ª Ed. 1927), Ktav Publishing House, Nueva York, 1968; Para Maimónides, en general, también ver: BARYLKO,

2) Asaf. La tradición benéfica

Asaf o Asaph Judeus, o Asaph ben Berakhiah, es un poco estudiado precursor de la medicina hebrea. Aunque anterior en el tiempo, el impacto de este médico israelita es menor que el de Maimónides, de allí que se exponga luego de aquél. No se conocen con exactitud las fechas de su nacimiento y muerte, pero se sabe que vivió en la mesopotamia asiática entre los siglos tres y siete de nuestra era. Estas determinaciones se basan en su lenguaje, sus referencias a Hipócrates y Galeno, y su calendario. Su Libro de Asaf contiene, además, pasajes de medicina babilónica, egipcia, persa e india. Y demuestra no conocer en absoluto influencia alguna de la medicina árabe. Su Libro ha sido reunido en a partir de una serie de manuscritos antiguos; pero este autor no fue conocido en occidente hasta su lle-

Jaime: La filosofía de Maimónides, Col. Biblioteca de Ciencias del Hombre, Ed. Marymar, Buenos Aires, 1985; **TWERSKY, Isadore:** Introduction to the Code of Maimonides (Mishneh TorahI), Yale Judaica Series Vol. XXII, Yale University Press, New Haven y Londres, 1980; **WEISS, Raymond L. y Charles E. Butterworth:** Ethical Writtings of Maimonides, New York University Press, Nueva York, 1978;

gada a Francia, a comienzos del siglo IX, y su obra jamás ha sido editada reunida de manera íntegra[74].

Asaf es autor de un discurso deontológico para sus discípulos. Estas admoniciones eran efectuadas, según el Libro, en una ceremonia, en las que participaban otros maestros, antiguos discípulos. Es preciso aquí vertir sólo su pasajes más importantes, para comprender la moral médica judía post-hipocrática anterior a Maimónides.

Tened presente que no habéis de matar a ningún hombre con brebajes de raíces; no prepararéis ninguna poción que pudiera causar aborto; no divulgaréis el secreto que un hombre te haya confiado; ni por precio causéis heridas o daños a hombre alguno, y no endurezcáis vuestro corazón contra los pobres y los necesitados; antes bien, tened compasión de ellos, y curadlos. (...) [75]

A lo cual los discípulos respondían:

[74] Ver ROSEN, Fred: Medicine in the...., citado; pp. 119 y ss.;

[75] Tomado de ROSEN, Fred: Op. cit.; p. 122; Puede verse también en FRIEDENWALD, Harry: Jewish Luminaries in Medical History, John Hopkins Press, Baltimore, 1946;

Todo lo que tú nos has aconsejado y ordenado haremos, ya que está ordenado en el Torah, y lo llevaremos a cabo de cuerpo y alma, y con todas nuestras fuerzas[76].

Luego, los demás maestros volvían a insistir con el siguiente recordatorio:

No preparéis veneno para que hombre o mujer alguno mate a sus semejantes; ni reveléis su composición. (...) No derraméis sangre en el ensayo de ningún experimento en la ejercitación de vuestras habilidades médicas; no causéis ninguna enfermedad en hombre alguno; no os apresuréis a mutilar ni a incidir la carne de un hombre (...) sin antes observar una segunda y una tercera vez, y luego dar vuestro consejo. (...) [77]

Como se ve, en Asaf están ya recogidos los preceptos hipocráticos de no maleficencia, en la prohibición de preparar brebajes venenosos, no causar heridas, no de-

[76] En ROSEN, Fred: Op. cit.; p. 123;

[77] Ibidem;

rramar la sangre de un semejante por el puro deseo de aprender, ni mutilar sin antes tener muy buenas razones para ello.

Y, lo que es más importante, está recogido el principio de beneficencia, ordenando no endurecer el corazón hacia los pobres y necesitados.

Las motivaciones para prestar asistencia a los enfermos están en Dios, en su obra. Dios es creador y sanador. Él hace crecer las plantas que curan, y pone la habilidad de curar en los corazones de los hombres sabios. Dios está, en Asaf, "con quienes caminan sus caminos y son puros a sus ojos." [78]

[78] Ibidem; Más preceptos ético-médicos judíos, aunque de menor influencia, se encuentran en Isaac Ben Salomón Israeli (Abu Yokub I Shak ibn Sulaiman Al-Israeli), médico que vivió en Egipto entre alrededor del año 870 y el 932. En sus Aforismos o Introducción a la medicina, puede leerse: "(Aforismo 11) El médico no lleva a cabo la curación. Pero prepara y suaviza el camino para la naturaleza. La naturaleza es la verdadera sanadora." Y también "(15) Es el médico doblemente necesario: para preservar la salud y para curar la enfermedad. Y la demanda por lo primero es más grande que por lo segundo; porque es mejor para un hombre que evite enfermar a que enferme y sea curado." Sigue, ocupándose de los aspectos económicos: "(39) Fija el tus honorarios cuando la enfermedad está en ascenso y es más severa, porque tan pronto como lo hayas curado, el paciente se olvidará de qué servicio tú le prestaste." Finaliza: "Cuanto más demandes por tus servicios, cuanto más altos fijas tus honorarios, más grandes aparecerán aquellos a los ojos a los ojos del pueblo. Tu arte será vista como insignificante por aquellos a quienes trataste por nada." Tomado de **FRIEDENWALD, Harry: The Jews and Medicine. Essays**, (Dos volúmenes) Reimpresión (1ª Edición, 1944, The John Hopkins

VI.- Significación

A través del estudio del principio de beneficencia hipocrático y de manifestaciones posteriores y análogas, queda visto que existía una actitud, bien moral, bien religiosa, que llevaba a prestar asistencia en la enfermedad. Este deber surgía como un compromiso del médico con el hombre en tanto criatura de la naturaleza o en tanto criatura de Dios; por lo tanto sacar al hombre de su estado de enfermedad tenía ya en estas manifestaciones un valor moral. Ahora bien, el deber asistencial es propio de aquel que posee un carisma y un arte que lo distinguen de los demás, el médico. No se trata de una obligación asistencial propiamente dicha sino, antes bien, una potestad del que posee el compromiso, en razón de aquel carisma y aquel arte. Con todo, puede afirmarse que en esta etapa de la his-

Press), Ktav Publishing House, Nueva York, 1967; pp. 24 - 26; Sobre la preceptiva médica judía, puede consultarse también: **ABRAHAM, Abraham S.:** Medical Halachah for Everyone. A comprehensive guide to Jewish medical law in sickness and health (Lev Avraham, adaptado y traducido del hebreo al inglés por el autor y Nahomi Cohen), 2ª Edición, revisada (1ª edición en inglés, 1980; 1as. Ediciones en hebreo, 1976 -1ª parte- y 1977 -2ª parte-), Feldheim Publishers, Jerusalén, 1984; **JAKOBOVITZ, Immanuel:** Jewish Medical Ethics. A comparative and historical study of the Jewish religious attitude to medicine and its practice, Reimpresión (1ª edición, 1959), Bloch Publishing Company, Nueva York, 1975;

toria es posible hablar de un germen de algo que propiamente se pueda denominar pretensión asistencial erga omnes. Eso sí, puede ya afirmarse que hay una cierta pretensión asistencial, aunque débil y poco configurada, deducible contra una persona determinada: el médico.

LA BENEFICENCIA CRISTIANA

La irrupción del cristianismo cambió, en muchos sentidos, el curso de la historia en materia de beneficencia y en materia de asistencia sanitaria. Como dice E. May, "históricamente, la beneficencia como un acto de la virtud de la caridad posee una significación central para la asistencia sanitaria." [79] En efecto, la recepción de los valores hipocráticos por parte del cristianismo produjo al menos dos efectos de suma importancia. Uno, que con él la beneficencia se hace popular, deja de ser patrimonio del médico o del filósofo, para pasar a ser patrimonio de todo cristiano. Un buen ejemplo de esto es la tarea asistencial llevada a cabo en los monasterios. Por otra parte, el cristianismo tiende a dar un gran impulso organizativo a la beneficencia, con la fundación, de obras pías, y de hospitales. Estos fenómenos dejan abierto el nuevo camino que seguirían las posteriores realizaciones asistenciales hasta bien entrado el siglo pasado.

[79] **MAY, William E.**: "Roman Catholic Ethics and Beneficence", en **SHELP, Earl E. (editor)**: Beneficence and Health Care, Col. Philosophy and Medicine N° 11, D. Reidel Pub. Co., Dordrecht, Holanda, 1982; pp. 127 - 151; p. 132;

Aquí se verá la transformación cristiana de las obligaciones de la tradición hipocrática, como origen de la beneficencia cristiana en materia de asistencia al enfermo. Luego se verá el proceso de divulgación y consolidación del principio en el Medioevo, con especial referencia a la institución del hospital y a los hospitales en España. Se anticiparán también las repercusiones que la beneficencia cristiana tuvo sobre las posteriores maneras de concebir y afrontar la asistencia sanitaria benéfica. Para cerrar el capítulo, se hará referencia a la concepción teológica de la beneficencia, abordando el punto según lo trata Santo Tomás.

I.- Orígenes. Vulgarización

Una reinterpretación cristiana de la beneficencia hipocrática llevará a asistir al enfermo por el mandato evangélico "amarás a tu prójimo como a tí mismo" [80]. La

[80] Mateo, 23, 39; Marcos 12, 31; Lucas 10, 27; También la Regla de oro: Mt 7, 12: "Por tanto, todo cuanto queráis que os hagan los hombres, hacédselo también vosotros; porque esta es la Ley y los Profetas." También se encuentra en Lc. 6, 31; Y, más allá, en Juan 15, 12: "Este es el mandamiento mío: que os améis los unos a los otros como yo os he amado." Los textos evangélicos se citan según **UBIETA, José Angel (director): Biblia de Jerusalén**, Edición Española, Editorial Española Descleé de Brouwer, Bilbao, 1967;

filantropía hipocrática se convierte en caridad cristiana, en amor al prójimo. Son numerosísimos los pasajes del evangelio en los que Jesús asiste y enseña que se debe asistir a los enfermos[81]. Además, la beneficencia cristiana posee un incentivo inmediatamente aprehensible sin necesidad de ser filósofo: la promesa de alcanzar la vida eterna en el Reino de los Cielos[82].

El principio, médico y filosófico en sus orígenes, se convierte en el cristianismo en un principio reli-

[81] V.gr.: Mt 4,23-24: "Recorría Jesús toda Galilea, enseñando en sus sinagogas, proclamando la Buena Nueva del Reino y sanando toda enfermedad y toda dolencia en el pueblo. Su fama llegó a toda Siria; y le traían todos los pacientes aquejados de enfermedades y sufrimientos diversos, (...) y paralíticos, y los sanó." Mt 10, 7-8: "Id proclamando que el Reino de los Cielos está cerca. Sanad a los enfermos, resucitad muertos, limpiad leprosos y expulsad demonios. De gracia lo recibisteis, dadlo de gracia." También en Mt 4, 23-; 8, 14-17; 9, 1-7; 9, 20-22; 9, 27-31; 15, 29-31; 20, 29-34; Mc, 1, 29-34; 1, 40; 2, 1-12; 3, 5; En san Marcos: Mc, 6, 13; "y ungián de aceite a muchos enfermos y los curaban."; y en Mc 6, 55-56; 10, 51-52; En el evangelio de San Lucas: Lc 4, 38-41; 5, 12-14; 6, 9-11; 8, 43-48; Igualmente puede leerse en Lc 17, 11 y ss; "En la ciudad que entreis y os reciban, comed lo que os pongan; curad a los enfermos, y decidles: 'El Reino de Dios está cerca de vosotros.' También en la Parábola del buen samaritano: Lc 10, 29 y ss. Y en San Juan, 5, 3-8;

[82] Baste con un ejemplo, entre decenas de ellos: Mt 25, 31 y ss: El juicio final: "Cuando el hijo del Hombre venga en su gloria (...) pondrá las ovejas a su derecha (...) y dirá (...): Porque tuve hambre y me disteis de comer; (...) estaba enfermo y me visitasteis; '[porque] cuanto hicisteis a uno de estos hermanos míos más pequeños, a mí me lo hicisteis'. (...) E irán (...) los justos a una vida eterna."

gioso. Y como fenómeno religioso se vulgariza. Esto significa que el compromiso con el hombre como parte de la physis, del médico hipocrático, es ahora el compromiso con el prójimo, propio del cristiano.

El principio de beneficencia deja de ser privativo de los médicos; ahora es algo que atañe a todos y a cada uno por igual. Todo cristiano tiene la obligación de hacer el bien; y es una obra de misericordia el asistir a los enfermos. Aparece de esta manera la beneficencia cristiana.

En materia asistencial al enfermo, la beneficencia cristiana debe ser vista como el principio hipocrático de beneficencia, prohiado ahora por el cristianismo. De hecho, como sostiene W. Frankena, "excepto tal vez por los estoicos, la beneficencia como ahora la entendemos difícilmente fuese una virtud importante en el mundo occidental antes del advenimiento del cristianismo." [83] Ahora es un principio religioso y universal, que a todos obliga. El amor al prójimo es el elemento central del cristianismo, a resultas de lo cual la caridad cristiana vino a producir una verdadera revolución en cuanto a la actitud social con respecto a los enfermos. La compasión es incumbencia de

[83] Ver **FRANKENA, William K.**: "Beneficence in an Ethics of Virtue", en **SHELP, Earl E. (editor)**: Beneficence and Health Care, Serie Philosophy and Medicine N° 11, D. Reidel Pub. Co., Dordrecht, Holanda, 1982; p. 66

todos los cristianos y se manifiesta de manera especial en la asistencia a los dolientes[84]. Durante este período de expansión del cristianismo se pueden describir, pues, dos fenómenos: el de la vulgarización y el de la institucionalización del principio de beneficencia. Luego se verán sus repercusiones.

A partir del cristianismo puede hacerse un seguimiento de la historia social de la asistencia sanitaria. Con anterioridad, tal historia se limita a destacar los grandes médicos y los grandes descubrimientos. Pero deja saber muy poco, acerca de cuánto los grandes médicos aplicaban sus doctrinas y conocimientos, y más que nada sobre quiénes eran aquellos aplicados[85]. La preocupación por llevar los alivios del arte al mayor número de enfermos procede de la cristianización de la preceptiva hipocrática.

[84] Ver **SIGERIST, Henry**: Civilization and Disease, Cornell University Press, Ithaca, 1943; pp. 69 y ss.; ver también **AMUNDSEN, Darrel W. y Gary B. Ferngren**: "Philanthropy in Medicine: Some Historical Perspectives", en **SHELP, Earl E. (editor)**: Beneficence and Health Care, Serie Philosophy and Medicine N° 11, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht, Holanda, 1982; p. 16;

[85] Ver **McKEOWN, Thomas**: "A Sociological Approach to the History of Medicine", en **McLAHAN, Gordon y Thomas McKeown**: Medical History and Medical Care: A Symposium of Perspectives, Nuffield Provincial Hospitals Trust - Oxford University Press, Londres, 1971, pp. 3 - 16;

El período que los historiadores sitúan entre los años 476, con caída del Imperio Romano de Occidente al 1453, con la toma de Constantinopla por los turcos otomanos[87] tuvo, como toda época, sus peculiaridades epidemiológicas y por ende sus sesgos asistenciales propios. En los asentamientos rurales, los problemas sanitarios provenían del tipo de medio en el cual se desarrollaba la vida, y estaban referidos a la promiscuidad entre las personas y los animales, fundamentalmente. En los burgos, los riesgos para la salud surgían de la relativa aglomeración, la escasa higiene, la proliferación creciente de vectores (artrópodos y roedores), las deficiencias o la inexistencia de tratamiento de las aguas servidas y la provisión de agua potable, entre otros. Tanto en el campo como en las ciudades, aunque con predilección en estas últimas, se daban las

[87] Esta ubicación es más que nada didáctica. Si el presente trabajo versara sobre el Medioevo o algunos aspectos concretos de aquel período, habría que formularle varias matizaciones. Hoy son muchos quienes consideran que sostener estas fechas tan concretas como principio y final de la Edad Media revelan "una ingenuidad" y un "recurso sin fundamento histórico". Ver el trabajo de Omar Agerami al respecto y su extensa bibliografía especializada. **ARGERAMI, Omar: La medicina en la Edad Media**, Cuadernos del Instituto de Humanidades Médicas, Serie Historia de la Filosofía Médica N° 1, Ed. Quirón, La Plata, 1974;

condiciones ideales para la propagación de enfermedades infecto-contagiosas y transmisibles[88].

En el período alto medieval, en líneas generales, la práctica médica estaba reservada a dos categorías de personas, ambas privadas de profesionalidad en sentido estricto. Se trataba de los eclesiásticos, por una parte, y los "sanadores" por la otra. A los sacerdotes, monjes y clérigos les correspondía la doble función de asegurar la asistencia a los enfermos, en cumplimiento de los principios cristianos y las reglas propias de su orden[89]. Asimismo fueron los encargados de conservar y transmitir —y matizar— la cultura médica a través de la continuidad de las tradiciones monásticas. Eran también los monjes los

[88] Ver **McKEOWN, Thomas: El papel de la medicina: ¿sueño, espejismo o némesis?**, tr. Pedro Larios, revisada por Carlos Santos-Burgoa, Siglo XXI Editores, México D.F., 1982; (versión castellana de The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?, Nuffield Provincial Hospitals Trusts, 1976);

[89] Por ejemplo, puede leerse en el Capítulo XXVI de la Regla de San Benito: "De los hermanos enfermos: Ante todo se debe cuidar de los enfermos, de modo que se les sirva como a Cristo en persona, porque Él mismo dijo: 'Enfermo estuve y me visitasteis;' y 'Lo que hicisteis a uno de estos pequeñuelos, a mí me lo hicisteis'. (...) Se los debe soportar con paciencia, porque de los tales se adquiere mayor galardón. (...)." **COLOMBAS, Dom García M., Don León M. Sansegundo y Dom Odilon M. Cunill: San Benito, su vida y su Regla**, Edición bilingüe, Biblioteca de Autores Cristianos, La Editorial Católica, Madrid, 1954; pp. 514 - 515;

verdaderos gremios que defendían la profesión y servían de foro para el intercambio de experiencias y conocimientos médicos.

Entre los años 1270 y 1370 la enseñanza de la medicina ya se ha extendido a casi todo el continente europeo. Cuentan ya con escuelas Padua, Pavía, Florencia, Roma y, destacando por sobre todas, Salerno, en Italia. Montpellier y París en Francia; Oxford y Cambridge en Inglaterra.

En las universidades, los futuros médicos eran iniciados en la física, la filosofía, la lógica y la gramática, como base para el posterior aprendizaje más especializado. Tras ello, se continuaba con la preparación sistemática para el ejercicio de la medicina con el rango de profesión. Esta preparación consistía fundamentalmente en el estudio casi sacramental de Hipócrates y Galeno en la reelaboración aristotélica y con elementos estoicos hecha por los maestros árabes Avicena y Averroes [91]. La base ética de actuación de los médicos medievales era, pues, la del principio de beneficencia hipocrático.

[91] García Ballester se refiere "galenismo arabizado aviceniano dominante" en aquella época. **GARCIA BALLESTER, Luis: Historia social de la medicina en la España de los siglos XIII a XVIII**, Col. Textos, Ed. Akal, Madrid, 1976; p. 54;

2) Institucionalización de la beneficencia. El hospital

Se produce en este período el fenómeno de institucionalización de la beneficencia. Los cristianos visitan, consuelan y rezan por los enfermos; desinteresadamente asisten a cristianos y paganos por igual. Algunos son incluso miembros de los parabolani o "temerarios", un grupo poco conocido que existió durante el siglo IV y cuya misión era el cuidado de los enfermos durante las epidemias. La organización y administración de asistencia médica es un acto de caridad cristiana cuyo más notable ejemplo es el hospital.

En realidad la institución es anterior, ya conocida por los árabes como establecimientos en donde se asistía a los enfermos, aunque su origen es más remoto todavía. Los hospitales en un principio no eran más que albergues para peregrinos, en forma de pequeños establecimientos, generalmente adyacentes a monasterios, de lo cual hay interesantes testimonios históricos[92]. Con el lento surgir de

[92] Ver, por ejemplo GONÇALVES, Iria: "Formas medievais de assistência num meio rural estremenho", en AA.VV.: A pobreza e a assistência aos pobres na península ibérica durante a idade Média, Facultad de Letras, Universidad de Lisboa, Lisboa, 1973, pp. 434-454; En el siglo IV, Flaviola y otras señoras romanas se retiraron a Palestina y fundaron, bajo la dirección de San Jerónimo, algunos establecimientos para albergar a los peregrinos, y a recoger y auxi-

los burgos, los hospitales ya no son de tránsito, sino de internos. En aquellos momentos iniciales recogían a toda clase de menesteros, enfermos, ciegos y hasta locos, sin distinción[93].

3) Los hospitales en España

La propagación del cristianismo trae una eclosión de las prácticas llamadas piadosas por parte de las clases superiores. No debe olvidarse que en el cristianismo la misericordia no es solamente un fin en sí mismo, como la filantropía pagana, sino que puede ser vista, por sobre todo, como un medio para conseguir una recompensa futura.

liar a los enfermos desamparados. El senador Zótico, en el mismo siglo, funda un hospital para enfermos en Constantinopla. Dedicado a la curación de enfermos, el primer hospital de la Europa latina es el de Cesarea de Capadocia, erigido por San Basilio durante en el año 370. En él se contaba con un equipo de médicos que brindaban atención de manera continuada. A aquél le siguen las fundaciones del de Edessa (375), Antioquía (hacia 398) y Éfeso (451). El primer hospital cristiano que se funda en España es el de Mérida, por el obispo godo Masona; se lo dota de médicos y asiste pacientes sin distinción entre cristianos, judíos, esclavos o libres. Ver **ABELLA, Fermín: Tratado de Sanidad y Beneficencia: Arreglado, etc.** 3ª Edición, notablemente re-fundida y aumentada, El Consultor de los Ayuntamientos y Juzgados Municipales, Madrid, 1885; p. 623;

[93] Ver **CARASA SOTO, Pedro: El sistema hospitalario español del siglo XIX: De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual**, Col. Libro de Bolsillo, Historia N° 1, Universidad de Valladolid, Valladolid, 1985;

Este premio es la salvación del alma, un lugar junto a Dios en el cielo. En el bajo medioevo se pueden apreciar las continuas donaciones de bienes raíces y de valores, por actos inter vivos y, más frecuentemente, por disposiciones de última voluntad, para dar muestras de virtud intercesora por los pobres[94]. Estas donaciones se destinan frecuentemente a la construcción de hospitales[95]. Así, por ejemplo, Garcí-Fernández hace erigir el hospital de Somerel, en Cárdena, el año 971; Don Pelayo de León levanta el Hospital de San Lázaro en el año 1016; el Cid Campeador levanta una malatería en Valencia en el siglo XI, Luis de Atezana funda en el siglo XV el hospital de Alcalá de Henares; los Reyes Católicos erigen el Hospital de Santiago de Compostela, en 1504; y Beatriz Galindo dota a Madrid con un hospital muy pronto conocido como el de La Latina, según lo aporta F. Hernández Iglesias, añadiendo: "Los tipos más

[94] Ver el estudio de **FENCILA de ALMEIDA, Carlos Alberto**: "Os caminhos e a assistência no Norte de Portugal", en **AA.VV.**: A pobreza e a assistência aos pobres na península ibérica durante a idade Média Facultad de Letras, Universidad de Lisboa, Lisboa, 1973; p. 41 y ss.;

[95] Ver **PIMENTA FERRO, María Joao**: "Notulas para o estudo da assistência hospitalar aos pobres, em Lisboa: os hospitais de D. María de Aboim e do Conde D. Pedro", en **AA.VV.**: A pobreza e a assistência aos pobres na península ibérica durante a idade Média, Facultad de Letras, Universidad de Lisboa, Lisboa, 1973, pp. 371 - 400; y asimismo la copiosa bibliografía incluida en la nota 1, p. 372;

legendarios y caballerescos tienen [merced a la fundación de hospitales] tradición honrosa y gratísimos recuerdos en nuestra historia." [96] Pero no sólo órdenes religiosas, monarcas [97] y particulares fundan hospitales. A lo largo de los siglos XII a XVI se sucede un formidable incremento en la creación de hospitales, muchos de ellos fundados por gremios, cofradías y grupos de burgueses ricos. Así, por ejemplo, los hospitales civiles de las órdenes de los Antonitos (1200), del Espíritu Santo (1180) y de los Cruciferrarios (1253) [98]. Proliferaron tanto los hospitales en la

[96] **HERNANDEZ IGLESIAS, Fermín**: La beneficencia en España, Dos tomos, Establecimientos Tipográficos de Manuel Minuesa, Madrid, 1876; T° I, p. 21;

[97] Dicen las Partidas (1465): Partida II, Título XI, "Qual deue el Rey ser a su tierra", Ley I, "Como deue el Rey amar a su tierra.": "E deuen otrosi mandar fazer hospitales en las villas do se acojan los omes, que non ayan a yazer en las calles por mengua de posadas. E deuen fazer alberquerias en los logares yermos que entendieren que ser menester, porque ayan las gentes do se albergar seguramente, con sus cosas, assi que non gelas puedan los malfechores furtrar ni toller." Tomado de **MARTINEZ ALCUBILLA, Marcelo**: Códigos antiguos de España: Colección completa de todos los códigos de España, desde el Fuero Juzgo a la Novísima Recopilación, Dos tomos, M.M.A., Madrid, 1885; T° I, p. 207;

[98] Ver **ARGERAMI, Omar**: La medicina..., citado; pp. 30 - 31;

península que en 1540 ya el rey Carlos I ordenaba que se procurase reducir su número a uno por cada pueblo[99].

La fundación de hospitales no es un fenómeno exclusivamente eclesiástico, sino que es una manifestación de la estructura de la religiosidad popular que subyace a la jerarquía de la Iglesia. Es por esta razón que la estructura geográfica y la densidad de los hospitales se corresponden con el que Carasa Soto ha llamado "impulso regional de la vida religiosa"[100]. Vida religiosa entre cuyos preceptos está el principio beneficentista, ahora institucionalizado.

IV.- El sustento teológico. Santo Tomás y la pietas

La figura dominante del cristianismo desde el medioevo es la de Santo Tomás de Aquino, y en él se basan la

[99] Ver **JIMÉNEZ SALAS, María**: Historia de la asistencia social en España en la Edad Moderna, Col. Monografías Histórico-sociales Vol. IV, Instituto Balmes de Sociología, Departamento de Historia Social, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 1978; p. 137;

[100] Es la tesis de P. Carasa Soto, quien se basa en las formulaciones de M. Jeorger. Nuestro autor establece una correlación "bastante paralela" [p. 94] entre la dotación hospitalaria y la religiosidad popular en España. **CARASA SOTO, Pedro**: El sistema hospitalario..., citado; pp. 90 - 95; (El artículo de Jeorger es: **JORGER, M.**: "La structure hospitalière de la France sous l'Ancien Régime", en Annales, N° 32, 1977, pp. 1025 - 1051);

totalidad de los autores cristianos. Él es, pues, quien sienta los fundamentos teológicos de la beneficencia cristiana. Se inspira para ello, evidentemente, en la revelación del antiguo y del nuevo Testamento. Y también en Aristóteles, en el libro octavo de la *Ética*.

1) El socorro al prójimo

En santo Tomás el socorro al prójimo es abordado en dos partes bien diferentes de su Summa Theologica [101]. En primer lugar lo hace al tratar de la virtud teologal de la caridad, en 2.2, questiones 23 a 44; luego, dentro del "Tratado de las virtudes sociales", en 2.2, question 101, "de la Piedad".

La caridad es la amistad con Dios. Dios es, por lo tanto, el objeto primario, de esta virtud. Pero este mismo hábito se extiende también al prójimo como objeto secundario. La razón es que máximamente se ha de amar a Dios; y luego al prójimo que participa de Dios en cada uno de nosotros. Además este participar filialmente en la vida

[101] Se ha consultado la edición a cargo de Teófilo Urdanoz, Col. Biblioteca de Autores Cristianos N° 180, La Editorial Católica, Madrid, 1957;

de Dios, no sólo obliga a amarlo como padre, sino también a amar a todos los hijos de Dios como él los ama.

Por fin, la caridad se extiende a los semejantes por la común incorporación a Cristo y la pertenencia a su cuerpo místico. Si todos los hombres reciben la regeneración y filiación divina por comunicación vital de la gracia capital de Cristo, todos son miembros de los otros miembros. Así, el amor a Cristo es amor al prójimo.

Pero caridad no es filantropía. La una ama al hombre en tanto partícipe de la naturaleza divina. La filantropía, por el contrario, ama al hombre en tanto hombre, en tanto semejante. La caridad busca el bien espiritual y temporal del hombre. La filantropía sólo busca el bien temporal.

2) La beneficencia

Sobre estas concepciones básicas, Santo Tomás estudia en las questiones 31 y 32 los actos exteriores de la caridad. Y aquí es en donde sitúa la beneficencia y la limosna [102].

[102] A estos dos conceptos se encuentra relacionado, el muchas veces utilizado como sinónimo, "misericordia". Sin embargo, en Santo Tomás es algo distinto. Es "acto interno de la caridad", dice en 2.2, question 30. Es el do-

La beneficencia es la ejecución externa de la benevolencia caritativa. Es la acción de hacer el bien a un prójimo. Pero no debe limitarse a un prójimo —o unos prójimos— en particular; su vocación es universal. Debe extenderse a todos, si no en posibilidad, al menos en intención[103].

La limosna[104] se refiere al socorro material del indigente. Dar limosna es un acto exterior de la caridad. La limosna, u obra de misericordia puede dirigirse ya contra defectos corporales, ya contra defectos espirituales. La asistencia a pobres y enfermos es limosna corporal. Y el cuidado de los enfermos es, a su vez, obra de misericordia dirigida contra un defecto corporal especial e interno.

3) Extensión de la obligación

En cuanto a la extensión de la obligación de limosna corporal (contra el hambre, la sed, la enfermedad, la

larse del mal ajeno tal y como si fuese propio. Si la misericordia se expresa en obras exteriores es ya "acto de misericordia", es decir "limosna";

[103] Summa Theologica, 2.2, question 31;

[104] Summa Theologica, 2.2, question 32;

desnudez, la falta de cobijo, y el cautiverio) dependerá de las necesidades propias y del grado de necesidad del prójimo. Así, santo Tomás establece que si los bienes propios no son necesarios, sino superfluos, hay obligación de darlos en limosna ante las necesidades incluso corrientes del prójimo. Pero si los bienes propios son necesarios para uno mismo, simplemente puede ser aconsejable darlos, y ante la necesidad grave del prójimo. Sólo se deben dar los bienes propios necesarios para uno mismo cuando con ellos se salva la vida a un semejante, y siempre y cuando ello sea sin riesgo para la vida propia.

Estas últimas consideraciones llevan al santo a afirmar, al referirse a los bienes superfluos en su relación con el prójimo que: "lo sobreabundante es debido por derecho natural al sustento de los pobres." [105] Así, pues, en Santo Tomás los bienes superfluos son sólo propios en cuanto a administración, no en cuanto al uso, que es debido, a los necesitados [106].

4) La justicia, la pietas y los enfermos

[105] Summa Theológica, 2.2, question 66, art. 7;

[106] Así lo estableció luego el Decreto 1166 del Santo Oficio, del 3 de marzo de 1679;

Finalmente, al abordar la justicia, en el "Tratado de las virtudes sociales", en 2.2., cuestiones 101 a 122, Santo Tomás considera entre tales virtudes a la piedad, pietas. La incluye dentro de la justicia particular, no legal, de deuda rigurosa y desigual, y para con los padres. Sin embargo, no se limita a los padres la piedad. Es más extensa. En efecto, el hombre se hace deudor de los demás según la excelencia y según los beneficios que de ellos ha recibido[107]. Por esta razón, "después de Dios, es a los padres y a la patria a quien más debemos", dice[108], porque les debemos el ser. De allí que la piedad se refiere ante todo a la comunicación entre consanguíneos y ciudadanos. La piedad es, pues, otra fuente de obligaciones respecto de los necesitados y, más que nada, respecto de los enfermos.

IV.- Significación y proyecciones del cristianismo

El cristianismo tiene una doble significación en materia de beneficencia asistencial:

[107] Summa Theologica, 2.2, question 101, art. 1;

[108] Summa Theologica, 2.2., question 101, art. 1;

De un lado, el deber benéfico ahora abarca, como se dijo al principio del capítulo, a todos. Todos están obligados a asistir a todos los demás. Por otra parte, todos pueden moralmente esperar que sus prójimos los asistan cristianamente en la enfermedad. El cristianismo otorga, pues, a la pretensión de recibir asistencia sanitaria un carácter universal que anteriormente, con los hipocráticos, no tenía. Desde aquí hasta considerarla obligación de la ciudad habrá un solo paso, como en seguida se verá.

Por otra parte, con la expansión del cristianismo se fragua lo que ha de ser la estructura dominante hasta casi finalizado el siglo XIX: la beneficencia institucionalizada. En efecto, la caridad cristiana aportó una significativa contribución a la provisión de asistencia sanitaria con un sustento organizativo. En suma, a impulsos del cristianismo se crean instituciones asistenciales de beneficencia, lo cual, además de significar el reconocimiento de que hay una asistencia sanitaria debida, vino a determinar el sesgo institucional (luego secularizado) de las posteriores expresiones de la beneficencia.

De todas formas, no se debe olvidar que, en este marco, las prestaciones sanitarias sólo atañen a la caridad; son obras pías, rigurosamente voluntarias. La prestación de servicios médico-asistenciales es facultativa para



los médicos, para los particulares y para el poder político. Y nadie puede exigirla de los unos ni del otro, aunque tiene ya fundamentos para pretenderla y esperarla.

LA BENEFICENCIA HUMANISTA

I.- Contexto histórico. Significación

En el siglo XVI se producen unas profundas transformaciones socioeconómicas, propiciadas por la aparición de una economía precapitalista y preindustrial, el crecimiento demográfico y las modificaciones en la producción agraria. Todo ello condujo a un aumento de la pobreza en toda Europa. Por otra parte, en la misma época fue abandonada la valoración "positiva" de que habían gozado la pobreza y la enfermedad, por obra del cristianismo, durante la Edad Media.

En efecto, en aquella época la pobreza era considerada como una condición para el acceso a la salvación eterna; los pobres eran considerados como intercesores privilegiados ante Dios, y su asistencia como una expresión del amor al prójimo predicado en el Evangelio. La enfermedad era considerada como un estado mediante el cual se podían purgar las propias faltas y, aceptada cristianamente, recibir en la vida eterna el premio de la benevolencia divina; la asistencia a los enfermos constituía la obra de caridad por excelencia.

En el siglo XVI se comenzó a resaltar el riesgo sanitario que significaba para toda la ciudad una masa pauperizada y enferma. Por otra parte, se comenzaron a asociar la pobreza y la enfermedad según una recíproca ligazón causal, tal que pobreza significaba enfermedad; enfermedad era, por su parte, sinónimo de pobreza.

En este contexto es fundamental la obra del humanista valenciano Juan Luis de Vives, por al menos tres razones. En primer lugar, como dice Cavillac "es el primer tratadista que enjuicia el problema de los pobres en términos sociológicos, poniendo al descubierto los límites de la concepción medieval de la caridad." [109] En segundo término, porque Vives asimila, superando las meras evidencias médicas [110], la condición del pobre a la del enfermo, aho-

[109] CAVILLAC, Michel: "Introducción" en PÉREZ de HERRERA, Cristóbal: Discursos del amparo de los legítimos pobres, y reducción de los fingidos: y de la fundación y principio de los Albergues de estos Reynos, y amparo de la milicia dellos (1595), Edición, introducción y notas de Michel Cavillac, Col. Clásicos Castellanos N° 199, Espasa-Calpe, Madrid, 1975; p. XC;

[110] En boga en la época, a partir de la teorías del contagio, introducida por Girolamo Frascatoro, y del resurgimiento del ambientalismo hipocrático, más adelante presentes, en España, en la obra de Miguel de Pascual (1555), Luis Mercado (1598) y Francisco Franco (1569), entre otros. Ver LOPEZ PIÑERO, José María: Los orígenes en España de los estudios sobre la salud pública, Col. "Textos Clásicos Españoles sobre la Salud Pública", N° 1, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1989; pp. 21 y ss.;

ra desde un punto de vista filosófico y moral, con evidentes repercusiones en cuanto a la obligación de socorro hacia el enfermo. En tercer lugar, porque los planteamientos de Vives significan la secularización de la beneficencia institucionalizada: la Ciudad, el poder temporal, debe tomar sobre sí la asistencia de los pobres y enfermos. En efecto, la línea del pensamiento de Vives es un comienzo de la sustitución de la actividad medieval, según la cual se trataba de afrontar el problema mediante iniciativas voluntarias de amor y generosidad. El cambio de mentalidad es evidente, y está conectado con la importancia que luego adquiere el Estado moderno, y que lo lleva a responsabilizarse directamente ante las cuestiones sociales.

Es preciso, para situar a Vives en su contexto, referirse al marco de la historia del pensamiento en el cual se inscribe, fundamentalmente con referencia a España. En este sentido, es indispensable reseñar los orígenes e importancia del erasmismo, corriente a la que pertenecía nuestro autor.

Igualmente, para comprender las repercusiones de la obra de Vives, es importante efectuar una contrastación con algunos de quienes se opusieron a sus enseñanzas. En este sentido, resulta imposible no incluir dos de sus principales opositores: Lorenzo de Villavicencio y Domingo de

Soto, quienes, entre otras posiciones de Vives, atacaban su pronunciamiento a favor de la asistencia secularizada a pobres y enfermos. A su vez, el segundo de ellos deja patente las concepciones medievales sobre las que Vives vino a constituir una verdadera fractura.

También es importante considerar la obra de aquellos que receptaron las enseñanzas de Vives. Aquí conviene establecer una distinción: de un lado, aquellos que, como Miguel de Giginta separan los pobres de los enfermos, centrandó su atención fundamentalmente en los primeros y sólo accesoriamente en los segundos. Del otro, quienes como Juan de Medina (o de Robles) y Cristóbal Pérez de Herrera, establecen una distinción semejante, pero ahora focalizando su atención en la asistencia a los enfermos. En este plano, las obras de Vives, Medina y Herrera cobran una influencia decisiva en la posterior organización de la beneficencia en su vertiente asistencial a los enfermos.

II.- El Erasmismo y Juan Luis Vives

El Renacimiento español, superada la polémica sobre su existencia[111], y admitiendo su peculiar fugacidad, pues sólo ocupó la primera mitad del siglo XVI, pronto dio lugar a un movimiento de singular influencia: el erasmismo. Este es un movimiento religioso, en la forma de una alternativa a la Reforma protestante. Pero es más que eso: es también un movimiento de significación cultural, política y filosófica cuyos años de esplendor se extienden entre 1516 y 1559. "Entre estas dos fechas, dice Abellán- la presencia del erasmismo en tierras españolas es imperiosa e

[111] Los autores alemanes, como Wantoch y Morf, negaron la existencia de un Renacimiento Español. Entre nosotros, para Ortega, "en España no ha habido de verdad Renacimiento ni, por tanto, subversión." Pero su existencia ha sido claramente demostrada por Federico Onís, para quien negar el Renacimiento español es una solución simplista, que "está en contradicción con el hecho de que no hay en toda la historia un pueblo que haya sufrido en tan poco tiempo una transformación tan honda, general y duradera como la que España sufrió desde 1492 a 1536." Para Abellán, la negativa a admitir un Renacimiento español, sobre todo en el tema filosófico, proviene de la identificación por parte de la investigación alemana de Renacimiento y reforma: no ha habido Reforma, luego no ha habido Renacimiento, es el argumento seguido. Pero esta posición pierde de vista -en definición del autor- que la Contrarreforma fue, precisamente, "una forma peculiar 'nacional' de entender el Renacimiento." Ver **ORTEGA y GASSET, José: La idea del principio en Leibniz y la evolución de la teoría deductiva**, Madrid, 1958, p. 437; **ONIS, Federico: "El concepto de Renacimiento aplicado a la literatura española"**, en **El sentido de la cultura española**, Madrid, 1932; p. 123; **ABELLAN GARCIA, José Luis: Historia crítica del pensamiento español**, siete tomos, 2ª Edición (1ª Ed. 1979), Espasa- Calpe, Madrid, 1986; Tº II "El Siglo de Oro", p. 25;

indiscutible." [112] Más allá, su influencia se extiende hasta casi toda la segunda mitad del siglo XVI, e inclusive hasta bien entrado el siglo XVII.

Desiderio Erasmo de Rotterdam (1467 - 1536) es sin dudas uno de los humanistas más esclarecidos del Renacimiento. Resulta interesante que en casi ningún otro país encontrara tanto crédito intelectual como en España. Varias pueden ser las causas de esta repercusión de Erasmo en España, entre otras, su vinculación al reinado de Carlos I, y la crisis espiritual de Europa, que había llegado a la península provocando gran perturbación [113]. Así, para la situación española de la época Erasmo traía unas respuestas bien seductoras. El ya citado Abellán las resume diciendo que Erasmo ofrecía:

[112] **ABELLAN GARCIA, José Luis:** Op. cit.; T° II "El Siglo de Oro", p. 35;

[113] Ver **ABELLAN GARCIA, José Luis:** Op. cit., p. 46; Para estudios más exhaustivos sobre Erasmo y el erasmismo en España, ver también **ABELLAN GARCIA, José Luis:** El erasmismo español. Una historia de la otra España, Col. "E", Las Ediciones del Espejo, Madrid, 1976 (sobre Vives, pp. 129 - 150); **BATAILLON, Marcel:** Erasmo y España: estudios sobre la historia espiritual del siglo XVI, 2ª Edición corregida y aumentada (1ª Ed. 1966), Tr. Antonio Alatorre, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 1983; y, del mismo autor, Erasmo y el erasmismo, 2ª Edición (1ª Ed. 1977), Tr. Carlos Pujol, nota previa de Francisco Rico, Crítica, Barcelona 1983;

Por un lado, el carácter crítico y satírico de sus obras respecto de las costumbres inmorales del estado de corrupción del clero. Por otro lado, sus ataques y su desprecio por la filosofía escolástica (...). Y, en fin, su programa de elevación espiritual de una religión que había caído en ceremonias y ritos sin contenido, mediante una vuelta al evangelismo, al interiorismo y a la caridad. Todo ello, por supuesto, dentro de un profundo humanismo que llevaba como lema cum elegantia litterarum pietatis christianae sinceritatem copulare. [114]

En otras palabras, el mensaje de Erasmo se traduce en un predominio de las virtudes de la sencillez, la humildad y la caridad, con una vuelta al espíritu evangélico y un rechazo por todo lo que se le opusiera. Se propugna, además, la inserción del cristianismo en un nuevo orden espiritual, mediante la observancia de las virtudes, las que, a su vez, propician la vivencia comunitaria del "cuerpo místico de Cristo."

[114] ABELLAN GARCIA, José Luis: Historia crítica del..., citado; p. 46;

1) El Erasmismo en España. Vives

Los focos de irradiación del erasmismo en España fueron fundamentalmente dos: Alcalá y Sevilla. En la primera destacan Francisco de Vergara, recopilador de antologías de Erasmo destinadas a la enseñanza, y Miguel de Eguía, editor del roterodamense a partir de 1525, quien reimprime profusamente muchas de sus obras. Esta serie de reimpressiones de Erasmo hechas en 1525 en Alcalá de Henares constituye la primera manifestación en masa del erasmismo español. Sevilla es, por su parte, el lugar de la primera traducción en España de una obra de este humanista, en 1516[115]. Desde entonces las obras erasmianas comenzaron a llegar incesantemente a la ciudad andaluza, sobre todo desde la ya mencionada Alcalá. El instrumento de divulgación por excelencia fueron los sermones y pláticas sacerdotales, lo que ayuda a componer una idea de la consideración de las obras de Erasmo como expresión de las ideas evangélicas en estado puro.

Este es precisamente el contexto en el que se receptan las obras de Juan Luis Vives, la gran figura del Renacimiento español y, sin dudas, el primer erasmis-

[115] ABELLAN GARCIA, José Luis: Op. cit.; p. 57;

ta[116]. En este sentido, dice Abellán: "Vives es, sin duda, la gran figura filosófica del erasmismo español, y si el erasmismo es inseparable de nuestro renacimiento, la conclusión se hace evidente." [117] Los rasgos renacentistas de Vives son evidentes, con su crítica a la autoridad, su preocupación por el hombre, su vuelta a las fuentes clásicas, su prédica de la observación y de la experiencia, su espíritu cristiano y su inquietud por las novedades científicas e intelectuales. Poco se ha insistido en el carácter erasmista del pensamiento de Vives, algo que "no necesita ser demostrado", en palabras de Abellán[118]. Ello resulta patente en la invocación de Vives a la figura de Cristo como imagen de una humanidad que ha llegado a la concordia más perfecta entre todos los hombres y entre Dios y el Hombre, y en su frecuente apelación a la idea del "cuerpo místico de Cristo", entre otros rasgos.

[116] J.L. Vives es el más eminente y fecundo renacentista español. Nacido en Valencia en 1492, cursa allí sus primeros estudios. A los diecisiete años continua sus estudios en la Universidad de París. En 1519 es profesor en la Universidad de Lovaina. Pocos años más tarde se instala, también como profesor, en la ciudad de Brujas, desde donde cultiva la amistad de, entre otros, Tomás Moro y Erasmo de Rotterdam. Muere en la misma Brujas, en 1540;

[117] ABELLAN GARCIA, José Luis: El erasmismo español..., citado; p. 129;

[118] ABELLAN GARCIA, José Luis: Op. cit.; p. 109;

Pobres y enfermos

Por otra parte, la sociedad renacentista no había modificado en toda Europa la estructura social medieval. Una y otra correspondían a una concepción estamental y adinámica de las relaciones sociales. Los hombres se dividían en clases y oficios, desde los cuales resultaba casi utópico movilizarse socialmente hacia arriba. Pero con los nuevos descubrimientos, el incremento del tráfico y del comercio y la mayor estimación del valor del dinero, comenzó a emerger la figura del burgués, constituyendo una nueva clase social, típica del Renacimiento: la burguesía. Su surgimiento marca una nueva distribución de la riqueza, que comienza a fluir desde el medio rural al urbano y del pequeño artesano hacia el naciente industrial. Quienes vivían al amparo del señor feudal emigraron hacia las ciudades; otros, dentro de los burgos, que llevaban una economía de subsistencia, cayeron en la indigencia; otros más, por fin, que vivían en el campo sin sitio fijo, fueron a buscar refugio en las ciudades. Esta época se caracteriza por un impresionante aumento de la pobreza, con ciudades en las

que una muchedumbre de mendigos, pordioseros y enfermos crecía sin cesar[119].

Ante este cuadro de miseria y desigualdad, Erasmo de Rotterdam arremete contra los ricos, culpables de la miseria en tanto abusadores de sus propios bienes. Dice, en un pasaje de El Enchiridión que podría constituir la base de la posterior construcción de Vives en De subventione pauperum:

¿Cómo, y parécete bien que tu prójimo rabie y se consuma de hambre y que tú andes regoldando perdices; que tu hermano ande desnudo y espeluznado de frío y a ti se te coman las polillas tantas vestiduras; que juegues en una noche mil ducados al naípe o a los dados, y no dudes de los perder, y que en este medio tiempo alguna miserable con pura necesidad ponga su castidad a vender, y perdiéndose el ánimo por quien Jesucristo puso la suya? Dices tú: "¿qué se me da a mí? Lo mío gasto a mi voluntad (...)." Y estando fundado en esto y teniendo tu corazón así satisfecho, te parecerá

[119] Ver TRUYOL y SERRA, Antonio: Historia de la filosofía del derecho y del Estado, Dos tomos, 3ª Edición revisada y aumentada (1ª Ed. 1975), Alianza Universidad - Textos N° 40, Alianza, Madrid, 1988; T° II, p. 29;

después que eres muy buen cristiano, no siendo en la verdad ni aún hombre humano. [120]

II.- Juan Luis de Vives y El socorro de los pobres

De subventione pauperum

En materia de asistencia a los pobres y enfermos, una relevancia singular adquiere De subventione pauperum[121], del renacentista valenciano Juan Luis Vives[122].

[120] ERASMO de ROTTERDAM, Desiderio: El Enquiridión ó Manual del caballero cristiano, (incluye también La paraclesis, o Exhortación al estudio de los libros divinos) Ed. y tr. Dámaso Alonso, prólogo de Marcel Bataillon, Col. Traducciones del Siglo XVI, Revista de Filología Española, C.S.I.C., Madrid, 1971; p. 331; (Esta edición reproduce la de Alcalá, sin año, hecha por Miguel Eguía. El texto se ha adaptado al castellano actual);

[121] Se cita según el texto en VIVES, Juan Luis: Del socorro de los pobres, en VIVES, Juan Luis: Obras completas (Primera translación castellana íntegra y directa, comentarios, notas y un ensayo biobibliográfico 'Juan Luis Vives, valenciano' por Lorenzo Riber), Dos tomos, M. Aguilar, Madrid, 1947, T° I, pp. 1355 - 1411;

[122] Para estudios biográficos sobre J.L. Vives, ver RIBER, Lorenzo: "Ensayo biobibliográfico", en VIVES, Juan Luis: Obras completas (Primera translación castellana íntegra y directa, comentarios, notas y un ensayo biobibliográfico 'Juan Luis Vives, valenciano' por Lorenzo Riber), Dos tomos, M. Aguilar, Madrid, 1947; T° I; NOREÑA, Carlos R.: Juan Luis Vives, Col. International Archives of the History of Ideas N° 34, Martinus Nijhoff, La Haya, 1970; Para es-

Esta es una obra de 1525, dirigida al Consejo de Burgomaestres de la ciudad de Brujas, en donde Vives a la sazón residía. En De subventione... Vives viene a ratificar algunas doctrinas ya vertidas en muchos pasajes de otras de sus obras[123].

De subventione pauperum, obra en la que, ha dicho A. Truyol, "la vehemencia satírica se une a la seriedad moral y un sentido de la responsabilidad intelectual en los que cabría descubrir una raigambre senequista,"[124] la exposición está dividida metodológicamente en dos partes, o Libros. En el Libro I, trata de lo que cada persona debe realizar individualmente para el beneficio de sus semejantes. En el Libro II, a su vez, trata de lo que la ciudad

tampas sobre la vida y costumbres de J.L. Vives, ver **MARAÑÓN, Gregorio: Luis Vives (Un español fuera de España)**, Espasa Calpe, Madrid, 1942;

[123] Por ejemplo en **VIVES, Juan Luis: Obras completas** (Primera traslación castellana íntegra y directa, comentarios, notas y un ensayo biobibliográfico 'Juan Luis Vives, valenciano' por Lorenzo Riber), Dos volúmenes, M. Aguilar, Madrid, 1947; T° I, p. 505: Oración por los necesitados; p. 474: Obligación de limosna; pp. 1207-7: Virtud, dignidad, salud; p. 1234: La limosna; T° II, p. 13: Los ricos; pp. 89 y 101: La avaricia; p. 139: Daños de los pobres en las guerras; p. 207: Menesterosos por la intemperancia del carácter; etcétera;

[124] **TRUYOL y SERRA, Antonio: Historia de la...**, citado; T° II, p. 28;

como colectividad, y su gobierno, deben hacer para remedio de los pobres. En este orden se estudiarán seguidamente.

1) Obligaciones de los individuos

Para sostener su doctrina en cuanto a la obligación que los individuos tienen de obrar benéficamente, comienza por analizar los orígenes de las necesidades humanas en general [125]. Luego considera el origen de las necesidades individuales y de los bienes de cada individuo. Del juego de relaciones entre lo uno y lo otro, extrae las causas por las que la ayuda al prójimo es una obligación moral de todos los hombres, de la cual tendrán que rendir cuentas a Dios [126].

Origen de las necesidades

[125] El profesor G. Peces-Barba señala la avanzada concepción que significa utilizar el término "necesidades humanas" por parte de Vives. Ver **PECES-BARBA MARTINEZ, Gregorio**: "Humanitarismo y solidaridad social como valores de una sociedad avanzada", en **LORENZO GARCIA, Rafael de, Miguel A. Cabra de Luna y Enrique Giménez-Reyna Rodríguez (directores)**: Las entidades no lucrativas de carácter social y humanitario, Col. Solidaridad N° 1, Fundación ONCE, La Ley, Madrid, 1991, pp. 13 - 62; p. 23;

[126] Ver **VIVES, Juan Luis**: Op. cit.; p. 1380;

En su concepción, hay una muy clara división de la historia del hombre: antes y después del pecado original. Vives considera que la inclinación a procurar el beneficio ajeno, y a la gratitud por la misericordia recibida está determinada por la propia naturaleza [127]. El obrar benéficamente es, pues, regla de la moral natural. Esta norma era observada en aquel primitivo estado de naturaleza anterior al pecado: "Hasta ese momento —dice Vives— se conducían los hombres entre sí con la más hermosa de las concordias." [128] Hasta la caída, cada uno tomaba el oficio que mejor le parecía, la caza, la pesca, la agricultura o las labores artesanales, "u otras ocupaciones análogas, provechosas y favorables a la humana convivencia." [129] Pero a partir del pecado, la pasión por el dominio se apoderó de los hombres. Para muchos, entonces todo fue sobrepujar e intentar oprimir. Todo fue astucia y terror; guerra civil y exterior; riqueza y pobreza; pereza de unos y fatiga de otros. Ante esta nueva situación, se hizo preciso armonizar la convivencia. Para ordenar la vida gregaria los hombres se valieron de diversos medios, que constituyen la

[127] Ver VIVES, Juan Luis: Op. cit.; p. 1358;

[128] Ibidem;

[129] Ibidem;

base fundacional de la sociedad civil. Ellos son tres, a saber: la aceptación de leyes equitativas para todos; la propiedad privada individual "cuya intangibilidad fue consagrada por las leyes"[130]; y la invención del dinero.

El último de ellos puede explicar muy bien la desigualdad. En efecto, para Vives el dinero fue inventado y acuñado para solucionar la imposibilidad del trueque. En un principio, su reparto fue igual para todos: "Acuñáronse estos dineros al principio en gran abundancia, y repartiéronse entre los ciudadanos..."[131] A partir de aquel estado inicial de relativa igualdad entre todos, Vives explica cómo surgieron los desniveles económicos entre los distintos miembros de la sociedad. Unos, por enfermedad, resultaron inhábiles para el trabajo. Consumieron todo su dinero y fueron a terminar en la indigencia. Otros perdieron sus bienes en las guerras y en otras calamidades, como incendios, inundaciones y naufragios. A otros, su oficio dejó de resultarles ganancioso. Hubo, por fin, quienes "se tragaron torpemente su patrimonio o neciamente lo derrocharon." [132]

[130] Ibidem;

[131] Ibidem;

[132] VIVES, Juan Luis: Op. cit.; p. 1359;

Las impotencias y las flaquezas del hombre pecador no supieron sostener el estado de igualdad originaria.

Pero el pecado no solamente trajo consigo la pérdida de la relativa igualdad de los bienes externos[133]; el pecado también privó a los hombres de conocimientos. Carente de ciencia, húbose de enseñar al hombre desde joven el camino de la virtud y de la razón. Los hombres debieron ser enseñados por sus mayores.

Finalmente, también por el pecado los hombres perdieron la salud; su cuerpo se hizo "ruin y enfermi- zo"[134]. Esto dio lugar a que la ayuda de la experiencia, los remedios, y cuidados ajenos se convirtiera en una necesidad.

El origen de las miserias humanas, a partir del pecado, es, pues, triple: Puede ser la falta o la pérdida del dinero, por las causas a las que llama fortuitas[135]. Puede ser también debido a la ignorancia, o a la falta de razón. Puede, por fin, ser a causa de la enfermedad, que

[133] Sobre las tres distintas clases de bienes en la doctrina de Vives, del alma (piedad, entendimiento, sabiduría, etc.), del cuerpo (salud y fuerzas) y externos (dineros y haciendas), ver más abajo;

[134] Ibidem;

[135] Ibidem;

convertirá al hombre en un ser necesitado de socorro y asistencia.

En suma, por el pecado, dice Vives:

Fue hecho el hombre un miserable absoluto, interior y exteriormente, en justísimo castigo (...). Aplastada quedó la soberbia de ese animal engreídísimo, por manera que no hay otro más flaco y que menos valga por sí mismo. [136]

El hombre es ahora un ser totalmente dependiente de los demás: en lo económico, en lo intelectual y en lo corporal. Esta es la idea matriz de Vives: "Nadie hay, o de cuerpo tan robusto, o de tan penetrante ingenio que se baste a sí solo..." [137] Más todavía, del hombre, "toda su vida (...) está colgada del auxilio ajeno (...) faltando a unos el dinero, a otros la salud, a otros el talento." [138] El hombre es un ser en cuya esencia está la posibilidad de padecer toda clase de carencias. Es un ser actual o potencialmente carente.

[136] VIVES, Juan Luis: Op. cit.; p. 1360;

[137] VIVES, Juan Luis: Op. cit.; p. 1358;

[138] VIVES, Juan Luis: Op. cit.; p. 1360;

De allí entonces, que el verdadero socorro de los pobres esté dirigido, a: a) mitigar la pobreza, b) a remediar o suplir la ignorancia y la falta de razón, y c) al alivio de la enfermedad. Dice Vives:

En conclusión: todo el que es menesteroso de ayuda ajena es pobre y ha menester misericordia, que en griego equivale a limosna, la cual no consiste exclusivamente en la sola distribución de dinero, como piensa el vulgo, sino en toda obra con que se alivia la insuficiencia humana. [139]

Dios ha dispuesto que los hombres se han de ayudar. En primer lugar, como preparación para el reino de los Cielos, "en donde no hay otro sentimiento sino el amor perpetuo y una concordia indisoluble" [140]. Y más allá de esto, para que sea posible la vida en sociedad; sin auxilio, ninguna convivencia se podría realizar.

Los hombres sienten la necesidad de socorro ajeno; ello, a su vez, los lleva a acudir en ayuda de los de-

[139] Ibidem;

[140] VIVES, Juan Luis: Op. cit.; p. 1363;

más, para generar en ellos una deuda de socorro para cuando les fuera menester.

Dispuso Dios -dice Vives- que el hombre (...) necesitase del auxilio ajeno, porque de otra manera no cuajaría entre ellos sociedad alguna ni duradera ni firme, puesto que cada uno en su original engreimiento y en su inclinación nativa al mal, menospreciaría y abandonaría al compañero si no lo contuviera la recelosa previsión de que acaso un día u otro podría necesitar de él. [141]

Origen de los bienes individuales

La ayuda del prójimo es disposición divina. También lo será, pues, el que haya pobres y ricos. Por tal causa, aquellos...

han de considerar que la pobreza se las envía un Dios justísimo por un oculto juicio que aún a ellos es sobradamente provechoso, quitándoles el

[141] Ibidem;

cebo de los vicios y dándoles ocasión de practicar más fácilmente la virtud. [142]

Pero así como la pobreza proviene de la voluntad y el designio de Dios, también ese es el origen de la riqueza. Y de la salud. El rico posee bienes porque Dios lo desea y lo permite.

Carácter de los ricos. Obligación de socorro

De todos aquellos bienes que posea, el rico será un mero depositario y administrador. Un simple "despense-ro", cuya obligación será hacer de los bienes a su cargo el mejor uso para beneficio de todos. Es esta una idea anterior, central en Vives; y de ella se derivará la obligación de prestar socorro. En efecto, ya en una obra anterior, Introducción a la sabiduría, de 1524, en el pensamiento número CCCXXIX, decía Vives:

De estos bienes que Dios nos da y quita, según su santa voluntad, pues Él contigo es tan benigno, no vayas a ser maligno tú contra tu hermano, que

[142] VIVES, Juan Luis: Op. cit.; p. 1368;

es hijo suyo, considerando que ambos a dos sois hijos de Dios por un igual, y que no te debe más a ti que al otro; mas sólo quiso que fueses el despensero y administrador a quien, después de Dios, quiso que tu hermano los pidiese. [143]

En idéntico sentido se reafirma en De subventione pauperum:

Nadie ignore, por tanto, que no ha recibido para su uso y exclusiva comodidad ni el cuerpo ni el alma, ni la vida, ni el dinero, sino que es su despensero y escrupuloso repartidor y que no para otro fin los tiene recibidos de Dios. [144]

Este último párrafo es fundamental. Por una parte, se establece la doctrina relativa al estatus del rico

[143] VIVES, Juan Luis, Introducción a la sabiduría, en VIVES, Juan Luis: Obras completas (Primera traslación castellana íntegra y directa, comentarios, notas y un ensayo biobibliográfico 'Juan Luis Vives, valenciano' por Lorenzo Riber), Dos tomos, M. Aguilar, Madrid, 1947, T° I, pp. 1205 - 1257; (sin subrayar en el original); Debe entenderse "a quien después de Él mismo, quiso Dios que tu hermano los pidiese.";

[144] VIVES, Juan Luis: Del socorro de..., citado; p. 1379; (sin subrayar en el original);

como mero administrador y depositario de bienes. Ellos son, en esencia, ajenos[145]; y el rico ha de hacer el mejor reparto posible para todos sus semejantes.

La salud, sinónimo de riqueza

Por otra parte, en el pasaje recién reproducido queda de manifiesto cuál es la doctrina de Vives respecto de los bienes. La comprensión de éstos es mucho más amplia que la de el sólo dinero. En efecto, hay en este autor tres clases de bienes: Los bienes del alma, en donde aposentan la virtud, que es la piedad bien único y verdadero[146], y también la agudeza, el ingenio, la erudición, el consejo y la prudencia[147]. Los bienes del cuerpo, en donde residen la salud y las fuerzas. Por último, los bienes exteriores, en donde se hallan el dinero, las posesiones, la hacien-

[145] Ver TRUYOL y SERRA, Antonio: Historia de la..., citado; T° II, p. 29;

[146] Dice en su Introducción a la sabiduría, en los pensamientos XVII y XVIII: "La reina y señora principal de todas las cosas es la virtud (...) Doy el nombre de virtud a la piedad para con Dios y para con los hombres (...) al amor de los hombres." VIVES, Juan Luis, Introducción a la sabiduría, citado; p. 1206;

[147] Se refiere, sin decirlo expresamente, a los llamados "Siete dones del Espíritu Santo": sabiduría, entendimiento, consejo, ciencia, fortaleza, piedad y temor de Dios;

da[148]. De allí que "riqueza" y "pobreza" deban leerse en Vives como "suficiencia" e "insuficiencia" humanas, en un concepto que rebasa los límites de los bienes exteriores. Por lo tanto no se ceñirá al ámbito estricto de la abundancia o la falta de dinero y hacienda, sino que debe interpretársela también como la posesión o la carencia de salud o de talento. Este es uno de los aspectos más interesantes de la concepción de Vives. [149]

El rico que no sepa compartir sus bienes, cualquier clase que sean, con los pobres, será para Vives un auténtico ladrón. Debe resaltarse que se refiere tanto a los bienes exteriores como a los del cuerpo y a los del alma. Por esta razón, ladrón es quien abusa inútilmente de su talento, o consume vanamente sus fuerzas o su salud, o deja enmohecer su ciencia, o derrocha su dinero o lo retiene avariciosamente. Dice Vives:

Y, en resumen, ladrón es todo aquel que no hace a los pobres partícipante de lo que le sobra, y si no le alcanza el castigo de las leyes humanas,

[148] Ver VIVES, Juan Luis: Del socorro de..., citado; p. 1360;

[149] Ver ABELLAN GARCIA, José Luis: Historia crítica..., citado; p. 124;

(...) con toda certidumbre no evitará el castigo de las leyes de Dios. [150]

Obligación de socorro al enfermo

Dentro de este contexto, la salud es un bien. Forma parte de los llamados bienes del cuerpo. Ella, al igual que la enfermedad, o falta de salud, es enviada por Dios. Los poseedores de salud son ricos en bienes corporales. Y en tanto ricos en alguna clase de bienes, guardan la obligación de repartirlos a los semejantes. Luego los que poseen salud deben acudir en auxilio de aquellos que no la tienen. Sin duda alguna, en Vives, los sanos guardan una obligación de socorro hacia a los enfermos, idéntica a aquella que los ricos poseen para con los pobres. Y con idénticos fundamentos. Y el rico en salud que nada haga por el pobre en ella -el enfermo necesitado de auxilio- será para Vives tan ladrón como el que más; al menos ante los ojos de Dios.

2) Obligaciones de la Ciudad

[150] VIVES, Juan Luis: Del socorro de..., citado; p. 1380;

Como ya se ha dicho, el Libro II de De subventio-
ne pauperum trata de "Lo que debe hacer la ciudad como co-
lectividad, y su gobernador, que es a ella lo que el alma
es al cuerpo." Para Vives, es misión de la ciudad el acudir
en auxilio de los pobres. Esto es debido a que, así como
ella se ocupa de recobrar aquellas cosas que el tiempo y el
uso destruyen, como muros, fosas y parapetos, "fuera igual-
mente razonable renovar aquella primitiva distribución [de
los bienes] que por varias maneras, con el andar de los
días recibió quebranto." [151] Esto obedecerá a que la repa-
ración es buena en sí, con los pobres, y porque el bienes-
tar y la salud de los pobres repercutirán en un mayor bie-
nestar para todos y cada uno de los miembros de la socie-
dad.

Pero esta obligación no surge a partir de que la
sociedad, la ciudad, sea un ente rico, y por ende obligado
a socorrer a los pobres. No. La pobreza y la enfermedad de
los pobres repercutirán en todos y cada uno de los miembros
de la sociedad. Por eso necesario aliviarlos. El gobernante
debe ocuparse de todos porque es a la sociedad lo que el
alma es al cuerpo.

[151] VIVES, Juan Luis: Op. cit.; 1392;

El alma no vivifica solamente una u otra parte del cuerpo, sino el cuerpo todo (...). Los que se ocupan sólo de los ricos, con menosprecio de los pobres, hacen lo mismo que aquel médico que creyera que no se debe subvenir con remedios las dolencias de las manos y de los pies, porque están lejos del corazón. [152]

Siguiendo el hilo de este pensamiento, considera que la ayuda a los pobres enfermos es para bien de la totalidad de la sociedad. En la propia De subventione... analiza cuáles son los peligros que suponen para el total de la comunidad la existencia de pobres y de enfermos en su seno. En cuanto a la existencia de pobres, advierte que la pobreza produce irritación, envidia e indignación. Los pobres pueden lanzarse al pillaje, y a la violencia sistemática en contra de los ricos, con peligro para la paz pública de la sociedad en su conjunto, y precisa que:

En la República, las clases humildes no se descuidan sin peligro de los poderosos; pues aquellos estrechados de la necesidad, en parte hurtan

[152] VIVES, Juan Luis: Op. cit.; p. 1389;

(...) tienen envidia de los ricos; se indignan y se irritan de que a aquéllos les sobre. (...) Enardecidas (...) las multitudes rebosantes de odio sombrío, antes que nadie descargan y ejecutan su furia en las clases más ricas (...)[153]

Y, más detalladamente:

Allégase a los daños enunciados, el peligro común del contagio de las enfermedades ¿(...) qué es esto de que, cuando en un templo se celebra una fiesta solemne y concurridísima se tenga que entrar, forzosamente en el sagrado edificio por medio de dos filas o escuadrones de enfermedades, tumores podridos, llagas y otros males cuyo solo nombre no se puede sufrir, y que este sea el único camino por donde han de pasar niños, doncellas, ancianos y mujeres encinta?[154]

Para Vives estas no son cosas que puedan ser descuidadas por los encargados de administrar la ciudad. Los

[153] VIVES, Juan Luis: Op. cit.; pp. 1389 - 1390;

[154] Ibidem;

gobernantes deben ocuparse de la asistencia a pobres y a enfermos.

Aquí no se tratará del socorro a los pobres en general, sino se verán directamente aquellos aspectos más destacables de la asistencia a los enfermos. [155]

[155] Sobre el socorro a los pobres en Vives: Sin desconocer algunos intentos aislados, cree que en el momento en que escribe, "es preciso recurrir a remedios más prácticos y duraderos." (p. 1390) Propone todo un detallado sistema para la recogida y la toma de filiación de los pobres, y para su mantenimiento. Para ello, debe comenzarse por la visita de todos los hospitales de pobres, y los domicilios de los indigentes. Se tomarán los nombres de todos ellos, y se harán constar las causas que llevaron a cada uno a la miseria. Los que mendigan, sanos y enfermos, también serán examinados, ante el pleno del consistorio o bien ante cuatro regidores y un médico. Vives cree que es preciso sostener una implacable lucha contra la ociocidad: "Los hombres, con no hacer nada, aprenden a hacer mal", afirma (p.1394). Por esta razón, propone que el sustento de cada pobre estará dado por lo adquirido mediante su trabajo. Sólo no trabajarán los ancianos y los enfermos; pero de ser posible, realizarán trabajos livianos, dentro de sus posibilidades. Para evitar simulaciones, se recurrirá al dictamen de un médico, y el que fuera descubierto en engaño, será castigado. Algunos de los puntos más controvertidos de las doctrinas de Vives son los relativos a la prohibición de mendigar, y al trato a los extranjeros y pródigos. En cuanto a lo primero, este autor se basa en que los pobres, trabajando y mediante las ayudas y la hospitalidad del sistema, estarán bien mantenidos. No será necesario mendigar, y con ello se erradicará la que es considerada por Vives la mayor muestra de abyección y ociocidad (Vives dedica todo el capítulo V de *De subventione pauperum*, "Por qué causas algunos se apartan de hacer el bien", a relatar todos los despropósitos cometidos por los mendigos: hurto, simulación, avaricia, robo o alquiler de niños para usarlos como reclamo, autolesionismo y mutilaciones, etcétera. pp. 1365 - 1368). Con relación a la expulsión de los extranjeros, que tanto ha dado que hablar, hay que atenerse a lo que Vives realmente dijo, cosa que no suele ser frecuente en

El socorro a los enfermos, obligación de la Ciudad

Los gobernantes deben proveer para el remedio de las enfermedades, y para atajar su propagación. Las motivaciones que da son de dos tipos. Unas, las que ya se desprenden de los párrafos citados: "que una parte tan grande de la ciudad [deje de ser] no sólo inútil, sino perniciosa

sus críticos (ver más abajo, Domingo de Soto). Esto es: "De los mendigos sanos, los forasteros deben reexpedirse a sus pueblos de origen, como lo precave el derecho civil, pero dándoles para el viaje, pues fuera medida inhumana despachar al necesitado sin recurso para el camino." (p. 1394) Es decir, que por un lado, se refiere sólo a aquellos que, pudiendo trabajar, mendigan. Estos son los simuladores o falsos mendigos. Por otra parte, el autor hace referencia a la ley civil como origen de esta práctica. Por lo tanto, no parece que esta sea una propuesta original del propio Vives. Sí parece serlo, muy por el contrario, la idea de atemperar el rigor de la ley civil, proveyendo a los expulsados de recursos para el viaje. Por otra parte, no debe olvidarse que el escrito está dirigido a la corporación municipal de Brujas, y que este cuerpo no puede actuar sin conocer el derecho común. Por esta causa, podría afirmarse que Vives introdujo el párrafo no para proponer la expulsión de los extranjeros, sino para, impotente ante el mandato de la ley civil, suavizar al menos sus rigores. Por fin, aunque menos controvertida, su propuesta de tratar con dureza a quienes hubieren caído en la pobreza por su prodigalidad. Vives cree que es una buena oportunidad de disuadir a nuevos pródigos, y de escarmentar a los que ya han dilapidado su patrimonio. Dice: ["a los pródigos] (...) mándenseles trabajos más molestos y déseles comida más tasada, porque sean escarmiento de los otros y ellos se arrepientan de la vida anterior. (...) No se los ha de matar de hambre, no; pero han de sufrir sus agujijones". VIVES, Juan Luis: Op. cit.; p. 1394;

a sí y a los otros." [156] Es decir, que recomienda el auxilio a los enfermos pobres más por el peligro que representan para el general de la población. Este es el argumento dado en primer término probablemente porque es el menos controvertido, el más fácil de aceptar [157]. Pero luego avanza más en sus tesis, llegando a los postulados que resultan más interesantes, dada su influencia en la configuración de la beneficencia como institución. Así, dice Vives:

Por cierto que es cosa fea y vergonzosa para nosotros los cristianos, para quienes no existe más imperioso mandamiento que el de la caridad, y no sé si decir el único, topar en nuestras ciudades, a cada paso, con menesterosos y mendigos. [158]

Así formulado el llamamiento a la observación de la caridad cristiana y la obligación de socorro en los términos vistos más arriba, propone que deben tomarse inicia-

[156] VIVES, Juan Luis: Op. cit.; p. 1391;

[157] Ver SERRANO SERRANO, José María: Psicología social de Juan Luis Vives, Universidad de Salamanca, Impr. de Calatrava, Salamanca, 1965;

[158] Ibidem;

tivas a fin de solucionar los problemas de salud de los menos afortunados. Se superan ya los argumentos que privilegiaban la defensa de las clases más ricas en contra de la enfermedad. Y propone:

Hay que recurrir a los remedios humanos, principalmente respecto de aquellos en quienes tienen poca eficacia los divinos; (...) Doy el nombre de hospitales a aquellas instituciones donde los enfermos son mantenidos y curados, donde se sustenta un cierto número de necesitados; (...) donde se encierran los locos y donde los ciegos pasan la vida. Sepan los regidores de la ciudad que todos estos cuidados son de su incumbencia.[159]

Es decir, que los regidores de la ciudad tienen una obligación de tomar a cargo de la comuna el cuidado y la atención de los enfermos. Lo problemático es que no existe ninguna disposición estatutaria que obligue a los gobernantes a llevar adelante tal tipo de actividades. De allí que Vives no pueda esgrimir --la obra es de 1525-- ninguna disposición que avale sus posturas. Simplemente

[159] VIVES, Juan Luis: Op. cit.; p. 1392; (sin subrayar en el original);

puede aseverar que no les está prohibido por la ley, y sí les puede resultar obligatorio en el marco de la moral cristiana. Por esta razón advierte:

Que nadie se excuse de sujetarse a los estatutos fundadores [de la ciudad], que permanecerán inviolables. En ellos no se han de interpretar servilmente las palabras, sino prestar atención preferentemente a la equidad, como en los contratos de buena fe y a la voluntad en los testamentos. [160]

Como puede verse, no hay ley de la cual asirse para exigir normativamente el desarrollo de actividades asistenciales por parte de la autoridad comunal. De allí que resulta coherente que Vives haya apelado previamente al puro interés de las clases gobernantes por verse ellos libres de las epidemias que azotan primeramente a los pobres. Tienen importancia las palabras de Vives porque, ya en aquel entonces, advierte sobre la existencia de un hecho constatado: que hay enfermos carentes de asistencia, y que

[160] Ibidem;

su suerte está librada a la voluntad de quienes deseen favorecerlos.

Vives no pretende que se cambie el estatuto de los enfermos. Sería imposible en su obra, en su época y su concepción. No intenta, por lo tanto, este autor cambiar las leyes, ni introducir nuevas instituciones (cuya sola propuesta hubiera sido una revolución impensable en la época). Él simplemente desea cambiar el espíritu y la obra de los gobernantes, para que actúen acordes con los principios de la caridad cristiana, y se ocupen, desde el gobierno, de la beneficencia para los enfermos menesterosos. Y es en este último punto en lo que constituye un hito insustituible. Refiriéndose a las aportaciones de Vives, el profesor Peces-Barba sostiene que "destaca en mucho respecto de cualquiera de sus contemporáneos que queramos escoger." [161]

Las doctrinas de Vives fueron años después reafirmadas por el autor flamenco Egidio Wyts, síndico de la ciudad de Brujas, en su Consilium de continendis et alendis domi pauperibus, publicada en Amberes en 1562. El pensamiento de ambos motivó que el Consejo de Burgomaestres de

[161] PECES-BARBA MARTINEZ, Gregorio: "Humanitarismo y solidaridad...", citado; p. 23;

Brujas, mediante edicto de 1564 adoptara una serie de medidas en protección para protección de los pobres[162].

Pero también escandalizaron a alguna parte del clero, y tuvieron sus detractores. Ya Vives en carta fechada en Brujas el 16 de agosto de 1527, y dirigida a su amigo Francisco Cranevelt, cuenta que:

El obispo Saraptano [el fraile franciscano Nicolás de Bureau], vicario del obispo de Tournais (...) con muchos denuestos baldona mi librito De subventione...; lo declara herético y luterano, y creo que me amenaza con delatarme.[163]

3) Aportaciones. Vives y la Institución de la Beneficencia pública

A modo de resumen, puede decirse que, en primer lugar, la obra de Vives es un intento de racionalizar el

[162] Ver HERNANDEZ IGLESIAS, Fermín: La beneficencia en España (Dos tomos), Establecimientos Tipográficos de Manuel Minuesa, Madrid, 1876; p. 26;

[163] En VIVES, Juan Luis: Obras completas (Primera traslación castellana íntegra y directa, comentarios, notas y un ensayo biobibliográfico 'Juan Luis Vives, valenciano' por Lorenzo Riber), Dos tomos, M. Aguilar, Madrid, 1947; Tº II, p. 1781;

origen de las necesidades humanas. Ellas serían fruto del pecado, e incluirán, en un lugar de privilegio, la asistencia a la enfermedad. En segundo término, esta teoría sobre las necesidades abre paso a una concepción antropológica en la cual el hombre es un ser (de manera real o potencial) esencialmente menesteroso de bienes materiales y de asistencia por parte de sus congéneres. En tercer lugar, Vives perfecciona una teoría sobre los bienes, considerando entre ellos no solamente los exteriores sino también los del cuerpo, esto es, la salud. Todos ellos tienen su origen en los designios de Dios, y sus poseedores —ya de riquezas, ya de salud— son tan solo depositarios de ellos. De todo ello deduce Vives, en cuarto lugar, la obligación de socorro del que posee hacia el que no, del rico al pobre y del sano al enfermo.

Pero, y este es el punto fundamental, en quinto término, Vives avanza más sus tesis, y retomando su doctrina sobre el origen de los bienes y las necesidades, llega a que solamente hay un ente capaz de retrotraer su distribución de aquellos a un estado semejante anterior al pecado, ya que la caridad individual es insuficiente y pasajera: el poder político, la Ciudad. Aquí surge el deber moral de los gobernantes de organizar la ayuda a los pobres y la asistencia a los enfermos. Por fin, en séptimo lugar, Vives

afirma la conveniencia para todos, enfermos y sanos (pobres y ricos) de implementar la asistencia al enfermo. Con ella no solamente será aventado el riesgo sanitario de que la enfermedad de unos pocos se generalice a la población en su conjunto, sino que, fundamentalmente, se cumplirá con el deber moral de la ciudad de socorrer a los necesitados.

En Vives aparece, pues, por primera vez la noción de que la beneficencia hacia los enfermos no es una cuestión que pueda quedar librada a la simple caridad individual o de grupos o instituciones religiosas. Por el contrario, ella es incumbencia fundamentalmente al poder secular y público[164]. Los individuos, en el esquema de Vives, están facultados para deducir su pretensión de recibir asistencia sanitaria contra el poder temporal.

III.- La oposición a Vives

Además del fraile Nicolás de Bureau, de quien la única referencia que se tiene es la carta del propio Vives, precedentemente citada, otros autores, también clérigos,

[164] Como ejemplo de la influencia inmediata de Vives, véase "La influencia de Vives", en el capítulo siguiente, y las poor law inglesas de 1601;

atacaron las doctrinas de Vives[165]. La referencia a ellos sirve para poner de manifiesto la ruptura del valenciano con las corrientes y la mentalidad hasta aquel entonces en boga con respecto al socorro de los pobres y enfermos. Viene también a demostrar que el paso de la beneficencia institucionalizada cristiana a la beneficencia institucionalizada pública no está necesariamente en las enseñanzas del cristianismo, y que la extensión hacia la ciudad de las pretensiones de recibir asistencia en la enfermedad, constituyen un verdadero salto cualitativo, no exento de dificultades doctrinales.

Aquellos autores son Domingo de Soto y Lorenzo de Villavicencio. El primero de ellos venía a sostener la noción tradicional respecto a la condición del pobre, repu-

[165] Ya el propio Juan Luis Vives se había adelantado a las críticas que sabía que sería objeto: "Otros hay que quieren parecer teólogos, y por lo mismo nos citan algo del Evangelio, no pareciéndoles importante qué fin o propósito se dijo, es a saber: que Cristo, Señor y Dios nuestro profetizó: 'Siempre tendréis pobres con vosotros'. Pero ¿qué se saca de aquí? ¿No predijo también que había de haber escándalos, y San Pablo que habían de levantarse herejías? No socorramos, pues, a los pobres, ni evitemos los escándalos, ni resistamos a las herejías, para que no parezca que Cristo y San Pablo mintieron. ¡Oh Dios! oigamos mejores cosas: no pronosticó Cristo que había de haber siempre pobres entre nosotros, porque deseara esto (...) sino porque, conociendo nuestra debilidad y poco poder (...) y nuestra malicia (...) por eso nos anuncia que hemos de tener siempre pobres; lo mismo es de los escándalos." **VIVES, Juan Luis: Obras completas**, citado; T° I, p. 287;

tada, a la luz de las enseñanzas evangélicas tomadas en un sentido limitado, la de mayor virtud a los ojos de Dios. Ambos, por otra parte, afirmaban el carácter pecaminoso de la ingerencia del poder civil en algo que consideraban pertenecía a la esfera estricta de la religión y de la Iglesia.

1) Domingo de Soto. El amor a la pobreza

En 1545, en Salamanca, el fraile dominico Domingo de Soto[166], a la sazón catedrático de teología en aquella ciudad y prior de Santisteban, publica su Deliberación en

[166] Soto nace en 1494, de una modesta familia de agricultores. Estudia en San Ildefonso, en Alcalá (1512), y luego teología en París, sin que se haya aclarado bien la fecha. Catedrático en Alcalá (1520), ingresó en 1532 en la Orden de los Predicadores, ganando ese mismo año la Cátedra de de Visperas en Salamanca. Participa activamente en el Concilio de Trento (1545). Confesor del Emperador Carlos V (1548-49); de regreso en Salamanca es catedrático de Prima (1552). Consultor en asuntos de inquisición (1554), muere en Salamanca en 1560; Para una muy prolija bibliografía de Soto, ver **BELTRAN de HEREDIA, Vicente O.P.:** Domingo de Soto. Estudio biográfico documentado, Ediciones de Cultura Hispánica, Madrid, 1961;

la causa de los pobres[167]. En esta obra es atacada la posición doctrinal de Vives[168].

Afirma el autor que su obra es en defensa de los pobres, pero a la luz de las enseñanzas del Evangelio. La interpretación de la escritura pertenece en este autor, a la tradición medieval. Así, para Soto, la pobreza debe básicamente ser amada, y no odiada. Y odio a la pobreza más que amor por los pobres es lo que dice hallar en Juan Luis Vives. Debe ser amada la pobreza porque Jesucristo, la alaba y nunca ensalza la abundancia de bienes temporales. Los pobres son frecuentemente comparados con los ricos, en el Evangelio, dice de Soto, para hacerlo siempre en favor y honra de aquellos, para animarlos a la paciencia y para enseñarles que el de pobre es el mejor estado. Este autor advierte sobre lo poco cristiana que resulta la ordenación de la beneficencia según las doctrinas de Vives. La condición de pobre es, de acuerdo con las enseñanzas evangélicas

[167] SOTO, fray Domingo de: Deliberación en la causa de los pobres, Edición bilingüe, castellano-latín, Oficina de Juá de Júta [Juan de Junta], Salamanca, 1545 (enero), sin números de página;

[168] El detonante fue, sin embargo, el establecimiento de un régimen administrativo sobre los pobres, en Zamora, Salamanca y Madrid. Esto fue respuesta a varias peticiones de procuradores en Cortes; por ejemplo, en Valladolid, en 1523, y Madrid, en 1528 y 1534;

cas, la de mayor dignidad, posición ésta dominante en el medioevo, como ya se ha resaltado.

Límites de la misión del poder secular

Soto es tan benigno con los pobres verdaderos como tenaz contra los fingidos. Para este autor, "es razón y ley natural" [169] que los hombres que de por sí no tienen hacienda no tienen el derecho de pedir a otros la suya. Por el contrario, deben servirse de sus oficios y trabajos, siendo personas que puedan trabajar. Sólo si no pudieren, "lo pedirán por Dios" [170]. Para Soto la ociosidad es fuente de grandes males. En primer lugar, porque "a la costumbre de pedir, es anejo el vicio de la adulación." [171] Además, porque los fingidos privan del alimento a los verdaderos pobres. "Conforme a las leyes divinas y naturales —dice— todos los sabios que escribieron de república, y todos los príncipes que la gobernaron tuvieron gran cuidado de escardar los ociosos y quitarlos de la república." [172]

[169] SOTO, fray Domingo de: Op. cit.; Cap. III;

[170] SOTO, fray Domingo de: Op. cit.; Cap. III;

[171] SOTO, fray Domingo de: Op. cit.; Cap. III;

[172] SOTO, fray Domingo de: Op. cit.; Cap. III;

Esta es para Soto la única misión del poder secular con respecto a los pobres.

Si, más allá del discernimiento entre fingidos y verdaderos pobres, el poder civil pusiera las manos sobre éstos para intentar mejorar sus desdichas, el hecho vendría a constituir un atrevimiento y probablemente un pecado. Las leyes no pueden limitar la actividad del pobre verdadero; puede pedir limosna en donde buenamente lo desee. Aquí están las razones que esgrime en la parte final del capítulo XI de su Deliberación...:

Si para privar a los pobres que no mendiguen es necesario de justicia asegurarles todas sus necesidades (...) esto no es moralmente posible: lo uno, porque no podréis tasar los pobres ni sus necesidades, ni lo sois obligados a dar vuestra hacienda (...); y lo otro (...) porque los hombres no pueden ser constreñidos por fuerza a hacer limosnas, como es necesario que fuesen para quitar el derecho a pedir a los pobres; síguese

que moralmente no es posible que con justicia puedan ser prohibidos mendigar. [173]

2) Lorenzo de Villavicencio. La beneficencia secular como pecado

El agustino andaluz Lorenzo de Villavicencio, por su parte, publica en Amberes De oeconomia pauperum curam a Christo instituta, etc. [174], obra expresamente compuesta para combatir las ideas de Vives. Este autor se opone más que a la concepción del valenciano sobre la pobreza, a la incumbencia atribuida por Vives al poder civil respecto de la ayuda a los pobres y enfermos. En esta obra se reprueba,

[173] SOTO, fray Domingo de: Op. cit.; Capítulo XI; Con todo, como recoge J. Brufau Prats, en De iustitia et iure, obra de 1553, Soto matiza que por medio de la liberalidad y la benignidad de la misericordia, las cosas deben ser comunes, para que el que se halle en la abundancia de al necesitado y éste tenga motivos para agradecersele. Ver BRUFAU PRATS, Jaime: El pensamiento político de Domingo de Soto y su concepción del Poder, Acta Salmantina, T° VI N° 3, Universidad de Salamanca, 1960; p. 46;

[174] VILLAVICENCIO, Lorenzo (Frate Laurentio á Villavicencio, Xerefino, Doctor y teólogo Agustino eremita): De oeconomia pauperum curam a Christo instituta, apostoles tradiam, et in universa ecclesia inde ad nostra usque tempora perpetua religione observata, cum quarundam propositionum, quae hinc sacrae oeconomiae adversantur, constatatione, Christophori Plantini, Amberes, 1564; sin números de folio;

de un lado, que se intenten imponer límites a la caridad individual, prohibiendo a los pobres pedir limosna en las vías públicas. Por otra parte, se critica acerbamente lo que se considera intromisión de la potestad civil en la beneficencia. Villavicencio sostiene que la caridad debe ser patrimonio exclusivo de la Iglesia, y estar a salvo de todo poder secular. Estas ideas le llevan a afirmar que tanto por la represión de la mendicidad, cuanto por la ingerencia civil en asuntos de caridad, se puede llegar fácilmente a incurrir en "falta grave" [175].

IV.- Los continuadores de Vives

Otros autores, por su parte, continúan las doctrinas de Vives con respecto al socorro de los pobres. Todos tienen en común dos aspectos muy destacables: De un lado, defienden que la ayuda a los pobres y la asistencia a los enfermos es incumbencia del poder civil y constituye un deber de los gobernantes. Aspecto no menos rico de sus aportaciones es la introducción de un matiz bien interesan-

[175] VILLAVICENCIO, Lorenzo: De oeconomia pauperum..., citado;

te para el presente trabajo: la distinción entre ayuda a los pobres y asistencia a los enfermos[176].

Las posiciones de tales autores pueden agruparse en dos categorías. De un lado, quienes como Miguel de Giginta concentran toda su atención exclusivamente en los pobres mendicantes.

Del otro, quienes, si bien se pronuncian a favor de la intervención de la autoridad secular en beneficio de los pobres, formulan una distinción que es fundamental: consideran que antes que a nadie la asistencia les es debida a los enfermos. De esta manera se reconoce, por ende, la existencia de una pretensión más fuerte, de diferente calidad y de inexcusable cumplimiento: la de ser asistidos en la enfermedad. Aquellos son Juan de Medina y Cristóbal Pérez de Herrera.

1) Miguel de Giginta. Contra la mezquindad

De él se ha afirmado que es el primero de los discípulos de Vives. Poco se sabe de su vida, salvo que era canónigo y de Elna. Sí ha dejado, en cambio, obras que permiten afirmar que era un hombre de pensamiento y de acción;

[176] Ver LOPEZ PIÑERO, José María: Los orígenes en..., citado; pp. 37 - 38;

un activo trabajador por la causa de los pobres. Viaja por España, y llega a Portugal, en donde funda las Casas de Misericordia, para recogimiento de los mendigos. En su Tratado de remedio de pobres, obra compuesta en diálogo y publicada en 1579, expone el método para conseguir los recursos para levantar las edificaciones, cómo debía ser su arquitectura y disposición, y el trato y ocupación de los huéspedes que se alojarían[177]. También allí defiende las bondades y validez del sistema propuesto, y expone las ventajas que de él han de derivarse. En otra obra suya, el tratado titulado Cadena de oro, de 1584, realiza un verdadero apostolado la causa de los pobres. En él procura convertir a los fieles a la obra del remedio de los pobres, para que se sumen a su causa. Un sitio destacado ocupan, entre aquellos a quienes va dirigida la obra, los depositarios del poder político: corregidores, príncipes y reyes[178].

[177] GIGINTA, Miguel: Tratado de remedio de pobres (compuesto en diálogo), Antonio de Mariz, Impreffor y Librero de la Universidad, Coimbra, 1579;

[178] GIGINTA, Miguel: Cadena de Oro, Casa de Sanson Argus, Perpiñán, 1584; En ella trata de la caridad ordenada, de la piedad y la misericordia, de la limosna, de la ropa y la hospitalidad, de los pobres extranjeros, y, evidentemente, de las Casas de Pobres. También dedica una parte importante a las obligaciones de las personas particulares hacia los pobres: doncellas, casados, viudas, letrados, soldados y los ricos. A cada uno le da buenas y piadosas

Ordena en su obra colocar en la capilla de las Casas "un retablo del Juicio final, e historia del impío mal rico [Epulón], con Lázaro mendigo"[179], para que sirviera de permanente acusación contra los ricos. Esta es la imagen más recurrente, y el tono siempre presente en la obra de Giginta: es un enamorado de la pobreza, un servidor de los pobres totalmente entregado a su causa, un duro crítico de la mezquindad humana y un inflexible fustigador de los ricos.

"Los ricos son tardos en compadecer y aún más remisos en dar", afirma Giginta en carta al Cardenal Quiroga[180]. Dedicó, todo el capítulo XII de su Tratado de remedio de pobres a exponer las diferencias entre ricos y pobres, en cuarenta razones que pone en boca de Valerio, el defensor en el diálogo de la obra. En estas razones quedan de manifiesto al menos cuatro cosas: En primer lugar, la

razones por las que ha de colaborar en el remedio de los pobres. Incluye unas importantes páginas en las que trata las obligaciones de las personas públicas en sus obligaciones hacia los pobres: corregidores, príncipes y reyes. Capítulo aparte dedica a las personas eclesiásticas en cuanto a este tipo de obligaciones;

[179] GIGINTA, Miguel: Tratado de remedio..., citado; folio 6;

[180] GIGINTA, Miguel: "Epístola al Cardenal Quiroga", en Cadena de oro, Casa de Sanson Argus, Perpiñán, 1584; p. 14;

aversión del autor hacia los ricos y su mezquindad. También se evidencia la condena de las injustas actitudes sociales hacia ricos y pobres. En tercer término, pueden verse reflejadas las experiencias personales del autor en materia de ayuda a los pobres. Por fin, se puede ver la confianza en que, a su hora, Dios premiará a los pobres y castigará a los malos ricos. [181]

[181] En cuanto a lo primero, pueden leerse las siguientes razones: "Valerio [el defensor]: (...) Que los pobres son muy abatidos y los ricos muy absolutos. 2.- Los pobres sujetos a muchas miserias y los ricos creadores de ellas. (...) 5.- A los ricos sobra para lo superfluo y a los pobres falta para lo necesario. 21.- A los caballos de los ricos sobran buenas mantas, y quien se mire mucho en hacerles la cama, y muchos prójimos dolientes no alcanzan un duro soportal donde echarse, ni un andrajo con que cobijarse. 26.- Los ricos compran en grueso lo mejor y más barato (...) los pobres por menudo lo peor y más caro (...). 27.- Los ricos robustos van a caballo por los pueblos, y los pobres flacos y dolientes, han de ir descalzos y mal vestidos, que llueva o hiele en invierno, o que haya fuerte sol en verano. 31.- Muchas veces no pueden los ricos moverse de hartos, ni muchos pobres otras de hambrientos. 32.- Suspiran los ricos cuando de algún costoso banquete salen para reventar, y los pobres dolientes de la poca consolación que hallan a sus puertas (...). 35.- Muchos ricos mueren por desórdenes de demasías, y muchísimos pobres por extremas necesidades. 36.- Sienten los ricos en la enfermedad el morir tan presto, y muchos pobres el porqué no mueren antes." La condena por las actitudes sociales, benévolas hacia los ricos, y estrictas hacia los pobres, está contenida en las siguientes razones: "3.- A los ricos todos les alaban y a los pobres todos les ultrajan. 6.- A los ricos hablan con cumplimento y a los pobres con sequedad. (...) 11.- Si un rico tropieza todos acuden, y si un pobre cae, pocos lo levantan. (...) 14.- Lo que en la república cumple a los ricos es muy favorecido, y lo que a los pobres no es a veces [ni] solamente oído. 34.- A los ricos enfermos sobran médicos, criados y medicinas, y a muchos pobres

Las Casas de Misericordia

En sus Casas de Misericordia está siempre presente, como se ha mencionado, la apelación a la parábola del rico Epulón y el pobre Lázaro. Esta imagen evangélica está dirigida, como en toda la obra de Giginta, más que a consolar a los pobres, a inspirar el temor de los ricos, para ablandar su corazón, y que dediquen sus bienes al remedio de los pobres.

no hay quien les de un jarro de agua." Las experiencias personales del autor en materia de ayuda a los pobres son los desengaños propios de quien ha adoptado la causa de aquellos. Están reflejadas en estas razones: "8.- A los ricos muchos les dan y presentan, y a los pobres no hallan quienes preste ni fíe. 9.- A los ricos y a sus gentes dan los regidores cómoda y grata audiencia, y a los pobres y a quien trata de su remedio, incómoda, desabrida y seca. 10.- Si los ricos se llama a engaños, son luego restituidos, y que los pobres lo sean, no son oídos ni quien trata por ellos." En otras razones del mismo capítulo XII queda de manifiesto la fé del autor en Dios, que premiará a los pobres y castigará a los ricos. Dicen las razones finales: "39.- Difieren también en cuanto más cosas tendrá el demonio in extremis que presentar a los ricos para su condenación (...). 40.- Y últimamente, hay también más diferente diferencia entre algunos ricos y pobres después de muertos, según el Evangelio de Lázaro, que el señor confirmó en la gloria (...) y al impío rico confirmó en el infierno, por que con su riqueza había gozado en este mundo y olvidado del remedio de los pobres." Todas las citas corresponden a **GIGINTA, Miguel: Tratado de remedio...**, citado; folios 72 a 73 vta.; (la ortografía y la puntuación han sido adaptadas al castellano moderno);

También propone Giginta la creación de una Hermandad o Cofradía que se encargue de asegurar el bienestar de los acogidos y la recogida de limosna para la Casa. A su vez, la Cofradía daría continuidad a la obra emprendida. Esta institución representa una manifestación de la beneficencia institucionalizada y secularizada, paso bien importante en la evolución hacia formas más universales de asistencia social.

En su Tratado de remedio de pobres Giginta enumera los cincuenta males que evitarán las Casas de Misericordia. Muchos de ellos están referidos a la erradicación de los pobres mendigos y enfermos fingidos:

Se quitarán el ocio y disoluciones de los pobres fingidos y cesarán de llagarse y martirizarse para mover a compasión; se curarán muchos que no quieren curarse y dejarán muletas y embustes; (...) no se hurtarán niños ya criados para tener hijos fingidos. [182]

Otras de las ventajas se refieren a la reforma de las costumbres, puesto que, si ya no pueden los fingidos

[182] GIGINTA, Miguel: Tratado de remedio..., citado; folio 42;

dedicarse a la mendicidad, deberán volver necesariamente al trabajo.

No dejarán perder sus tierras muchos labradores perezosos que mendigan para no trabajar. Habrá más gente que cultive las tierras y que trabaje. (...) Los muchachos y muchachas tendrán mejores costumbres y trabajarán en beneficio de la república. [183]

También traerá consecuencias beneficiosas para todas las personas caritativas, para los fieles cristianos en general, y para quienes circunstancialmente necesiten acudir a la caridad [184].

Finalmente, la implementación de la beneficencia tal y como la propone Giginta, traería importantes consecuencias para la salud de los pobres mendigos. Porque será más fácil y efectiva la prevención, al alejarlos del riesgo contagio.

[183] GIGINTA, Miguel: Op. cit.; folio 43;

[184] Ver GIGINTA, Miguel: Op. cit.; folio 44;

(...) se les evitará a muchos el peligro de enfermar (...) No habrá abortos ni infanticidios en las mendigas (...) Estarán mejor alimentados los pobres; tendrán más salud corporal y espiritual. [185]

Y porque no viéndose desbordados los hospitales, podrá brindárseles allí una mejor atención.

[Los] Hospitales de (...) ganarán, (...) mucho, por lo que con esta orden no les acudirán tantos enfermos, como con la presente desorden tan ocasionada de enfermar todos los mendigos, y así tendrán (...) mejor aparejo de curar los que hubiere (...). [186]

Obligaciones de los ricos

Para finalizar, en el capítulo XVI de su Tratado..., aborda la cuestión de las obligaciones de los ricos con respecto al remedio de los pobres. Para dar fundamento

[185] GIGINTA, Miguel: Op. cit.; folios 42 - 45;

[186] GIGINTA, Miguel: Op. cit.; folio 7;

al deber de socorro de los ricos, acude a las mismas doctrinas de Vives: Los ricos son tan solo administradores de sus riquezas. De allí que sólo puedan servirse de ellas para satisfacer sus necesidades. Cubiertas éstas, deben repartir el resto con quienes padezcan necesidad. Y también deben —aquí se aparta de Vives— dedicar una parte al culto; no en vano este autor es clérigo. Esta es una obligación de moral religiosa, no civil; y de manera ninguna insinúa Giginta esto último.

Pero, por otra parte, destaca lo conveniente que es para la sociedad y para cada uno de sus miembros el que los ricos compartan con los pobres. Y afirma, y esto es fundamental, la ilicitud de hacer mal uso de la propia hacienda, también desde el punto de vista de la moral civil. Por ende toda transgresión a este mandamiento, traerá por consecuencia no sólo el castigo divino, sino que también será condenable desde una moral puramente laica. Puede leerse en su Tratado...:

Mario: Si los ricos viven de su hacienda propia, bien ganada o heredada sin pedir ni quitar nada a nadie, ¿por qué no podrán gastarlo en cuanto se les antojare, y aún echarlo por este río abajo?

Valerio: No es conveniente a la república ni lí-

cito a ninguno, que use mal de su hacienda, ni podéis llamar propio lo que gastáis o retenéis superfluamente, mientras haya prójimos que padezcan extrema necesidad de ello, como sobran.[187]

Socorro a los enfermos

En cuanto a la obligación de socorro a los enfermos, hay que decir que Giginta no sigue a Vives en cuanto a su doctrina respecto de los bienes; por lo tanto, no incluye la salud entre éstos. Parecería que se refiere solamente a las riquezas externas, esto es la hacienda, el patrimonio, en lenguaje del valenciano. De allí que no sea simple afirmar que Giginta también establece una obligación de socorro a los enfermos por parte de los sanos. Giginta deja abiertas las puertas para que otros autores centren su atención en los enfermos.

2) Juan de Medina (o de Robles). Socorro incondicional a los enfermos

[187] GIGINTA, Miguel: Op. cit.; folios. 62 vta.- 63;

Como respuesta a Domingo de Soto, y en la propia Salamanca, apenas dos meses después de la aparición de la Deliberación en la causa de los pobres, el fraile benedictino Juan de Robles, más conocido como Juan de Medina, publica en 1545 su obra De la orden que en algunos pueblos de España se ha puesto en la limosna, para remedio de los verdaderos pobres [188].

[188] La "Orden" a la que se refiere es una Real Cédula, que se puso en práctica en Zamora en 1540. En la segunda parte del Capítulo VII de su obra, presenta algunos de los inconvenientes que Domingo de Soto ha adjudicado a la institución de la beneficencia y la prohibición de mendigar. Enumera y discute cinco razones: I) Que la institución es nueva; II) Que con esta ordenación disminuyen las limosnas y no bastan para el remedio de los pobres; III) Que se quitan muchas ocasiones de merecer y muchas costumbres buenas del pueblo (al suprimir la mendicidad pública); IV) Que se quita a los pobres la libertad, sin culpa suya; y V) Que los pobres no están bien tratados ni bien provistos. Aquí es preciso concentrarse únicamente en las críticas tercera y cuarta, que son las más sólidas de Soto. En cuanto al argumento de Soto referido a que la beneficencia pública y la supresión de la mendicidad ambulante suprimiría muchas ocasiones de hacer el bien a los particulares, responde Medina que: "Aunque las llagas y voces de los pobres nos muevan a compasión y nos sean ocasión de misericordia y buenas obras, no es razón que nadie quiera este aprovechamiento suyo con tanto detrimento y daño del prójimo; pues es notorio, que es mucho mejor curar al llagado y remediar al pobre y vestir al desnudo, que no dejarlo de curar, remediar y vestir; porque con sus llagas y pobreza y desnudez muevan al pueblo a compasión". (Capítulo VII, 2ª parte) Al cuarto argumento en contra de la beneficencia, esto es, que se quita a los pobres la libertad, sin culpa suya responde Medina que no se les quita libertad a los pobres. Se les quita libertad a los fingidos: "se quita la libertad a los que pueden trabajar y pasar sin mendigar." (Cap. VII, 2ª parte) Esto no es privar a nadie de libertad sin su culpa, dado que quienes ven restringida su libertad, son culpables de

La obra de Medina es mucho más que una simple refutación a Soto: en ella desarrolla una doctrina que viene a refinar y a superar las enseñanzas de Juan L. Vives. Dos son los puntos más sobresalientes de su pensamiento: Primero, la adjudicación de la beneficencia al Estado; segundo, la distinción de una clase de beneficencia especial, incondicional y de inexcusable cumplimiento, que es la debida a los enfermos. Con Medina es la primera vez que con tanta fuerza y explicitéz se llega tan lejos en la reclamación de asistencia sanitaria, a cargo del poder temporal, obligadamente y para los enfermos necesitados. Se verá cómo arriba Medina a ello.

En De la orden..., quedan de manifiesto los trabajos del fraile en la ayuda a los pobres. Medina había auxiliado a los pobres y enfermos en Zamora, entre otras poblaciones, y se recrea en la memoria del bien conseguido en aquellos días. Para él, los pobres ya no son los pobres de Cristo, sino que hay mucha astucia y fingimiento, lo que

simulación. Esto es justo, "cuanto más que esta libertad que a estos se quita, se endereza para bien de ellos mismos" (Cap. VII, 2ª parte), dice Medina; y sigue: "Porque al que usa mal de su libertad, justa y misericordiosa cosa es quitársela (...) Pues mendigar mintiendo o fingiendo necesidades, notoria cosa es (...) que es especie de hurto." (Cap. VII, 2ª parte). **MEDINA, Juan de:** De la orden que en algunos pueblos de España se ha puesto en la limosna, para remedio de los verdaderos pobres, Casa de Juá de Júta [Juan de Junta], Salamanca, 1545;

hace necesario separar el trigo de la cizaña; distinguir entre los verdaderos y los falsos mendigos. Es un realista que no posee ningún sentido reverencial por la pobreza mendicante. Para él puede y debe suprimirse la mendicidad; pero mejor que por la vía coercitiva de la prohibición de la limosna, mediante el socorro a los pobres en sus casas.

Secularización de la beneficencia

Medina defiende la participación del poder civil en la beneficencia. Ya en la dedicatoria al entonces príncipe Felipe, luego Felipe II, dice: "Bien veo que este negocio es de gobernación; y por consiguiente impertinente para que los religiosos tratemos de él." [189] Aunque a renglón seguido explica las motivaciones de su escrito, fundándose en la obligación de quienes predicán el evangelio. Ellos, "de todo lo que les pareciere bueno, según el tiempo y lugar en donde predicán, deben enseñar a los pueblos, pues son intérpretes de la Sagrada escritura (...) para

[189] **MEDINA, Juan de**: "Dedicatoria", en Op. cit.; folio 1; (la ortografía y la puntuación han sido adaptadas al castellano moderno);

príncipes y para vasallos (...) para repúblicas y para personas particulares." [190]

Advierte Medina lo mal encauzada que está la limosna, y cómo se pierden, por el desorden, los buenos esfuerzos realizados en ayuda de los verdaderos pobres. Para imponer el orden, y para que la limosna alcance a los pobres, considera indispensable la acción del poder temporal.

Cuánto lustre da el orden a todas las cosas, y cuán feas están cuando están sin él. Y viniendo a hablar de misericordia diré: cuántos males venimos en España por no haber en ella orden alguna ni concierto en el dar de las limosnas. [191]

Propone, para mejor orden y administración de la beneficencia, que de la recaudación y distribución de las limosnas se ocupen el Prelado juntamente con el Corregidor, o quien ellos en su lugar nombraren [192]. El socorro se recibirá en cada casa,

[190] MEDINA, Juan de: Op. cit.; folio 2;

[191] MEDINA, Juan de: Op. cit.; folio 3;

[192] Ver MEDINA, Juan de: Op. cit.; Capítulo VII;

(...) un día para toda la semana, a razón de doce marevedís cada día para un hombre y diez para una mujer, y seis para un muchacho, en caso que no lo puedan ganar con su trabajo.[193]

Aboga también por la participación de la Justicia en la corrección de los vagos y ociosos. El poder civil tendría también a su cargo la obligación de compelerlos a trabajar para su sostenimiento[194].

Sobre los extranjeros, se aparta de la doctrina de Vives, pues quiere que participen del socorro que se ha de dar a los naturales. Esta posición la defiende sobre la base de textos bíblicos del Antiguo y del Nuevo Testamento: Deuteronomio, 14; Tobías, 4; epístolas de San Pablo a los Romanos, 12; a los Efesios, 4 y I a los Corintios, 1,2. Dice: "Que ningún pobre, aunque sea extranjero, se excluya de esta limosna; antes, si viniere enfermo, sea curado hasta que sane." [195]

Ventajas de la beneficencia secular

[193] MEDINA, Juan de: Op. cit.; Capítulo I;

[194] Ver MEDINA, Juan de: Op. cit.; Capítulo IV;

[195] MEDINA, Juan de: Op. cit.; Capítulo II;

Numerosos son los beneficios que se obtienen de esta atención a los pobres. Entre ellas el autor enumera muchas de las ya conseguidas en Zamora y en la propia Salamanca: que los pobres no precisan mendigar para comer; que se da oficio a los huérfanos y desamparados; que se aparta a los pobres de los males morales; que se evita que los pobres caigan en la comisión de hurtos y perjurios; "que los pueblos cristianos se han limpiado de la nota de infamia que recaía sobre ellos cuando andaban los pobres por las calles pregonando la crueldad y falta de buen gobierno de la ciudad." [196]

Con relación a la asistencia de la salud, las consecuencias más positivas de la beneficencia están contenidas en la tercera parte del propio Capítulo VII de la obra de Medina, referido a "los provechos manifiestos que de esta santa institución la experiencia ha mostrado que se siguen." Los beneficios son de dos tipos: a) Para los propios enfermos pobres, directamente en su cuerpo y su salud, por la asistencia de la que se les provee; e indirectamente, también para los pobres, por las mayores disponibilidades de los hospitales para los necesitados en general. Y b)

[196] MEDINA, Juan de: Op. cit.; Capítulo VII, Parte 3ª;

Para la población en general, que se verá libre del contagio de aquellas enfermedades que los pobres mendigos padecen. Se leen en De la orden... las siguientes ventajas:

Que son curados los enfermos pobres, ya en sus casas, ya en el hospital de enfermedades comunes y de enfermedades contagiosas y difíciles. Y de un año a esta parte se han curado a costa de esta limosna en esta ciudad sesenta y cinco o sesenta y seis pobres de tan graves enfermedades que se tenían por incurables y han salido de la cura sanos: y el día de hoy ganan de comer por su trabajo. Que no habrá tantas enfermedades contagiosas como antes, porque muchos de estos [pobres mendigos] en la vida desarreglada que traían cobraban muchas enfermedades y dolencias contagiosas, y aunque las traían no evitaban la conversación con la gente; antes entre todos andaban como sanos, por donde necesariamente se multiplicaban en los pueblos las enfermedades corporales. Que los hospitales, hechos para remedio de pobres verdaderos y que gastaban su hacienda en los vagabundos, están limpios de esta gente y pueden

acoger y dar remedio a los pobres para quienes fueron fundados. [197]

La asistencia a los enfermos

Por fin habiéndose visto el pensamiento de Medina con respecto a la limosna en general, hay que abordar dos aspectos específicos que son fundamentales para este estudio: en primer lugar, el carácter especial que tiene la limosna cuando es para los enfermos; en segundo término, el orden de prioridades para repartir la limosna, en donde destaca la posición de los pobres enfermos.

En el Capítulo III de su obra, Medina formula una división fundamental en cuanto a la limosna, según el carácter de regla moral que posea, potestativa u obligatoria. Así, considera que existe una limosna que es potestativa o voluntaria, y que puede lícitamente sujetarse al cumplimiento de una condición como por ejemplo, confesar y comulgar.

Pues la limosna que se da, fuera de extremos o grave necesidad, no es de obligación; síguese que

[197] MEDINA, Juan de: Op. cit.; Capítulo VII, Parte 3ª;

es voluntaria. Y en la limosna voluntaria, cualquiera que la hace puede poner condición lícita y honesta si quisiere. Y no se puede poner condición más lícita y honesta, que es que el que la recibe muestre cómo ha cumplido ese año lo que la Iglesia le mandó acerca del comulgar y confesar. [198]

Es decir, que cuando la limosna tiene un fin general, cual es subvenir las necesidades del pobre, no es en modo alguno obligatoria, sino más bien potestativa. Y puede estar sujeta a condición. Esta clasificación está fundamentada en el diferente grado de necesidad de los pobres:

Porque muy pocos de aquellos a quienes damos nuestras limosnas están en tal necesidad que hagan nuestra limosna forzosa. Por esto es muy lícito que a los que, fuera de muy grave necesidad damos limosna para el cuerpo, les pongamos condición con que hagamos bien a su alma. [199]

[198] MEDINA, Juan de: Op. cit.; Capítulo III;

[199] MEDINA, Juan de: Op. cit.; Capítulo III;

El socorro incondicional a los enfermos

Pero existe otra clase de limosna: la obligatoria e incondicional. Esta está destinada a aquellos cuya necesidad es extrema o grave. Es aquella a que ya se ha referido en los textos transcritos, reservada para los casos extremos o de grave necesidad, a aquellos muy pocos casos que hacen nuestra forzosa la limosna. Estos casos graves o forzosos están referidos a los enfermos pobres. La asistencia a la salud es considerada por Juan de Medina como una obligación especial, más fuerte que la limosna en general. La asistencia a la salud es una obligación inexcusable e incondicional. Dice:

Mas si la necesidad [del cuerpo] en que está el que nos pide socorro es extrema o muy grave, no podemos negarle la limosna, sin condición alguna. Porque en tal caso, la limosna no es gracia, sino deuda (...) según lo hizo el santo Samaritano con el llagado [Lucas, 10]. Y porque es así (...) la limosna voluntaria podemos dar a sólo los bue-

nos, y negar a los que notoriamente son malos. [200]

En este pasaje, con la apelación a la parábola del Buen Samaritano, se muestra con total nitidez que para Medina la limosna obligatoria es aquella debida a los enfermos. Y que no puede estar sujeta ni siquiera a condición piadosa (confesar y comulgar), sino que debe darse a todos. Al contrario que la voluntaria, que puede negarse a los malos, esta ayuda, para los enfermos, es debida a todos por igual, incluso a los impíos, herejes o ladrones, y todos "los que notoriamente son malos."

Existe entonces, en Medina, una norma general relativa a la beneficencia y a las limosnas, esto es, que son voluntarias, potestativas y que pueden estar sujetas a condición. Fuera de esa regla general, existe una obligación de beneficencia especial, inexcusable e incondicional, respecto de los enfermos, con quienes hay que comportarse como buenos samaritanos.

Este esquema será apoyado en largos pasajes, desde distintos puntos de vista y con varios ejemplos, dentro

[200] MEDINA, Juan de: Op. cit.; Capítulo III; sin subrayar en el original; El llagado era judío. Y recuérdese que los judíos ni tan siquiera dirigían la palabra a los de Samaria;

del Capítulo III de De la orden.... Y, más importante todavía, será extrapolado de la beneficencia particular a la pública. Así, dirá que el principio general es el de dar limosna a aquellos que la merecen.

Que sean preferidos los cristianos pobres a los no cristianos. Y entre los cristianos que haya diferencia entre el pecador y el santo. Esto es de san Hieronymo. Y si esto es de bien grande en las limosnas que hacen las personas particulares, mucho es más razón que se mire en las limosnas que se dan en nombre de toda la República, la cual [si] tiene autoridad de corregir los delitos, no debe criarlos y favorecerlos. (...) Allí, y mucho más conviene, que lo haga la República en las voluntarias limosnas que hace: que no consienta que se mantengan de ellas los que están descomulgados o merecen estarlo. Allí que mucha gran razón es: que en el dar de la limosna se tenga respeto al merecimiento del que la recibe. [201]

[201] MEDINA, Juan de: Op. cit.; Capítulo III;

El principio general para las "voluntarias limosnas" es que se puede escoger la persona en la cual han de recaer. Y se preferirá, naturalmente, a aquellos pobres "que se han mostrado constantes en su fe" [202].

Pero algo bien diferente ocurre con los enfermos. Con ellos hay que comportarse "como el santo Samaritano con el llagado" Dice:

No se niega que, en caso de grave necesidad, debemos obras de misericordia al bueno y al malo, al amigo y al enemigo, al fiel y al infiel; y que por malos que sean, no los hemos de excluir de los sufragios y buenas obras (...) [203]

Y también:

Y no hay que temer que haciendo esta diferencia entre los pobres que son buenos ó malos sea ponerlos pena de muerte, si no se confiesan, pues aquí no se habla, ni nunca se pensó en que al pobre que está en extrema o muy grave necesidad

[202] MEDINA, Juan de: Op. cit.; Capítulo III;

[203] MEDINA, Juan de: Op. cit.; Capítulo III;

le quitemos la limosna, aunque nunca se haya confesado, ni se quiera confesar; porque en tal caso la sola necesidad nos obliga a socorrerlo. [204]

Un poco más adelante, viene a reforzar el argumento de que al hablar de necesitados extremos y graves se está refiriendo exclusivamente a los pobres enfermos. En efecto, la "necesidad extrema o grave" no se refiere ni al hambre ni a la sed. Dice Medina: "Pero fuera de ésta [enfermedad], todos los desfavores y asperezas [se] le muestren, y hambre y sed que [se] le haga pasar. Para que por vergüenza, por hambre o miedo venga a hacer lo que debe." [205] Sólo quedarán éstas comprendidas en la limosna obligatoria cuando se presenten en un grado tal que constituyan de por sí una enfermedad. La única necesidad que trae aparejada como consecuencia necesaria la limosna obligatoria es la enfermedad.

Por fin, y para concluir con Medina, organizada la beneficencia, se quitará a los pobres del ejercicio de la mendicidad. Conseguido esto, el poder civil pasará a administrar los fondos benéficos. Esta administración res-

[204] MEDINA, Juan de: Op. cit.; Capítulo III;

[205] MEDINA, Juan de: Op. cit.; Capítulo III;

ponderará a las necesidades según su grado. Así, la limosna se repartirá en primer lugar, a aquellos a quienes se ha prohibido la mendicidad.

Luego de proveer a los pobres que mendigaban de todas las necesidades que satisfacían mediante tal ejercicio, la prioridad pertenece, evidentemente, a los enfermos. En otras palabras, los enfermos sólo pueden llegar a ser desplazados de la beneficencia por los quitados de mendigar. Dice Medina que ello es "porque ante todas las cosas se tiene obligación de restituir a cada uno lo que se le quita, y después se puede emplear nuestra posibilidad en obras pías." [206] Es decir que obedece a una obligación no fundada en la necesidad, sino en el deber de reparar un posible daño.

Los más necesitados son en Medina, los enfermos. Satisfecha la obligación de reparar a quienes se quitó de la mendicidad, "la primera [obligación] es curar a los enfermos que están fuera de los hospitales y no tienen con qué poderse curar." [207] La razón, siempre el bien de los propios enfermos. Medina no menciona ninguna razón sanita-

[206] MEDINA, Juan de: Op. cit.; Capítulo V;

[207] Ibidem;

ria, lo que lo adentra en la beneficencia mucho más allá que las doctrinas del propio Vives.

3) Cristóbal Pérez de Herrera. Humanismo e hipocratismo

Este médico, nacido en Salamanca en 1558, proto-médico de las galeras del rey Felipe III, y luego, por orden del monarca, encargado de la asistencia a la pobreza en Madrid, escribió una serie de discursos sobre la asistencia a los pobres. Entre ellos destaca su obra Amparo de pobres, de 1595 [208] Como médico que era, dirige su atención hacia los enfermos. En él se encuentra la misma preocupación que en los autores de la época por distinguir entre los pobres verdaderos de los fingidos, y a ello dedica todo el primer discurso de su obra, "Los inconvenientes que plantean los pobres fingidos." Igualmente, propone que todos los que puedan hacerlo, trabajen. Los que verdaderamente no puedan, deben ser autorizados a pedir limosna, y recibir albergue. Aquí formula otra distinción: la de ayuda a los pobres y asistencia a los enfermos como ramas diferentes de la bene-

[208] PÉREZ de HERRERA, Cristóbal: Discursos del amparo de los legítimos pobres, y reducción de los fingidos: y de la fundación y principio de los Albergues de estos Reynos, y amparo de la milicia dellos (1595), Edición, introducción y notas de Michel Cavillac, Col. Clásicos Castellanos N° 199, Espasa-Calpe, Madrid, 1975;

ficencia, y, por lo tanto, a organizar de manera relativamente separada. En este sentido, en su "Relación...", de 1597, sobre el la construcción del albergue de Madrid[209], es tajante la diferenciación que establece entre el Hospici-um Pauperum y el Hospital General de la Corte, dedicado a los pobres y mendigos el primero, y a los enfermos, exclusivamente, el segundo.

La asistencia a los enfermos

Pero lo más importante de Pérez de Herrera se refiere a la asistencia de los enfermos, fundada en el beneficio que para ellos se deriva y en el deber de prestarles asistencia como algo moralmente debido. En este autor, como en Medina, existe el deber primordial de atender a los enfermos como acto bueno y debido de por sí. Para cumplimiento de este deber, propone que los enfermos sean llevados a hospitales, divididos en especialidades, según las diversas patologías.

[209] PÉREZ de HERRERA, Cristóbal: "Relación a la Majestad del Rey, nuestro señor, en que se describe el fundamento y sitio de la fábrica del albergue desta Villa de Madrid (1597)", en PÉREZ de HERRERA, Cristóbal: Discursos del amparo..., citado; pp. 225 - 237; se halla también reproducido en LOPEZ PIÑERO, José María: Los orígenes en..., citado; pp. 133 - 141;

En Pérez de Herrera los deberes asistenciales tienen una doble raíz: además de la cristiana, que a todos obliga, también una raíz hipocrática, que obliga en especial a los médicos. Dice en el Discurso II de su obra:

(...) dándoles también médico y botica; repartiéndose entre nosotros, por nuestras parroquias el curarlos por Dios, pues, fuera de la obligación natural y la que tenemos de cristianos, juramos en nuestros grados [licenciatura] hacerlo con mucha caridad, y Hipócrates, autor nuestro y el de más autoridad, con ser gentil, parece casi nos lo persuade, entre otras cosas, al principio de sus obras, en el Jusjurandum que hizo (...) y los cirujanos y barberos harán lo propio. [210]

Papel del poder civil

Pero llega aún más lejos: considera que la asistencia es deber del poder civil. Ello queda de manifiesto en su "Proyecto de arreglo general de la beneficencia del

[210] PÉREZ de HERRERA, Cristóbal: Discursos del amparo..., citado; p. 69;

ra desde un punto de vista filosófico y moral, con evidentes repercusiones en cuanto a la obligación de socorro hacia el enfermo. En tercer lugar, porque los planteamientos de Vives significan la secularización de la beneficencia institucionalizada: la Ciudad, el poder temporal, debe tomar sobre sí la asistencia de los pobres y enfermos. En efecto, la línea del pensamiento de Vives es un comienzo de la sustitución de la actividad medieval, según la cual se trataba de afrontar el problema mediante iniciativas voluntarias de amor y generosidad. El cambio de mentalidad es evidente, y está conectado con la importancia que luego adquiere el Estado moderno, y que lo lleva a responsabilizarse directamente ante las cuestiones sociales.

Es preciso, para situar a Vives en su contexto, referirse al marco de la historia del pensamiento en el cual se inscribe, fundamentalmente con referencia a España. En este sentido, es indispensable reseñar los orígenes e importancia del erasmismo, corriente a la que pertenecía nuestro autor.

Igualmente, para comprender las repercusiones de la obra de Vives, es importante efectuar una contrastación con algunos de quienes se opusieron a sus enseñanzas. En este sentido, resulta imposible no incluir dos de sus principales opositores: Lorenzo de Villavicencio y Domingo de

LA BENEFICENCIA SECULAR

I.- La asistencia sanitaria secularizada. Las leyes de pobres en España, Inglaterra y Francia

Acaban de verse las referencias históricas de la beneficencia y la asistencia a los enfermos, sobre todo en el medioevo, como actividad propia de la caridad cristiana. También se han visto los antecedentes doctrinales que permiten pensar en la asistencia sanitaria como una tarea a cargo del poder temporal. En este capítulo se van a ver las manifestaciones de la beneficencia secularizada. En efecto, ya por el influjo de las nuevas doctrinas, ya porque el problema de la pobreza y la enfermedad adquirieron magnitudes considerables, los gobiernos comenzaron, en los siglos XVII y XVIII a dar respuesta a ellos de manera organizada.

Aquí debe necesariamente tratarse la llamada "legislación de pobres", puesto que toda la actividad asistencial dirigida a los enfermos se inscribe dentro de ella. No existen en este marco normas ni instituciones dirigidas únicamente a los enfermos, sino que, dentro de las instituciones para los pobres, existe en casi todos los casos una rama especial destinada a los enfermos. Así, es posible

hablar de "leyes de pobres y enfermos", sentido en el cual habrá que tomarse la expresión "leyes de pobres" en el presente punto.

Se hará referencia a los tres grupos más importantes, y los que mayor repercusión pueden haber tenido en las elaboraciones posteriores. Se tratará primero el caso de España, desde algunos precedentes hallados en las Partidas (1456-65), hasta la creación del Fondo Pío Beneficial, por el rey Carlos III (1783), antecedente inmediato de lo que fuera luego la Beneficencia en el siglo XIX. Se verá luego la legislación de pobres y enfermos en Inglaterra, recogiendo también algunos precedentes, con las leyes de Eduardo III (1349), para centrarse en las leyes isabelinas, de principios del siglo XVII. Posteriormente se expondrán los principios en instituciones de la legislación francesa, desde el Reglamento de Iprès (1525) hasta los últimos años previos a la Revolución.

Un aspecto común de las tres legislaciones es el de que la ayuda a los pobres y la asistencia a los enfermos será una preocupación pública. Como tal, será financiada no ya con contribuciones voluntarias de los particulares, sino mediante cargas tributarias soportadas por todos los que estén obligados a contribuir, bien mediante impuestos ad hoc (Inglaterra y Francia), bien a través de los tributos

generales percibidos por el erario público (España). Este es un paso decisivo, y constituirá el esquema dominante, a partir de allí, para todas las legislaciones posteriores.

II. España

1) Las Partidas: La piedad, cuestión de Reino

En España la beneficencia se organiza como tal recién en el siglo XIX. No obstante, existen precedentes históricos de asistencia a los pobres y enfermos. La primera norma al respecto se halla en un texto de 1465, en las Partidas del rey Alfonso X el Sabio. En la partida Segunda, en el Título XI, "Cual debe el Rey ser a su tierra", se encuentra el siguiente texto:

Ley I. Cómo debe el Rey amar a su tierra. (...) Y deben otrosí mandar hacer hospitales en las villas donde se recojan los hombres, que no tengan que yacer en las calles por mengua de posadas. Y deben hacer alberguerías en los lugares yermos que entendieren que será menester, porque tengan las gentes donde albergarse seguramente, con sus cosas, así que no se las puedan los malhechores

hurtar ni estropear. Que de todo esto sobredicho, viene muy gran pro, a todos comunalmente, porque son obras de piedad. Y puéblase por y mejor la tierra. Y aun los hombres tienen mayor sabor de vivir y de obrar en ella. [212]

Como se ve, aquí se eleva la virtud de la piedad a una cuestión de Reino; a un principio del buen gobierno de los reales dominios. Y esta virtud obliga a erigir hospitales y alberguerías en donde recoger a los pobres, peregrinos y enfermos.

2) Las primeras Leyes de Pobres

La legislación sobre los pobres se inició en España en el año 1523 [213], con las ordenanzas de Valladolid, y siguió durante aquel mismo siglo con una serie de orde-

[212] El texto original ha sido adaptado al castellano actual. En **MARTINEZ ALCUBILLA, Marcelo**: Códigos Antiguos de España. Del Fuero Juzgo a la Novísima Recopilación, Dos tomos, Madrid, 1885; T° I, p. 305;

[213] Aunque ya en 1351 hay un antecedente, con el rey Don Pedro I de Castilla, quien prohibió la mendicidad bajo pena de azotes. Ver **GUTTON, Jean Pierre**: La société et les pauvres en Europe (XVIe. - XVIIIe. Siècles), Col. SUP, Sección L'Historien N° 18, Presses Universitaires de France, Vendôme, 1974; p. 95;

nanzas reales otorgadas en Toledo, en 1525, en Madrid, 1528 y 1534, y nuevamente en Valladolid en 1558. Desde las de Toledo, las enseñanzas de Vives están en la base de casi toda la legislación[214].

Todas ellas han pasado a la Novísima Recopilación, al Título XXXIX, "Del socorro y recogimiento de los pobres." [215] En él, la Ley I establece que "Los pobres no anden por los pueblos de estos Reinos, y cada uno pida en el de su naturaleza". Así queda acotada la mendicidad. El propósito de esta ley es la erradicación de los pordioseros fingidos, que tenían por costumbre errar de pueblo en pueblo, viviendo de la caridad de los vecinos. "Que hay muchos holgazanes y vagamundos, que no puedan andar, ni anden pobres por estos nuestros Reinos (...), sino que cada uno pida en su naturaleza." [216]

[214] Así, por ejemplo, en las leyes XII y XIII del Título XXXIX de la Novísima Recopilación, se establece que, dentro de lo posible, los pobres serán recogidos por los prelados para evitar la mendicidad. Se ordena también la expulsión de la Corte de los pobres y vagabundos que pudieran trabajar, y el envío de todos los extranjeros, incluso los enfermos, a sus lugares de origen. Ver **MARTINEZ ALCUBILLA, Marcelo: Códigos Antiguos de...**, citado; T° II, p. 1505;

[215] En **MARTINEZ ALCUBILLA, Marcelo: Op. cit.**; T° II, p. 1504;

[216] Novísima Recopilación, T. XXXIX, Ley I;

A cada pobre verdadero se le otorgaría una cédula o licencia para poder pedir, so pena de que "el que pidiere limosna en [los lugares] que queda dicho sin tener la dicha licencia, que por primera vez esté cuatro días en la carcel, y por la segunda, ocho, y sea desterrado por dos meses (...)"[217] Tales cédulas serían otorgadas por el cura párroco o el Juez de cada ciudad o villa. Su duración sería por el término de un año, y se renovarían para Pascua de Resurrección. La licencia para pedir se daría "a las personas que verdaderamente fueren pobres y que no puedan trabajar, y no a otros"[218]. Los curas y jueces debían informarse muy cuidadosamente acerca del verdadero estado de aquellos que solicitasen el permiso para mendigar. Este recaudo es indispensable para que se cumpla con el principio de que "la limosna, se debe y es de los pobres necesitados (...), no se de a lo que no lo son", según establece la misma ley[219].

El estatuto de los enfermos

[217] Novísima Recopilación, Título XXXIX, Ley II;

[218] Novísima Recopilación, Título XXXIX, Ley III;

[219] Novísima Recopilación, Título XXXIX, Ley III;

La ley, al referirse a aquellas personas "que verdaderamente no puedan trabajar", está haciendo mención a los enfermos y ancianos incapacitados para el trabajo. Y es importante resaltar que en cuanto a los primeros, las leyes vienen a considerar no sólo a aquellos cuyos padecimientos son crónicos, y definitivamente incapacitantes. Muy por el contrario, la ley prevé que los enfermos serán acreedores de la licencia para pedir limosna mientras dure su enfermedad y hasta el término de su recuperación. En efecto, dice la ley que "con licencia de la justicia [podrán] pedir limosna durante su enfermedad y convalecencia, por el tiempo que a la justicia pareciere, sin incurrir por ello en pena alguna." [220]

Queda de manifiesto, pues, la preocupación genérica por la situación de los enfermos, desde los albores mismos de la legislación española de pobres.

[220] Novísima recopilación, Título XXXIX, Ley V; Hu-
bo, por otra parte, por contraposición a la legislación
promocional, una legislación represiva de pobres. Así se
hizo por pragmática de Felipe II, del 7 de agosto de 1565,
por decreto de Carlos II, del 18 de agosto 1671 y 22 de
septiembre del mismo año. También se reiteró la orden de
expulsión de los mendigos extranjeros, por Carlos II en
1684. Decretos semejantes firmó el rey Carlos III en
noviembre de 1777, en febrero y marzo de 1778. Toda esta
legislación represiva de la mendicidad, fue superada por
las leyes de puro socorro a los pobres y enfermos. MARTINEZ
ALCUBILLA, Marcelo: Op. cit.; T° II, pp. 1505 y ss.;

3) Carlos III. La Diputación de Caridad y el Fondo Pío Beneficial

Hubo que esperar, sin embargo, hasta la formación del Estado moderno y la adopción de la administración como ciencia, con la Ilustración, para contar en España con una más orgánica legislación benéfica. En efecto, en el año 1778, el rey Carlos III ordena formar en Madrid una Diputación en cada uno de sus sesenta y cuatro barrios, "siendo el instituto y objeto de las Diputaciones caritativas de barrio el alivio y socorro interino de jornaleros pobres desocupados, y enfermos convalecientes." [221] Esta institución se aparta ya de la simple represión de la mendicidad, para asumir funciones específicamente de beneficencia. Nuevamente queda aquí patente la preocupación por los enfermos; aún por aquellos que padezcan una enfermedad transitoria.

Por fin, el propio rey Carlos III, por decreto del 11 de noviembre de 1783, crea el Fondo Pío Beneficial. Este fondo se formará con la percepción por la Corona de la tercera parte de las preposituras, canonicatos, prebendas,

[221] Está recogida en la Novísima Recopilación, Título XXXIX, Ley XXII, Art. 1º; MARTINEZ ALCUBILLA, Marcelo: Op. cit.; Tº II, p. 1509 y ss.;

canongías, dignidades y cualquier otro beneficio eclesiástico[222]. Para efectuar tal exacción, el monarca había recibido una expresa autorización, mediante breve del Papa Pío VI, del 14 de marzo de 1780. Lo recaudado se aplicaría a "fundar y dotar todo género de recogimientos o reclusorios para pobres, en que se comprehenden hospicios, casas de caridad o de misericordia, las de huérfanos, expósitos y otras semejantes." [223] Este es el antecedente más próximo de lo que luego, ya en el siglo XIX, sería la institución de la beneficencia.

III.- Inglaterra

1) Las poor law

Represión de la mendicidad

En Inglaterra, el más antiguo precedente de legislación relativa a los mendigos es un Acta de 1349, del rey Eduardo III, que prohibió, bajo pena de prisión, dar limosna a aquellos pobres que fueran aptos para el traba-

[222] Novísima Recopilación, Título XXV, Ley I; En MARTINEZ ALCUBILLA, Marcelo: Op. cit.; T° II, p. 850;

[223] Ibidem;

jo[224]. Mediante Acta de 1383, Ricardo II, invistió a los magistrados, jueces de paz y sheriffs de condados de autoridad para obligar a los vagabundos a observar buena conducta y para, caso contrario, hacerlos procesar ante las Audiencias Territoriales (Assizes). El mismo monarca estatuyó, mediante acta de 1388 que los mendigos que no podían trabajar debían retornar al lugar de su nacimiento. Casi un siglo después, en 1495, Enrique VII estableció nuevamente el castigo de los vagabundos, y su obligación de volver a sus distritos de origen[225]. Pero recién en 1501 el mismo rey ordenó a los jueces de paz que se ocuparan del cumplimiento de tal acta. A su vez, dio poder al Canciller del Reino (Lord Chancellor) y a los jueces ordinarios para que castigaran a aquellos jueces de paz que fueran negligentes en velar por la aplicación del acta de 1495.

Posteriormente, un Estatuto de 1531, firmado por Enrique VIII, se establecen diversas categorías de mendi-

[224] Ver GUTTON, Jean Pierre: La société et..., citado; p. 113;

[225] "Beggars Act of 1495", en TANNER, J. R.: Tudor Constitutional Documents A.D. 1485 - 1603, with an historical commentary, 2ª Edición, 3ª Reimpresión (1ª Edición, 1922), Cambridge University Press, Londres, 1951; pp. 473 - 474;

gos [226]. Por una parte, los hábiles para el trabajo, a quienes se prohíbe pedir limosna, y se obliga a volver a su sitio natal [227]. Por otra parte, los ancianos, y enfermos que pueden pedir limosna dentro del área que se les asigne, y que será de público conocimiento. Si pidiesen fuera de tal área, los jueces de paz los apresarán y mantendrán dos días y dos noches encerrados a pan y agua, y serán devueltos a lugar en donde autorizadamente pueden pedir.

Para A. Truyol es perceptible en esta legislación de pobres la inspiración de J.L. Vives y su obra De subventionione pauperum. [228]

Es importante en este mandato de 1531 el ya temprano reconocimiento de un estatuto especial para los enfermos, incapaces de trabajar. Esta será la orientación de

[226] "Beggars Act of 1531", en TANNER, J. R.: Op. cit.; pp. 475 - 479;

[227] La legislación represora es numerosa, dura, y llena de vaivenes. Eduardo VI, mediante Acta de 1547, ordenó que los que valiendo para el trabajo todavía mendigasen, serían marcados a fuego en el pecho, y reducidos a esclavitud por el término de dos años. Si, en estas condiciones, escaparan, ahora la marca sería en la mejilla, y la esclavitud sería perpetua. La muerte sería el castigo para una segunda fuga. Esta acta fue abolida en 1550 por el propio Eduardo VI.

[228] Ver TRUYOL y SERRA, Antonio: Historia de la filosofía del derecho y del Estado, Dos tomos, 3ª Edición revisada y aumentada (1ª Ed. 1975), Alianza Universidad - Textos N° 40, Alianza, Madrid, 1988; p. 30;

la legislación posterior. En el antiguo palacio real de Bridewell, se instaló, en la misma época, una casa de corrección para los mendigos. También se desarrollaron intentos de organización de la asistencia en Norwich, Ipswich, Lincoln y Cambridge[229].

Asistencia sanitaria a los enfermos pobres

Un Acta de 1536[230] , también de Enrique VIII, en algunos aspectos vino a fortalecer las leyes contra vagabundos y mendigos, fundamentalmente por la introducción de un nuevo principio: la responsabilidad de cada parroquia por el sostén de sus propios pobres. Para ello fue necesario mandar la recolección sistemática de limosna, cada domingo y día de fiesta religiosa[231]. El producido se apli-

[229] Ver GUTTON, Jean Pierre: La société et..., citado; p. 114;

[230] "Beggars Act of 1536", en TANNER, J. R.: Tudor Constitutional Documents..., citado; pp. 479 - 481;

[231] "IV. Item, It is ordained and enacted... that all and every the mayors, governors and head officers of every city, borough, and town corporate and the churchwardens or two others of every parish of this realm shall in good and charitable wise take such discreet and convenient order, by gathering and procuring of such charitable and voluntary alms of the good Christian people within the same with boxes every Sunday, Holy Day, and other Festival Day...". TANNER, J. R.: Op. cit.; p. 480;

caría a la asistencia de los inhábiles para el trabajo y ancianos.

Este documento introdujo nuevas consideraciones con respecto a los enfermos. Así, reconoce no sólo a los enfermos crónicos y graves, incapacitados permanentemente para el trabajo, sino también a aquellos cuyos padecimientos son leves y transitorios. (Diseased people, enfermos crónicos y más graves; sick people, personas con dolencias más leves y pasajeras.) [232] Y con respecto a todos ellos ordena no ya simplemente su manutención, sino también su alivio (relieve), esto es, ordena la asistencia sanitaria de los pobres enfermos [233].

2) Las leyes isabelinas. La poor rate

Más adelante, un acta de 1552, de Eduardo VI, vino a enfatizar los aspectos asistenciales de la legislación sobre vagabundos y pobres. Su objetivo era el incremento de los fondos destinados a la caridad pública, para

[232] Ibidem;

[233] Es preciso relacionar esta Acta de 1536 con la ley de disolución de los monasterios, y el consecuente cese de las limosnas y ayudas monásticas a los pobres. Y aunque no haya habido una única relación causa-efecto entre una y otra, sin dudas, la desaparición de los monasterios hizo más necesario contar con las Leyes de Pobres;

alivio de los pobres y enfermos. Para ello se debían elegir anualmente en cada pueblo o parroquia dos "Recolectores de limosna" (Collectors of Alms), cuya misión sería la colecta de la limosna y su distribución semanal entre los pobres debidamente registrados. Una novedad de la ley era que los obispos estaban autorizados para reclamar la limosna a los vecinos que se negasen a darla[234]. La primera ley isabelina, de 1563, significa un nuevo avance en materia asistencial. En ella se aplica por primera vez la compulsión en la recogida de fondos para la asistencia a los pobres. Quienes se negaran a dar la limosna, serían enviados ante el obispo, el cual los exhortaría a contribuir. Si no oyesen los pedidos del obispo, deberían comparecer ante los Jueces de Paz, y podrían ser enviados a prisión por ellos si todavía se negasen a dar la limosna.

Las leyes de pobres en Inglaterra alcanzan su grado culminante de desarrollo con el acta isabelina de 1601 que se mantuvo vigente, con muy pocos cambios hasta las reformas que siguieron a los trabajos de la Poor Law Commission, en el año 1834. Los principios de aquella ley están todos contenidos en el Acta de 1598, históricamente,

[234] TANNER, J. R.: Op. cit.; p. 471;

por lo tanto, de mayor importancia. En el acta de 1598[235], los problemas de financiación se subsanan mediante la institución de una contribución obligatoria para los pobres (poor rate). En el nuevo sistema establecido, los jueces de paz juegan un muy importante papel. Ellos eligen cada año durante la Semana Santa a los cuatro vecinos propietarios que serán los "Superintendentes de pobres" (Overseers of the poor) y supervisarán sus actuaciones. También recaudan la contribución para los pobres (poor rate), pudiendo, para conseguirlo, embargar y vender bienes a quienes se nieguen a colaborar[236], e incluso poner en prisión a los contumaces; dirimen las apelaciones en contra de la contribución, y establecen contribuciones en otras parroquias para sostenimiento de los pobres de la suya propia.

La asistencia a los enfermos

[235] "Poor Relief Act of 1598". Esta acta se complementa con una Ley de Mendigos (Beggars Act) del mismo año, en la cual quedaba completamente vedada la mendicidad, bajo severas penalidades. En TANNER, J. R.: Op. cit.; pp. 488 - 494;

[236] Ley de pobres de 1598, punto XII. En TANNER, J. R.: Op. cit.; p. 492;

Esta ley de pobres de 1598, reconfirmada mediante acta de 1601, contiene aspectos de gran interés. La ayuda a los pobres es considerada como una preocupación pública, organizada administrativamente. Como tal, es eminentemente laica, administrada por las parroquias a través de los superintendentes quienes son controlados por agentes del Estado, los jueces de paz. La carga de la ayuda a los pobres es soportada por todos, mediante tributación.

Las personas que recibirán ayuda se dividen en tres clases: niños, hábiles de cuerpo y enfermos. A los enfermos se los mantiene, y se alivian sus dolencias, a domicilio o en hospitales [237]. Se instituye, pues, en cierta manera, la asistencia a la salud, mediante las aportaciones obligatorias de todos los miembros -pudientes- de la sociedad.

3) El hospitalismo del siglo XVIII

[237] TANNER, J. R.: Op. cit.; p. 489; No obstante, debe recordarse que a finales del siglo XVI se extendió la idea de que los pobres debían permanecer separados de la sociedad. En aquellos años, y durante la siguiente centuria, la reclusión forzosa de los pobres sería la tesitura dominante. Ver GUTTON, Jean Pierre: La société et..., citado; p. 122;

Más adelante, ya en siglo XVIII, en Inglaterra se hace cada vez más fuerte la conciencia de la necesidad de asistencia médica para ciertos grupos de población. Sobre todo entre 1714 y 1760 se fundaron ambulatorios para pobres, así como hospitales generales para determinados grupos de pacientes en Londres y en otros lugares de la isla. Con todo, al estar la beneficencia organizada descentralizadamente, a través de las parroquias, la participación parlamentaria se refirió casi siempre a programas o proyectos ya en marcha, y se limitaba a darles apoyo[238]. Las primeras instituciones que prestaban asistencia médica, con el crecimiento del urbanismo, dejaron de ser suficientes para toda la población necesitada. Por esta razón se crearon una serie de hospitales, el primero de los cuales fue el Westminster Hospital (1719), seguido del Guy's Hospital (1724), el St. George Hospital (1733) y el London Hospital (1740) [239]. Por otra parte, la tarea de estos hospitales vino a ser complementada por la creación de ambulatorios

[238] Ver ROSEN, George: "La política económica y social en el desarrollo de la salud pública", en LESKY, Erna (compiladora): Medicina Social. Estudios y testimonios históricos, Col. "Textos Clásicos Españoles de la Salud Pública", Vol. Complementario N° 1, Traducción castellana e Introducción de José María López Piñero, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1984; p. 63;

[239] Ibidem;

para pobres, a partir de 1769, con el Dispensary for the Infant Poor, al que le siguió el General Dispensary, fundado en 1770, y toda una serie ininterrumpida, hasta un total de veintiocho, el último de ellos en 1789 [240].

IV.- Francia

1) La influencia de Vives

En Francia, el 3 de diciembre de 1525 los magistrados de Iprès publicaron un reglamento para el socorro de los pobres, en donde muchas de las ideas de Vives eran aplicadas. La facultad de Teología de la Sorbona aprobó el reglamento de Iprès el 16 de enero de 1531, y sus principales disposiciones fueron sancionadas por Carlos V en edicto del 7 de octubre de 1531.

Lovaina, Gante, Malinas, Bruselas y Amersfoort, entre otras ciudades de los Países Bajos, aprobaron después preceptos análogos. También se tomaron medidas de alivio a los pobres, inspiradas en la obra de Vives, en Mons, en 1525 y en Lille, 1527. En París, en 1544, se funda el "Grand Bureau des Pauvres", mantenido mediante impuestos.

[240] ROSEN, George: Op. cit.; p. 64;

En Lyon, en 1531, se crea una "Aumône Générale" para hacer frente a las necesidades de los pobres que afluían desde Bourgogne, Beaujolais, Bresse y Dauphiné. Esta institución, que en un principio tenía carácter provisorio, se convirtió en definitiva en el año 1534. La limosna general era soportada por medio de un impuesto que de hecho, si no de derecho, rápidamente resultó obligatorio. [241]

Pierre de Boisguilbert, en su Détail de la France, de 1695, obra considerada del siglo XVIII, afirma que la pobreza será notablemente reducida mediante la instauración de un impuesto proporcional a las rentas de cada individuo. Esta es también la idea que sostienen Vauban, en

[241] Ver **BONILLA y SAN MARTIN, Adolfo**: Luis Vives y la filosofía del Renacimiento, Memoria premiada por la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, Imp. del Asilo de Huérfanos del S.C. de Jesús, Madrid, 1903, 818 pp.; p. 506; Y **GUTTON, Jean Pierre**: La société et..., citado; p. 105; Por su parte, en Italia, Venecia inauguró la ayuda a los necesitados partir de 1540. En los Estados Pontificios se repite lo que será la norma de toda la Europa del siglo XVI: organización y control de la caridad para evitar las distribuciones desordenadas. El papa Pío V, el día de su coronación rompió con la tradición de arrojarse dinero [manchancha] para arrebatársela a la multitud congregada en la plaza. La suma fue, en cambio, distribuida entre los pobres y los conventos;

Dîme Royale (1707) y el abad de Saint Pierre en su Project de taille tarifée (1723) [242].

2) La asistencia sanitaria epidémica

La pobreza estaba instalada en la sociedad francesa del siglo XVIII no como un fenómeno marginal, sino plenamente integrada en ella. Cualquier familia cuya cabeza se hallara temporalmente enfermo o sin trabajo, prontamente se veía sumida en el hambre, las deudas y la miseria. En aquella sociedad se convivía con la miseria, y se vivía temiendo caer en la indigencia. Este riesgo era incluso muy alto en un porcentaje sustancial de la población urbana y rural. La característica sobresaliente de las mayorías era su vulnerabilidad. Cualquier acontecimiento, una temporada sin lluvias o un pleito entre terratenientes podía significar la miseria para miles de personas [243].

La beneficencia, el socorro de los pobres y enfermos, estaba durante el antiguo régimen en manos de los monjes, en su mayoría. Pero su ayuda pocas veces llegaba a

[242] Ver GUTTON, Jean Pierre: Op. cit.; pp. 135 y ss.;

[243] Ver FORREST, Alan: The French Revolution and the Poor, Basil Blackwell, Oxford, 1981; p. 3 y ss.;

los realmente más necesitados, pues monjes y menesterosos vivían en sus respectivos microclimas, ajenos a otra realidad que la propia. En la Francia del Antiguo Régimen, la asistencia gubernamental a los enfermos pobres no se verificaba sino en circunstancias extraordinarias, como epidemias, desastres meteorológicos u otras calamidades públicas. En tales circunstancias, el gobierno tomaba a su cargo la ayuda a los damnificados. Para los casos de epidemias, desde 1770 había ayuda médica gratuita, aportada por el gobierno[244].

3) La Revolución en ciernes. Los enfermos, obligación social y amenaza sanitaria

Los años anteriores a la Revolución vieron nacer una nueva aproximación a la pobreza y su asistencia. Mientras previamente habían sido cuestiones casi privativas de la Iglesia y sus instituciones, así como de la filantropía individual, ahora se extendió y fortaleció la idea de una cierta obligación social hacia los necesitados[245].

[244] Véase más abajo los capítulos correspondientes a "Sanidad";

[245] Ver Cabanis, más abajo;

Paralelamente, los pobres eran —según siendo— considerados como una fuente de peligros y de epidemias[246]. Incluso en 1764, Guillaume Le Trosne, en una obrita muy difundida e influyente, Mémoire sur les vagabonds et sur les mediants, editada en París, pintaba a los pobres, mendigos y vagabundos como casi una raza aparte, indisciplinada y peligrosa. Y por tales motivos pedía represión para los pobres, y la asistencia y reclusión para los enfermos.

La situación de los enfermos era, en esta época, penosa. O quedaban abandonados a su suerte, o bien eran reclusos en el hacinamiento del Hôtel Dieu. De este último puede leerse en la Enciclopedia la siguiente descripción:

(...) se nos presenta una larga fila de salas contiguas, en donde se hacinan enfermos de toda especie, y en donde se encuentran tres, cuatro, cinco y seis en un mismo lecho; los vivos junto a los moribundos y los muertos; el aire infectado de las exhalaciones de esta multitud de cuerpos (...) llevando de unos a otros los gérmenes pestilentes de sus enfermedades; y el espectáculo de

[246] Ver FORREST, Alan: Op. cit.; p. 17; También GUTTON, Jean Pierre: La société et..., citado; p. 93;

la agonía por los todas partes (...) [247]

[247] **ENCYCLOPÉDIE**, ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers, par une société de gens de lettres, Chez Samuel Faulche & Co., Neuchatel, 1765; T° XI, p. 319;

LA INSTITUCION DE LA BENEFICENCIA PUBLICA

I.- Las instituciones de la beneficencia. Sus manifestaciones

Todos estos institutos legales cuyos principales rasgos se acaban de repasar en España, Inglaterra y Francia, tendieron a desembocar, sobre todo en el siglo XIX, en una serie de instituciones análogas a las de las leyes de pobres, pero más estructuradas y, sobre todo, administrativamente centralizadas.

Las instituciones de beneficencia, sin embargo, con ser análogas no fueron idénticas en sus manifestaciones, fundamentos y caracteres. En cada uno de los tres países mencionados ellas fueron adoptando los matices propios de cada concepción nacional y receptando las lógicas influencias del pensamiento social y económico dominante. De esta manera, hay tres "beneficencias" claramente sesgadas en algún sentido: la española, la inglesa y la de francesa.

1) Beneficencia paternal, beneficencia utilitaria y beneficencia fraternal

La primera de ellas puede ser denominada "beneficencia pura", o "propiamente dicha"; también podría adjetivársela como "paternal". Para el caso de Inglaterra puede hablarse de "beneficencia utilitaria". Para Francia se ajusta bien la denominación de "beneficencia fraternal". Estas denominaciones propuestas son bien orientadoras en cuanto al cariz dominante de la beneficencia en cada uno de estos Estados.

II.- La institución de la Beneficencia en España. La beneficencia paternal

La beneficencia en España, inclusive aquella que, como se verá, se desarrolla legislativa e institucionalmente por el Estado, es una cuestión religiosa, o casi religiosa, análoga a la caridad individual; es el socorro de Vives, organizado y legislado, e inclusive tutelado y administrado, desde un Estado centralizado. En este sentido es "beneficencia pura", o "beneficencia propiamente dicha",

Pero, por otra parte, se constituye en el seno de un Estado moderno, de unas instituciones y, sobre todo, de una sociedad que mira piadosa y cristianamente a los pobres y enfermos. Desde un punto de vista secular, los enfermos y pobres puede decirse que, en este tipo de actitudes socia-

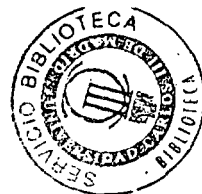
les, son objeto de la virtud de los ricos y, en escala mayor, del propio Estado. Esta ayuda al menesteroso como objeto, que no como sujeto, puede calificarse de vertical, en el sentido de una idea subyacente de superioridad de los pudientes con respecto a los necesitados. Es, en fin, la beneficencia paternal, en contraposición a aquella que surgió de la Revolución francesa, la beneficencia fraternal.

1) Las instituciones. Consideraciones generales

El siglo pasado llega con una España en la que sobraban establecimientos de beneficencia particular[248]. Su misión principal no era la asistencia de la salud, sino que era más general: desde recoger huérfanos y sostener viudas, a dar albergue a los peregrinos pobres, "cubrir el honor de las desgraciadas que sufrieron extravío"[249], e

[248] Para un listado cronológico de todas las instituciones de beneficencia, desde el año 1058 al 1852, ver **ARENAL, Concepción: La beneficencia, la filantropía y la caridad** (1860), Col. Obras Completas de Concepción Arenal, T° II, Librería de Victoriano Suárez, Madrid, 1927; pp. 21 - 28;

[249] Hermandad de Nuestra Señora de la Esperanza y Santo Celo. Ver **HERNANDEZ IGLESIAS, Fermín: La beneficencia en España** (Dos tomos), Establecimientos Tipográficos de Manuel Minuesa, Madrid, 1876; T° I, p. 22;



inclusive dotar doncellas huérfanas y pobres[250]. Igualmente se dedicaban a "aliviar la suerte de los presos"[251], y hasta a consolar a los reos de la pena capital[252]. Todo ello estrechamente ligado a la religión y como una buena forma de cumplir con el mandamiento de la caridad. No es aquí el momento de entrar en un análisis más profundo, pero es claro que este tipo de acciones caritativas sólo constituían un paliativo para la mala situación de algunos pocos pobres, sin cuestionar o tratar de reorientar el modelo que originaba la pobreza, la necesidad y la enfermedad.

La beneficencia era un privilegio de aquellos que deseaban y podían ejercitarla: era una manifestación de la autonomía de su voluntad. Era un acto permitido, pero que no generaba obligaciones en quienes la practicaban. Hasta aquí, la beneficencia particular, es decir aquella que es sostenida por la iniciativa privada o con asignaciones de procedencia particular.

[250] Asociación de Matrimonios Pobres, bajo la protección de María Santísima y San José. Ver **HERNANDEZ IGLESIAS, Fermín: Op. cit.**; p. 23;

[251] Asociación del Buen Pastor; Ibidem;

[252] Cofradía Paz y Caridad; Ibidem;

Por el contrario, cuando la beneficencia está dotada de fondos y valores de procedencia pública, se está ante la beneficencia pública. Es la llamada beneficencia obligatoria por alguna parte de la doctrina. Obligatoria en el sentido de producir deberes para los funcionarios adscritos a esa rama de la Administración. Es, pues, una institución del derecho administrativo. En España ella cobra fuerza con Carlos III, quien en 1783 encauza fondos a la beneficencia a través del Fondo Pío Beneficial, visto más arriba[253]. Según la legislación española del siglo pasado, la beneficencia quedaba clasificada de la siguiente manera[254]: Beneficencia privada, que era la excepción; y Beneficencia pública, que era la categoría general. A su vez esta comprendía Asociaciones e Instituciones. Estas últimas podían ser Patronatos y Establecimientos. Por su parte los establecimientos podían consistir en casas de maternidad, casas de expósitos, asilos de párvulos, casas de huérfanos y desamparados, casas de misericordia y hospicios, refugios y casas de socorro, hospitales de enfermos,

[253] Ver más arriba, pág. 307;

[254] Según Ley del 23 de enero de 1822, Ley del 20 de junio de 1849, Reglamento del 14 de mayo de 1852, Real Decreto del 6 de julio de 1853, e Instrucciones del 22 de abril de 1873 y del 27 de abril de 1875; Ver **HERNANDEZ IGLESIAS, Fermín**: La beneficencia en..., citado; pp. 139 y ss.;

hospitales de convalecientes, hospitales de impedidos y decrepitos y casas de dementes.

Como ya se ha visto el rey Carlos III, el 3 de febrero de 1785 establece en todos los barrios de Madrid las Diputaciones de Caridad, compuestas por "un Alcalde, un Eclesiástico y tres vecinos acomodados y celosos" [255]. A ellas se encomendó recoger y administrar la limosna. Esta disposición se hizo luego extensiva a todas las capitales de provincia, por Real Cédula del 3 de febrero de 1785. A partir de allí, la administración comienza a ocuparse de la beneficencia, llegando en 1822 a dictarse la primera Ley de Beneficencia.

2) Desarrollo legislativo

La Constitución de Cádiz

La Constitución de Cádiz de 1812 elevó la Beneficencia a una cuestión situada en la base misma de la organización jurídica de la sociedad. En efecto, ya en su ar-

[255] Novísima Recopilación, Ley XXII, Título XXXIX, Libro VII, Tomado de **ABELLA, Fermín: Tratado de Sanidad y Beneficencia**, 3ª Edición, notablemente refundida y aumentada, El Consultor de los Ayuntamientos y Juzgados Municipales, Madrid, 1885; p. 627;

título sexto declara la obligación de ser benéficos que todos tienen. Dice el texto:

El amor a la patria es una de las principales obligaciones de los españoles, y asimismo ser justos y benéficos. [256]

Sin duda alguna, en este punto se está refiriendo a la beneficencia en el sentido de la piedad cristiana, en un todo de acuerdo con la adopción de la religión católica como la confesión oficial, establecida en el artículo doce de la Constitución:

La religión de la Nación española es y será perpetuamente la católica, apostólica, romana, única verdadera. La nación la protege con leyes sabias y justas, y proscrib[e] el ejercicio de cualesquiera otras. [257]

[256] En **MARTINEZ ALCUBILLA, Marcelo**: Diccionario de la Administración Española. Compilación... etc., Quinta Edición, El Consultor de los Ayuntamientos, Madrid, 1892; T° III, p. 313;

[257] Ibidem; Sobre el principio de confesionalidad y unida[r] religiosa, y sus repercusiones, ver **FERNANDEZ SESGADO, Francisco**: Las constituciones históricas españolas (Un análisis histórico-jurídico), 4ª Edición, Civitas, Madrid, 1986; pp. 92 y ss; y también **SANCHEZ AGESTA, Luis**: Historia

Como consecuencia de lo antedicho, los legisladores de Cádiz, en el artículo trescientos veintiuno de la Constitución de 1812 dispusieron que la competencia legislativa materia de Beneficencia correspondería al Estado. Al mismo tiempo, pusieron los establecimientos de Beneficencia al cuidado de los ayuntamientos. Dice:

Art. 321: Están a cargo de los Ayuntamientos (...). Sexto: Cuidar de los hospitales, los hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de Beneficencia, bajo las reglas que se prescriban. [258]

La Ley General de Beneficencia de 1822. La asistencia a los enfermos

Sin embargo, a la vuelta de Fernando VII en 1814 quedaron anulados todos los actos de aquellas Cortes. En 1820 se restableció la Constitución y se sancionó, para

del constitucionalismo español (1808 - 1936), 4ª Edición (1ª edición, 1955), Col. "Estudios Políticos", Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1984; pp. 93 y ss;

[258] MARTINEZ ALCUBILLA, Marcelo: Diccionario de la..., citado; Tº III, p. 321;

desarrollar el mencionado artículo trescientos veintiuno, la Ley de Establecimiento General de la Beneficencia, en febrero de 1822.

Este precepto, además de disponer sobre el socorro de los pobres en general, dispone sobre la asistencia de los enfermos pobres. A ello dedica sus títulos VI y VII a la "Hospitalidad domiciliaria" y a la "Hospitalidad pública".

En cuanto a la primera, la norma dice, en su artículo noventa y ocho que en todos los pueblos de la Monarquía:

se establecerá la hospitalidad domiciliaria, limitándose en lo posible la curación de los enfermos en los hospitales a los que no tengan domicilio en el pueblo en en que enfermaren.

Con respecto a la hospitalidad pública, la ley ordena, en su artículo ciento cuatro que:

los enfermos que no pudiesen ser asistidos y curados en sus propias casas, lo serán en los hospitales públicos, que los habrá en todas las ca-

pitales de provincia y en todos los pueblos que Gobierno juzgue conveniente que los haya.

Por otra parte, la propia ley fija las condiciones generales que deberán cumplir los hospitales en cuanto a administración, organización, vigilancia sanitaria, etc.

Esta ley quedó anulada en 1823, pero, devuelto en 1836 el sistema constitucional, fue restablecida en septiembre de ese mismo año. A partir de allí se sucedieron varias leyes complementarias para desarrollar el precepto primitivo, con interesantes aportaciones y una minuciosa reglamentación que lleva a ver la importancia que adquirió esta institución sobre la segunda mitad del siglo pasado. En especial, resultan relevantes las cada vez más precisas consideraciones relativas a la asistencia de los enfermos en este marco institucional.

La ley General de Beneficencia de 1849

El 20 de junio de 1849 se dictó una nueva ley, la ley de Organización de la Beneficencia. Ella dispuso que, por principio general, los establecimientos de la Beneficencia serían públicos (Art. 1°). A su vez, dispone una nueva clasificación de dichos establecimientos, crea la

Junta General de Beneficencia, las Juntas Provinciales y las Juntas Municipales, estableciendo los cometidos de cada una de ellas.

Más adelante, en 1852 se dictó el reglamento que desarrolla esta ley, en donde vienen a precisarse las funciones de cada uno de los establecimientos. Cobra relevancia el hecho de que todas ellas se refieran, y siempre en primer lugar, a la asistencia de los enfermos. La asistencia sanitaria es, pues, la preocupación central de la institución de la Beneficencia. De esta manera, dice el artículo tercero:

Son establecimientos provinciales de Beneficencia todos aquellos que tienen por objeto el alivio de la humanidad doliente en enfermedades comunes (...).

Y agrega en el artículo siguiente: Son establecimientos municipales de Beneficencia los destinados a socorrer enfermedades accidentales (...)."

En la misma reglamentación, en un total de cien artículos, se determina la composición de las diversas juntas (Título II), la administración de la beneficencia (Título III), sus presupuestos y contabilidad (Título III,

Cap. III), lo que revela la magnitud de la Beneficencia como institución y, por ende, la envergadura de los institutos asistenciales para los enfermos.

El Real Decreto de 1875. La protectorado e inspección estatal de todas las formas de Beneficencia

Resulta evidente que en el marco del Estado español del siglo pasado la institución de la beneficencia cobró cada vez mayor trascendencia. De allí que mediante Real Decreto de 27 de abril de 1875 se pusiera toda la beneficencia, tanto la general cuanto la particular bajo el protectorado e inspección del Gobierno del Estado, con el nombre genérico de Beneficencia.

Es de interés, además de las consideraciones sobre el articulado de esta disposición, recoger la exposición de motivos, bien esclarecedora de las proporciones que había cobrado la Beneficencia y de la importancia que había adquirido para los fines del Estado. Es demostrativa también de las raíces filosóficas de la beneficencia, a saber, el obrar benéfico como virtud cristiana universal.

Dice la exposición de motivos, firmada por el ministro Francisco Romero y Robledo:

La Beneficencia particular tiene en España historia tan honrosa, como que puede decirse que nació al calor del sentimiento nacional, y recibió de él vida y desarrollo. Los altos dignatarios de la Iglesia, los herederos de los más ilustres nombres españoles, las Asociaciones populares, todo lo que fue aquí un día progresivamente mejorador, poderoso, patriótico, contribuyó a su origen. A medida que aquellos elementos de común grandeza fueron existiendo, fundáronse por ellos instituciones más o menos útiles, siempre loables, destinadas a remediar dolencias sociales, a proteger piadosos objetos o a enaltecer y perpetuar insignes memorias. De la gran España religiosa, guerrera, descubridora, artística, monárquica, resultó naturalmente una gran caridad nacional, un profundo amor al bien, un alto espíritu de protección al infortunio. La Beneficencia particular ha sido el reflejo de nuestra civilización.

Hoy es un vasto servicio que se roza con sagrados intereses, conserva gloriosas tradiciones, afecta a los más levantados impulsos del humano corazón,

entraña difíciles controversias y merece predilecto estudio de los estadistas. [259]

Más adelante, y tras exponer los peligros que conlleva la excesiva descentralización de la Beneficencia, afirma la conveniencia de unificar todos los servicios benéficos bajo el patronato e inspección gubernamental, exponiendo, entre otras, tres razones: el mejor control y aprovechamiento de los fondos benéficiales, la mayor capacidad para incentivar la caridad y el aumento de fondos para nuevas y mejores realizaciones.

Así -dice- la Beneficencia particular vendrá en obligado auxilio de la pública, y especialmente de la general (...) y nunca podrá distraerse de su sagrado destino la hacienda del pobre y del enfermo. Así también, la Beneficencia pública se organizará (...) más en armonía con la vigente ley [las de 1822 y 1849], y de una manera más apropiada para despertar la caridad (...). Y así, por último, se aumentarán los recursos y los auxilios de la Beneficencia, habrá dilatado campo

[259] MARTINEZ ALCUBILLA, Marcelo: Op. cit.; T° II, p. 52 - 53;

para ulteriores y extensas reformas, y la administración de esta ramo será ilustrada, rápida y enérgica. [260]

3) La Beneficencia en la doctrina jurídica del siglo XIX

Definiciones

Para comprender la significación de la Beneficencia como institución del siglo XIX, es bueno comenzar por una definición aportada por Antonio Balbín de Unquera, especialista español de aquel entonces:

Por beneficencia entendemos aquella comunicación o acción entre los individuos, ya de una misma, ya de diferentes nacionalidades, productora de favores que o bien se añaden al estado acomodado de las personas o bien ejercen especialmente sobre el individuo inválido o necesitado, bien la

[260] Ibidem;

ejerzan los mismos particulares, bien el Estado. [261]

A su vez, ella puede ser privada o pública. Así, según el mismo autor:

Entendemos por caridad privada la que se ejercita por los particulares ya aislados, ya reunidos en asociaciones debidamente autorizadas. Entendemos por beneficencia pública la que se ejercita por el gobierno y sus delegados de grado en grado en toda la escala jerárquica de la administración, es la caridad accesible al gobierno. [262]

La beneficencia pública, por su parte, es definida por Concepción Arenal diciendo que "la beneficencia [pú-

[261] **BALBIN de UNQUERA, Antonio:** Reseña histórica y teoría de la beneficencia (Memoria premiada por la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas en el concurso de 1860), Madrid, 1862; Este mismo autor se refiere a los fundamentos de la beneficencia: "Que como no hay deberes sin derechos ni derechos sin deberes, es preciso al implorar la beneficencia tener como dicen los jurisconsultos causa próxima y remota [o bien] título y modo, título o causa remota la necesidad; segundo, causa próxima o modo, la imposibilidad de remediarse a sí mismo el necesitado, a fin de no ser gravoso a la sociedad ni a nadie;" Op. cit.; p. 13;

[262] **BALBIN de UNQUERA, Antonio:** Op. cit.; p. 207;

blica] es la compasión oficial, que ampara al desvalido por un sentimiento de orden y de justicia." [263] También se la ha definido, esta vez por Colmeiro, diciendo que "la beneficencia pública no es sino (...) la caridad ejercida en su más lata esfera, derramando sus tesoros a expensas y en nombre del Estado." [264]

Caracterización

En la concepción del siglo XIX, la beneficencia es una cuestión religiosa, o casi religiosa. En ella el gobierno ó el Estado se interesan con el propósito piadoso de aunar voluntades y medios en el ejercicio de la caridad, para superar las metas realizadas por la caridad individual. Para Hernández Iglesias, la beneficencia pública sólo debe atender cuando falten los socorros particulares. Ello puede ocurrir por las dimensiones del objetivo a satisfacer, y por sus complicaciones, o bien cuando los socorros particulares están dispersos o mal dirigidos. En un caso, el Estado llenará un vacío. En el segundo hará eficaces

[263] ARENAL, Concepción: La beneficencia..., citado; p. 33;

[264] COLMEIRO, Manuel: Derecho administrativo español, (Dos tomos) 2ª Edición, Librerías de D. Angel Calleja, Madrid, 1858; p. 451;

unos recursos que, de no mediar su intervención, resultarían infecundos.

Fundamento

El fundamento de la beneficencia pública está en el deber moral de beneficencia que posee la sociedad, análogo al deber de caridad de los individuos. "Donde las necesidades sean escasas --dice Hernández Iglesias-- y la caridad ardiente, bastará la beneficencia particular, y, por el contrario será insuficiente en donde ocurran las circunstancias contrarias." [265]

El Estado cumplirá con este deber moral social, aunque siempre dentro de los límites de la posibilidad material de cumplirlo, "y de no lastimar los derechos perfectos de los asociados." [266] Aquí puede verse que la beneficencia es una institución que no se adentra en el ámbito de

[265] **HERNANDEZ IGLESIAS, Fermín:** La beneficencia en..., citado; p. 133; Por el contrario, curiosamente, para Balbín de Unquera, lo primario es la beneficencia pública, y la beneficencia privada sólo tiene por misión elevar el límite superior que alcance aquella: "la caridad privada (...) es el suplemento de la beneficencia pública y se halla coronando esta función o servicio administrativo." **BALBIN de UNQUERA, Antonio:** Reseña histórica y..., citado; p. 211;

[266] **HERNANDEZ IGLESIAS, Fermín:** Op. cit.; p. 134;

la redistribución. Ejerce acción cuidándose de no reorientar los derechos de los que poseen, en favor de los desposeídos. No se trata de consagrar derechos. Se trata de permitir el ejercicio de una potestad material; de organizar la caridad de la manera más eficiente posible, aunando medios y esfuerzos merced al poder de coerción estatal.

4) Un enfoque tradicional: Colmeiro

Beneficencia paternal

Para Colmeiro la Beneficencia pública es "la caridad ejercida en su más lata esfera, derramando sus tesoros a expensas y en nombre del Estado," como se acaba de ver.

Existen, para este autor, dos clases de personas: válidas e inválidas. La administración auxiliará con sus socorros a estas últimas, "expuestas a sufrir los horrores de la miseria (...) dispensándoles los dones y los consuelos de la caridad social." [267] Estas personas desvalidas, recibirán, pues, el "paternal cuidado" [268] del Gobierno.

[267] COLMEIRO, Manuel: Derecho administrativo español, citado; p. 450;

[268] Ibidem; p. 450; (sin subrayar en el original);

Fundamento

Para fundamentar la presencia de la beneficencia pública, Colmeiro se basa en la existencia de deberes morales de la sociedad, análogos a los de los individuos. Por lo tanto, si existe una caridad privada, nada puede impedir que exista también una caridad pública. Y con mayor razón, si el ejercicio de ésta puede contribuir al mantenimiento de la paz, el orden y la salud social.

Más aún: hay un deber del Estado de velar por su propia conservación, lo que consigue mediante la conservación de sus miembros. Estos intereses generales no pueden ser confiados únicamente a la caridad privada, "porque siendo sus dones espontáneos, la suerte de los indigentes sería tan precaria, como eventuales e inciertos los socorros particulares." [269] Y el deber de ejercicio de la caridad pública crece con el adelanto y el progreso, dado que estos traen aparejado un aumento en el desnivel de las condiciones materiales de los miembros de la sociedad. Traen también un aumento de la riqueza pública, que suministra abundantes medios como para cumplir con la caridad.

[269] COLMEIRO, Manuel: Op. cit.; 451 - 452;

En la disponibilidad de recursos públicos encuentra Colmeiro otra buena razón para la instauración de la beneficencia pública, dado que "cuando lo superfluo abunda para nosotros bien podemos proveer a los demás con de lo necesario." [270] En este autor se deja ver también una preocupación en ciernes por las desigualdades sociales a las que el Estado liberal da origen. Y cree que estas desigualdades deben ser atendidas por el propio Estado: "sobre el Estado pesa la obligación de poner remedio a los males parciales que él mismo causa". [271] Caso contrario, "tanta crueldad sería entregar el Gobierno las víctimas de la civilización a su destino, como abandonar un capitán vencedor a sus heridos en el campo de batalla." [272]

Un derecho natural

La motivación normativa de la beneficencia la encuentra este autor en los principios del derecho natural, que determinan una obligación por parte de aquellos tienen

[270] Ibidem; En esta frase, y por su contexto, se refiere sin dudas al Estado, no a los miembros ricos de la sociedad, como podría parecer;

[271] Ibidem;

[272] Ibidem;

en abundancia hacia los desposeídos. Pero esta obligación no significa un derecho pleno por parte de los menesterosos, quienes no tienen acción alguna para demandar su cumplimiento. De allí que el término obligación resulte excesivo. Se trataría simplemente de un deber moral de cumplimiento potestativo. La beneficencia particular sería un privilegio de las clases acomodadas. La beneficencia pública, un privilegio del Estado. En efecto, para Colmeiro:

Del infortunio nace un derecho moral [273] a la asistencia del Gobierno; pero no un derecho civil ni un derecho político, sino una obligación fundada en la equidad, proclamada por la naturaleza y santificada por el Evangelio. (...) Son preceptos de orden moral o religioso que las constituciones políticas no consagran ni las leyes civiles establecen, ni desenvuelven los reglamentos administrativos, pues el legislador solamente

[273] Aquí más que nunca "derecho moral" es sinónimo de "derecho natural referido al caso concreto"; Ver **PECES-BARBA MARTINEZ, Gregorio**: "Sobre el puesto de la Historia en el concepto de los derechos fundamentales", en Anuario de Derechos Humanos, N° 4 "Homenaje a Joaquín Ruiz Jiménez", Universidad Complutense de Madrid, Instituto de Derechos Humanos, Madrid, 1986-87; pp. 219 - 258;

considera y desarrolla los principio de estricta justicia. [274]

Y concluye la caracterización:

La caridad social no es, en suma, el derecho de requerir auxilio, de exigir una prestación determinada, ejercitando el individuo una acción contra el Estado para obtener tal asistencia; es una esperanza legítima de alivio, un título de protección respetable a los ojos del Gobierno: no vemos en ella la reclamación de una deuda, sino la demanda de un beneficio. [275]

En la construcción de Colmeiro, el Estado sólo es deudor de la obligación de asegurar "el libre ejercicio de los derechos absolutos, y sin violar la conciencia y sin destruir la libertad." Este sería el "principio de estricta justicia". Por otra parte, advierte de los peligros que supondría dotar a la beneficencia pública de estatus diferente:

[274] COLMEIRO, Manuel: Derecho administrativo español, citado; p. 453;

[275] COLMEIRO, Manuel: Op. cit.; p. 455 - 456;

Convertir el sentimiento de la caridad en un deber estricto, transformar el precepto de conciencia en deuda del Estado, equivale a reconocer el derecho del pobre al impuesto íntegro, a toda la renta, al capital mismo y a proclamar en suma la abolición de la propiedad. [276]

Y siguiendo este razonamiento, sin propiedad, no se concibe la existencia de la sociedad misma; y sin sociedad no se concibe la existencia del hombre. Otorgar un rango superior a la beneficencia sería, por lo tanto, la destrucción social y humana. En suma, "el proclamar falsos derechos es poner en evidente peligro los verdaderos." [277]

Contenidos

En este autor, la Beneficencia alcanza a todos los indigentes en su infortunio. Así, entre sus actividades se contará la asistencia a los enfermos pobres, y constituirá ésta una de sus principales ocupaciones.

[276] COLMEIRO, Manuel: Op. cit.; p. 453;

[277] COLMEIRO, Manuel: Op. cit.; p. 455;

Sin embargo, como "no se trata de la reclamación de una deuda", su amplitud será siempre incierta, y sin la fijeza y exactitud propias del cumplimiento de una obligación perfecta; pero es ilustrativo ver cuáles serían en él las acciones siquiera deseadas.

Ante todo, y como regla general, ellas deben guardar correspondencia con la intensidad y la extensión de cada infortunio. Por lo demás, tres son las áreas en las que fundamentalmente debería manifestarse la beneficencia: "apoyo a la infancia abandonada, enseñanza a la frágil juventud, amparo a la vejez desvalida, y al enfermo pobre o socorros domésticos o una hospitalidad común." [278] Con relación al quantum de estas acciones benéficas, afirma Colmeiro que intentar esclarecerlo sería un esfuerzo inútil; "cuanto más adelantaremos en estas cuestiones, tanto más se hallará nuestra razón envuelta en las tinieblas de la incertidumbre." [279]

5) Un enfoque progresista: Posada

[278] COLMEIRO, Manuel: Op. cit.; p. 456;

[279] Ibidem;

Entre Colmeiro y un autor progresista como el profesor de derecho político y administrativo de Oviedo, Adolfo González Posada y Biesca [280], hay algunas diferencias de matiz con relación a la doctrina jurídica sobre la beneficencia. En efecto, al referirse a la Beneficencia A. Posada dirá que "el Estado contemporáneo (...) procura a veces cumplir aquellos fines sociales que, aun cuando no son derecho, nadie como él puede cumplirlos." [281]

Es decir, que el Estado no tiene una obligación exigible en cuanto a la satisfacción de las pretensiones asistenciales de las personas. No obstante, puede cubrir-las, si los gobernantes lo juzgan prudente. Esto último es para Posada una obligación de los gobernantes, dado que el derecho debe elaborarse no solamente a partir de intereses

[280] Casi nunca se hace referencia a él por su nombre completo, ni siquiera en sus propias obras, sino por la forma abreviada de "Adolfo Posada". Aquí se sigue esta última; Para un estudio biográfico sobre Posada, su papel en la Institución Libre de Enseñanza y el Instituto de Reformas Sociales, sus posiciones intelectuales y un completo listado de su producción bibliográfica, ver LAPORTA, Francisco J.: A. Posada: Política y sociología en la crisis del liberalismo español, Cuadernos Para el Diálogo, Madrid, 1974; sobre las posiciones pedagógicas de Posada, ver POSADA, Adolfo: Política y enseñanza, Biblioteca Científico Filosófica, Daniel Jano, Madrid, 1904;

[281] POSADA, Adolfo: La administración política y la administración social. Exposición crítica de la teoría y legislación administrativas, Col. Derecho Administrativo, La España Moderna, Madrid, 1895 (?): pp. 419 - 420;

a proteger, sino también "por los estímulos del deber y del amor." [282] Este autor defenderá que el Estado no puede permanecer indiferente ante "la situación angustiosa de los que (...) se hallan imposibilitados de valerse por sí mismos, a causa de la edad, ya por razón de defecto físico, ya, en fin, por enfermedad." [283] En fin, pues, Posada piensa que el Estado debería actuar asistencialmente...

(...) porque no puede concebirse la función de éste desprovista del calor amoroso que la realización del bien supone, y, además, concibiendo la caridad como debe concebirse, como un deber, es una obligación ineludible, el Estado, o de su representación oficial, como cualquiera otra persona habrá de sentir los estímulos de ese deber y de esa obligación, y al sentirla habrá de acudir con sus medios a cumplir como es preciso que cumpla. [284]

[282] POSADA, Adolfo: "El derecho y la cuestión social", en MENGER, Antonio: El derecho civil y los pobres, tr. Adolfo Posada, Librería Gral. de Victoriano Suárez, Madrid, 1898, pp. 5 - 67; p. 55; Esta es, por otra parte, la idea general de todo el trabajo citado;

[283] POSADA, Adolfo: La administración política..., citado; p. 452;

[284] Ibidem;

El deber a que se refiere este autor es al que poco después llamaría "deber social", entendiendo por él "la reacción de la conciencia individual y colectiva de los hombres" ante "la contemplación del sufrimiento, del dolor físico y moral (...)" [285] Deber social que "implica el supuesto de la fraternidad universal, de la dignificación de los humildes y de la necesidad de la acción." [286] Deber, en fin, cuyo móvil íntimo para Posada es el amor, cuya expresión es la solidaridad, en virtud de la cual "se mueve la voluntad en el sentido de las prestaciones positivas." [287] Deben advertirse, pues, los nuevos matices que este autor introduce, como la idea de solidaridad y la de prestaciones positivas, conceptos situados filosóficamente en el ámbito del socialismo, aun cuando no son estrictamente recogidos por este autor en su doctrina jurídica sobre la beneficencia. Así, por lo tanto, el rango de aquella "obligación ineludible", de aquel "deber social", resulta todavía puramente moral. No hay nada en el derecho que pueda obligar al Estado o a sus representantes a prestar asis-

[285] POSADA, Adolfo: Socialismo y reforma social, Est. Tip. Ricardo Fe, Madrid, 1904, p. 114;

[286] POSADA, Adolfo: Op. cit., p. 117;

[287] POSADA, Adolfo: Op. cit., p. 119;

tencia a los individuos enfermos. El sesgo continúa, aunque con interesantes matices, siendo paternal.

6) Significación de la beneficencia paternal

Como queda visto, esta beneficencia paternal española es vista como la expresión colectiva y pública de los sentimientos cristianos de todos: "De la gran España religiosa (...) resultó naturalmente la gran caridad nacional", decía el ministro Romero y Robledo. La beneficencia es reputada como la caridad en una escala tal que la convierte en "la caridad accesible al gobierno," o "la caridad ejercida en nombre del Estado." Es, en fin, vista como "el Estado asumiendo los estímulos de la caridad, para que su función no esté desprovista del calor amoroso que la realización del bien supone."

Ahora bien, no es solamente un obrar piadoso o la sumatoria de la piedad de todos. Es mucho más. Vista desde la posición del necesitado, es una pretensión moral, una exigencia ética a ser satisfecha. No es el derecho de requerir auxilio, pero es, sí, como repite toda la doctrina citada, la esperanza legítima, el derecho moral de recibirlo, un título de protección respetable y a respetar, la demanda, en fin, de un beneficio.

Que el Estado asuma la organización y el patronato de la beneficencia significa, dentro del análisis que aquí se viene haciendo, el reconocimiento por el propio Estado de que existe una pretensión moral de recibir asistencia sanitaria. Más aún, es reconocer que la pretensión moral de recibir asistencia sanitaria genera un deber asistencial.

De allí a generar un derecho habrá un enorme paso cualitativo. Este paso ya se lo ve intuído en las palabras de Colmeiro: "Convertir el sentimiento de la caridad en un deber estricto, transformar el precepto de conciencia en deuda del Estado, equivale a reconocer el derecho del pobre..." [288] Es muy sugerente que el autor, por oponerse, pone de manifiesto la posibilidad de producir, mediante la imposición al Estado de deberes de prestación, un cambio auténtico en el orden establecido. Se comprende, pues, la importancia de la institución de la Beneficencia pública como momento singular del reconocimiento de que aquellos que necesitan asistencia en la enfermedad poseen un título siquiera moral para reclamarla. Más aún, cuando mediante la beneficencia se crea la institución encargada de responder a tales expectativas.

[288] COLMEIRO, Manuel: Derecho administrativo español, citado; p. 453;

III.- Las instituciones Inglesas: la beneficencia utilitaria[289]

Las leyes de isabelinas de pobres resultaron, con la creciente industrialización, obsoletas. Debieron ser modificadas antes de promediar el siglo XIX. En las reformas adoptadas hay dos capítulos bien diferentes: uno referido al tratamiento dado a los pobres en general, y el otro dedicado a la asistencia a los enfermos pobres. El segundo de ellos es el que aquí más interés presenta, sin perjuicio de referirse al primero, a fin de determinar más completamente el contexto general. En materia asistencial, se llega, durante el pasado siglo, a casi un esbozo de sistema sanitario. Este es un proceso que se comienza a gestar a partir de la reforma de las leyes de pobres, de 1834, y que comprenderá hasta la adopción de medidas asistenciales en 1870. En la gestación de ambas se halla Edwin Chadwick,

[289] Para una descripción detallada de todas las instituciones de beneficencia en Inglaterra, ver la obrita de S. Olózaga, sobre sus impresiones durante su exilio en Londres. **OLOZAGA, Salustiano: De la beneficencia en Inglaterra y en España**, Informe a la Academia de Ciencias Morales y Políticas, Imprenta Nacional, Madrid, 1864;

"ardiente filósofo radical, y discípulo favorito de Jeremy Bentham", en palabras de G. Rosen[290].

1) Antecedentes y proyectos

Con el crecimiento industrial y las mutaciones en la producción agrícola producidos en Inglaterra durante la segunda mitad del siglo XVII, cambiaron el ritmo y el carácter de la vida económica de la isla. Ante estos cambios en la esfera económica afectaron, claro está, la estructura social de aquel país, e hicieron surgir nuevos posicionamientos ante los problemas de la vida colectiva, y los nuevos modelos de producción. Por otra parte, se tomó una renovada conciencia de las consecuencias sociales de la enfermedad, por parte de comerciantes, médicos, clérigos[291].

En efecto, con el crecimiento industrial de la Inglaterra del siglo XVII se comenzó a considerar que la

[290] ROSEN, George: "Política económica y social en el desarrollo de la salud pública: Intento de interpretación", en LESKY, Erna (compiladora): Medicina Social: Estudios y testimonios históricos, Col. Textos Clásicos Españoles de la Salud Pública, Vol. Complementario N° 1, tr. e Introducción de José María López Piñero, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1984; p. 69;

[291] Ver ROSEN, George: Op. cit.; p. 65;

producción era una cuestión de capital importancia dentro del proceso económico y la fuerza laboral, dentro de ella, un elemento esencial. En este sentido, cualquier disminución de la capacidad laboral debida a enfermedades podía convertirse en un significativo problema económico. En este contexto, dice Rosen, "se elaboraron numerosos proyectos acerca de dichos problemas (...) y varios particulares comenzaron a estudiar las formas de actuación social en cuestiones sanitarias, incluida la asistencia médica." [292]

2) La reforma de las Poor Law

A principios del siglo XIX y, a pesar de las medidas paliativas que se habían tomado, la situación de los trabajadores pobres en cuanto a los problemas sociales, económicos y sanitarios seguía sin resolverse. Por el contrario, se acrecentaron por los cambios ocurridos en la agricultura y en la industria a finales del siglo XVIII. Por esta causa, resultó patente lo inadecuado de las antiguas leyes de pobres, basadas en el asentamiento, en el control de las migraciones y, por ende, de la fuerza de

[292] ROSEN, George: Op. cit.; p. 55; (sin subrayar en el original);

trabajo[293]. El antiguo sistema contribuía a conservar una reserva laboral en el campo e impedir que se trasladara a las ciudades. Por su parte, los dirigentes del nuevo industrialismo, que a finales del siglo XVIII había cobrado gran impulso, consideraban las poor law como un estorbo para el mercado laboral dinámico en el que les favorecía operar. La industria reclamaba un mercado laboral abierto al libre juego de la oferta y la demanda.

El principio de menor elegibilidad

Sin embargo, las reformas introducidas por Lord Althorp mediante el Acta de Reforma de 1832 y la Enmienda de 1834 (Reform Act y Poor Law Amendment Act) [294] recogían las ideas de los radicales, para ese entonces muy influenciados por Joseph Priesley, para quien lo mejor era dejar a los individuos librados a su suerte, dado que, para él, las ayudas indiscriminadas sólo aumentaban la pereza. Y, en

[293] Ver REDLICH, E. y H. Hirst: A History of Local Government, Dos volúmenes, Burgess, Londres, 1978; T° I, pp. 204 y ss.;

[294] Aunque para algunos autores la verdadera reforma tuvo lugar merced a las enmiendas de las décadas de 1860 y 1870; Ver ROSE, Michael E.: The Crisis of Poor Relief in England, 1860 - 1890, Croom Helm London, Londres, 1984; p. 50 - 70;