

CURAR Y CUIDAR



CURAR Y CUIDAR

VÍNCULOS TERAPÉUTICOS EN LA BAJA EDAD MEDIA

MONTSERRAT CABRÉ I PAIRET
FERNANDO SALMÓN MUÑIZ



**levanta
fuego**

Primera edición: septiembre de 2021

Autores: Montserrat Cabré i Pairet
y Fernando Salmón Muñiz

El artículo «Como una madre, como una hija»
ha sido cedido por la editorial Cátedra,
que conserva los derechos sobre él.

Diseño, corrección y maquetación:
Levanta Fuego
www.levantafuego.com

ISBN: 978-84-09-30961-0

Depósito legal: M-23693-2021

Imagen de cubierta: *Santa Isabel cuida de un leproso*,
Eslovaquia, finales del siglo XV.

Imagen de solapa: *Betsabé en el baño*,
Hans Memlin, h. 1433-1494.

Índice

Introducción	9
«Como una madre, como una hija». Las mujeres y los cuidados de salud en la Baja Edad Media	17
<i>Montserrat Cabré i Pairet</i>	
Poder académico vs. autoridad femenina. La Facultad de Medicina de París contra Jacoba Félicie (1322)	49
<i>Montserrat Cabré i Pairet y Fernando Salmón Muñiz</i>	
El médico como terapia en la medicina medieval.....	77
<i>Fernando Salmón Muñiz</i>	
Bibliografía	113



Introducción



Desde comienzos de siglo, la publicidad de prestigiosos institutos de investigación biomédica y grandes compañías farmacéuticas nos viene anunciando la aparición de un nuevo modelo de atención a la salud: la medicina personalizada. Un modelo que, uniendo los avances en genética humana al análisis de Big Data, promete que la medicina podrá, por fin, ocuparse de las necesidades del paciente de manera individualizada. En palabras de Francis Collins, actual director de los Institutos de Salud estadounidenses y, en el momento de escribir lo que citamos a continuación, director del Instituto Nacional de Investigación sobre Genómica Humana:

La medicina personalizada es una oportunidad fantástica para cambiar el enfoque de «una talla única para todos» en el diagnóstico, en el tratamiento con medicamentos y en la prevención, y convertirlo en un enfoque individualizado. Todos somos parecidos, por supuesto, pero también somos diferentes. Y la idea de que la medicina debe aplicarse ignorando esas diferencias no puede ser más correcta que ir a la zapatería y comprar cualquier par de zapatos viejos sin comprobar el tamaño. La genómica está jugando un pa-

pel muy importante en el surgimiento de la medicina personalizada, porque nos proporciona una ventana molecular muy específica de las diferencias entre nosotros y nos da la oportunidad de hacer predicciones individuales sobre el riesgo de enfermedad, lo que puede permitir crear un plan de prevención adecuado para cada persona. En algunos casos también permite escoger el medicamento correcto, en la dosis correcta, para la persona adecuada, en lugar del actual enfoque de la «talla única» en la terapia médica. Y, en última instancia, no es difícil ver que cualquier área de la medicina se verá afectada según vayamos aprendiendo más sobre el individuo. Además, a medida que muchos de nosotros obtengamos la secuencia de nuestro genoma completo, que formará parte de nuestros registros médicos, este tipo de enfoque personalizado se verá potenciado. Todavía hay mucho trabajo por hacer, pero esta es quizá la mayor revolución en la medicina en mucho tiempo.¹

Dejando de lado lo raro que resulta ir a una zapatería a comprar cualquier par de zapatos que encontremos y, además, usados, hay algo inverso en calificar como «personalizado» a lo que no interpela a una persona en singular, sino a un ejemplar tipo con el que la persona concreta que sufre y demanda ayuda comparte algunas características biológicas, fundamentalmente genéticas.

1. Francis S. Collins, «Medicina personalizada», National Human Genome Research Institute <<https://www.genome.gov/es/genetics-glossary/Medicina-personalizada>>.

Sin duda, este acercamiento está permitiendo que, en algunos casos, se ofrezcan tratamientos más eficaces sobre dianas terapéuticas más precisas, pero, como sucedió con la medicina basada en la evidencia, ambos modelos muestran sus limitaciones a la hora de abordar la enfermedad en quien la sufre en primera persona. Lo que sufre no es solo la realidad biológica que nos constituye y, además, no lo es nunca en un vacío histórico, social, cultural y biográfico porque, como seres humanos, *bios* y *zoe* no nos conforman como dos realidades superpuestas separables sino como un híbrido interdependiente. Y es a esta realidad a la que la medicina tiene que dar respuesta desde la atención puesta en la cura, pero también en el cuidado de quien, al estar enfermo, lo está siempre de una manera única.

Cuidado y cura, entretreídos en un contínuum que se muestra sin fisuras, vertebran los tres artículos que presentamos a continuación desde el espacio doméstico, la práctica no regulada y la enseñanza académica de la medicina en la Baja Edad Media.

Puede parecer extraño elegir la Edad Media como marco cronológico para reflexionar sobre la unión íntima de las tareas del cuidado con las de la cura. Hay una larga tradición que ha colocado las representaciones y los relatos más extravagantes

sobre la brutalidad y el sufrimiento humano en ese momento histórico. Y es que, a pesar de que la Europa del siglo xx ha sido víctima y verdugo de las mayores atrocidades cometidas contra la humanidad, seguimos alimentando el pensamiento tranquilizador de que la barbarie pertenece a otros pueblos o a otros tiempos históricos, y aquí la Edad Media se lleva la palma del martirio. Este bagaje de leyenda fantástica y de realidad histórica ofrece, sin embargo, la ventaja de que, partiendo del prejuicio como extrañamiento, pensemos en la posibilidad de otras formas de cuidar y de curar. Otros modos de entender la salud y de gestionarla que emergen, en esa distancia, con una claridad no enturbiada por la objetivación, la tecnificación, la burocratización ni la normativización legislativa que caracterizan hoy a la biomedicina. Y otras formas, también, de entender el cuerpo de los hombres y de las mujeres, como las que compartieron las tres culturas medievales de la cuenca mediterránea: la islámica, la judía y la cristiana. Lógicamente hubo especificidades locales, cronológicas y distintos grados de complejidad según el sexo y el nivel social y cultural de los individuos, pero lo que se conoció como «humoralismo» dominó la manera de entender y atender el cuerpo propio y ajeno. Se trataba de un modelo corporal integrado donde no había separación entre lo fisi-

co y lo psíquico y donde las distintas partes que componían la economía corporal estaban, tanto en salud como en enfermedad, en continua interacción dinámica, entre ellas y con todo aquello que rodeaba al individuo. El humoralismo como base para la teoría —más o menos explícita— y la práctica de los distintos recursos disponibles de atención a la salud —regulados institucionalmente o no— fue capaz de acoger y moldear al tiempo la experiencia corporal, estableciéndose una relación muy cercana entre la experiencia sensorial vivida por la persona que requería asistencia y la ayuda y explicación de quien la ofrecía. En este modelo fenomenológico de atención a los problemas de salud y al mantenimiento de la vida, la relación entre un *yo* que interpela a un *tú* sufriente fue básica, reflejando así lo que intuitivamente sabemos y callamos: que el vínculo básico del cuidado es un vínculo terapéutico.

De manera paulatina, a partir del siglo XIX, el experimento sustituyó a la experiencia y a la voz de quien siente y sufre en primera persona, posibilitando que la cura se desgajase del cuidado y marginando a este último. Los tres trabajos que presentamos a continuación nos muestran que otros modelos fueron posibles y, lejos de creer que ilustran arcadias felices, nos gustaría que ayudasen a pensar crítica y creativamente sobre distintas

formas de acoger la vulnerabilidad intrínseca de la vida humana y que ponen en juego no solo el cuerpo de quien padece, sino también el de quien acompaña de cerca esa experiencia para aliviarla, o lo que es lo mismo, para humanizarla.

Los dos primeros capítulos «“Como una madre, como una hija”». Las mujeres y los cuidados de salud en la Baja Edad Media» y «Poder académico vs. autoridad femenina: la Facultad de Medicina de París contra Jacoba Félicie (1322)» se reproducen en su versión original; el tercero, «El médico como terapia en la medicina medieval», es una versión abreviada en castellano del original en inglés. Se ha optado por reducir el aparato crítico a las fuentes utilizadas. A final del libro se ofrece la bibliografía secundaria correspondiente. Las personas interesadas podrán consultar los textos latinos y el detalle del aparato crítico en las publicaciones originales.

Este libro se ha realizado en el marco del proyecto *Hermenéutica del cuerpo visible: conceptualizaciones y prácticas en la medicina medieval de tradición latina* (PID 2019-107671GB-I00/AEI/10.13039/501100011033).

MONTSERRAT CABRÉ I PAIRET
Y FERNANDO SALMÓN MUÑIZ

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA



Como una madre, como una hija

Las mujeres y los cuidados
de salud en la Baja Edad Media

Montserrat Cabré i Pairet



Artículo publicado originalmente en: Isabel Morant (dir.), *Historia de las mujeres en España y América Latina, I. De la Prehistoria a la Edad Media*, Madrid, Cátedra, 2005, pp. 537-657.

No ignoras que cuando alguien está sano o enfermo,
ellas, [las mujeres], le atienden con mayor diligencia,
y mejor, y más limpiamente que los hombres.

BERNAT METGE

Este reconocimiento a las cualidades de las mujeres como cuidadoras lo escribió Bernat Metge en su obra *Lo somni* entre 1398 y 1399. Como hijo de boticario (*especier*), sabía bien a qué tipo de clientela surtía su padre de hierbas, de especias y también de medicamentos compuestos. Metge conocía de primera mano las formas de vida de las personas económicamente poderosas, aquellas que tienen capacidad para acceder a las atenciones sanitarias más valoradas. Él fue secretario de la reina Violante de Bar y, por ello, no solo participó en la vida de la corte catalanoaragonesa, sino que en ella observó muy de cerca las actividades de las mujeres. De su afirmación, destaca que no adjetive simplemente lo que hacen sus coetáneas, sino que lo evalúe y lo contraste con lo que hacen los varones: una comparación de la que salen muy airosas las mujeres. La atención al cuerpo en salud y en enfermedad, esa atención que requiere la

satisfacción de la necesidad singular, es una esfera que las mujeres señorean.

Bernat Metge presenta su apreciación como una creencia común y compartida, algo que todo el mundo sabe. Las cualidades de las mujeres como cuidadoras aparecen como algo obvio e indudable cuando se miden y se comparan con las exhibidas por los varones. En su discurso hay un componente retórico y un elemento irónico. Metge está debatiendo con Tiresias, un interlocutor imaginario que previamente le había expresado sus opiniones acerca de las mujeres en una diatriba abiertamente hostil hacia ellas. La afirmación de Bernat Metge da por sentado que el personaje con quien dialoga no ignora algo que nunca ha mencionado, habiendo manifestado justamente todo lo contrario: la maldad de las mujeres y los efectos perniciosos que estas podían tener sobre los hombres. En un ejercicio de retórica sutil, Metge le recuerda lo que sabe pero no dice. Con ironía, asegura no dudar que su interlocutor sabe bien lo que oculta y es que, si reconociera abiertamente esas habilidades femeninas, el discurso misógino que defiende se volvería insostenible.

A pesar de la contundencia de testimonios como este, si buscamos en los libros de historia de la medicina medieval, encontramos una pequeñísima presencia de mujeres. Un poco a la manera

de Tiresias, la historiografía de la medicina no ha desmentido la calidad de los cuidados ofrecidos por las mujeres ni ha negado explícitamente la imagen de un sistema de salud medieval mantenido básicamente por las actividades realizadas por ellas. Al fin y al cabo, la antropología ha mostrado cómo hoy día, en las sociedades occidentales altamente medicalizadas, la mayor parte de los cuidados para el mantenimiento de la salud y para curar o aliviar la enfermedad tienen lugar en espacios sociales no regulados como espacios médicos y no reconocidos como espacios de curación; y ha mostrado también cómo esas actividades de cuidado y atención a la salud y a la enfermedad son fundamentalmente desarrolladas por mujeres. Razonable parece, pues, pensar que estas prácticas de mujeres fueron significativas en una sociedad como la medieval, donde los niveles de acceso y de disponibilidad de recursos sanitarios regulados eran muy inferiores que en la nuestra. No obstante, sin negar lo que sabía, la historiografía de la medicina medieval reproducía la paradoja señalada por Bernat Metge, ignorando en su discurso las actividades de las mujeres. Y cuando algo se ignora es difícil de documentar.

Tradicionalmente, la historia de la medicina medieval ha estado dominada por el análisis de la organización de un sistema médico nuevo y de

gran alcance histórico, puesto que de él se derivan las bases organizativas del actual modelo médico occidental, un sistema basado en el escolasticismo y en una organización institucionalizada de la educación y de la práctica médica de la que fueron excluidas las mujeres hasta las últimas décadas del siglo XIX. Si el objeto prioritario de la historiografía eran los contenidos teóricos desarrollados por la medicina escolástica, es decir, los textos producidos por las facultades de medicina medievales, durante los últimos veinte años se ha venido trabajando sobre los ritmos y los modos de implantación de ese modelo y sobre los aspectos más sociales de este nuevo sistema. Como resultado, se dibuja una Edad Media europea en la que conviven y colaboran una gran variedad de recursos de curación y donde a los médicos universitarios los acompañan una rica variedad de agentes de salud. Sin embargo, en este escenario ampliado y más plural, el papel de las mujeres sigue siendo muy pequeño si se compara con el de los varones.

El foco de la mirada, menos centrada ahora en el médico universitario, sigue siendo, sin embargo, una categoría ocupacional: un apelativo que en las fuentes nos identifica a una persona como dedicada a la práctica sanitaria. En la Baja Edad Media, estas designaciones se resisten a nombrar las actividades sanadoras de las mujeres; si confiamos

en estas categorías sin cuestionarlas, la presencia documentada de mujeres en la historia de las prácticas sanitarias va a seguir siendo muy pequeña. Y ello, incluso, para el territorio de la matronería medieval, a pesar de que sabemos que era, en la Edad Media, un espacio femenino por excelencia. Pero las atenciones sanitarias que proporcionaban las matronas, que incluían la vigilancia del puerperio y la asistencia neonatal, no siempre se individualizan fácilmente en las fuentes, al revés de lo que sucede con los médicos universitarios que, en ocasiones, atendieron a las reinas durante sus embarazos y partos, al menos como supervisores de los cuidados médicos. Este arte de la matronería, básicamente de transmisión oral entre mujeres, se publicó en lenguas maternas en las primeras prensas europeas y algunos de esos manuales fueron escritos por las propias matronas. Para los reinos hispánicos no conocemos ejemplos de esa escritura y la autoridad de sus saberes está mediada por los textos de cirujanos y médicos, quienes recogieron por escrito sus conocimientos.

Para la historia de las mujeres es ineludible afrontar esta paradoja si queremos documentar con precisión, no con grandes afirmaciones sin sustancia, la intensidad y la significación de los cuidados de salud por parte de las mujeres. En mi opinión, hacerlo para la Baja Edad Media impli-

ca, en primer lugar, reconocer cómo las mujeres emergen solo en la medida en que su actividad se regula y/o se reconoce como apropiada o impropia por parte de las instituciones políticas, religiosas o sanitarias. Y, en segundo lugar, supone reconocer cómo aquello que sobresale es una minimísima parte de las actividades desarrolladas por las mujeres, porque la forma que toman sus prácticas no se visibiliza ni se nombra con el lenguaje ni con las categorías que el nuevo sistema médico pone en marcha.

LAS ACTIVIDADES SANADORAS DE LAS MUJERES

En las fuentes peninsulares, las mujeres dedicadas a las actividades sanitarias pueden documentarse fundamentalmente en cuatro contextos diferentes: las sanadoras autorizadas a practicar bajo determinadas condiciones; las acusadas de utilizar métodos diagnósticos y curativos que resultaban inquietantes para la Iglesia; las mujeres contratadas por personas o instituciones para llevar a cabo atenciones sanitarias específicas, normalmente durante un periodo de tiempo delimitado; y, finalmente, las requeridas por las cortes para aportar datos en la valoración de casos judiciales. A pesar de que no disponemos de suficientes investigacio-