

ASCLEPIO

ARCHIVO IBEROAMERICANO DE
HISTORIA DE LA MEDICINA Y
ANTROPOLOGIA MEDICA



INSTITUTO "ARNAU DE VILANOVA", DE HISTORIA DE LA MEDICINA
CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTIFICAS

MADRID

VOL. XXXVI

MCMLXXXIV

EL HOSPITAL PUBLICO COMO CENTRO DE FORMACION CIENTIFICA. KARL WILHELM STARK (1787-1845) Y SU IDEA DE UN HOSPITAL DOCENTE EN EL AÑO 1839. PRETENSIONES Y REALIDAD

Axel Bauer

Dedicado al Prof. Dr. med. Dr. phil. Heinrich Schipperges por su 65 aniversario (17 de marzo de 1983)

1. INTRODUCCION

La *Approbationsordnung für Ärzte (A.O.)*, ordenanza de estudios y de exámenes para los médicos, en vigor en la República Federal de Alemania desde 1970, ha modificado en gran parte la formación de éstos; queda ahora fuera de toda discusión si ha sido para mejorarla, como esperaban en su día sus creadores, o si ha sido para empeorarla de forma catastrófica, como mantienen sus críticos. De cualquier modo, esta reforma ha traído consigo un cúmulo de innovaciones, entre las que los exámenes escritos según el procedimiento de selección de respuesta (*multiple choice system*) podrían considerarse como la creación más espectacular de los planificadores.

Pero la *A.O.* también produjo modificaciones en la formación práctica de los estudiantes; si antes de 1970 existía el llamado «período de asistente médico» a continuación del estudio universitario de 5 años y medio, ahora la fase de formación clínica bajo el nombre de «año de prácticas» —se integra dentro de los estudios universitarios como sexto año y se sitúa por tanto antes del examen de licenciatura. Durante ese año los estudiantes pasan respectivamente 16 semanas en Medicina Interna, Cirugía y otra asignatura a elección. El § 3, apartado 2, de la *A.O.* dice lapidariamente: «La formación... se realizará en los hospitales de la Universidad o en otros hospitales asociados con la Universidad, de conformidad con los Organismos Sanitarios correspondientes.»¹

Fuera de la terminología jurídica se ha ido formando el concepto de «Hospital docente» (*Akademisches Lehrkrankenhaus*) para referirse a esos «otros hospitales clínicos», que en el argot de los estudiantes se abrevia para llamarlos ALK (HD).

Mucho había y mucho hay que criticar en la implantación de los hospitales docentes y en el año de prácticas, pero sería erróneo suponer, sobre la base de errores y confusiones lingüísticas, que haya caído del cielo una institución completamente nueva, de la noche a la mañana, que se trate del huevo de Colón o hasta del caballo de Troya. En el fondo, esta «reforma» significa más continuidad que cambio, es más tradición que revolución, y quizás suponga también una regresión en vez de un progreso. A veces, unos propósitos de mejora de muy buenas intenciones pueden no ser otra cosa que recursos al armario apollillado de la historia de anteayer, aunque sus inventores no sea conscientes de ello.

La medicina de finales del siglo xx tiene sus raíces en el siglo xix; en aquella época que cimentó y dogmatizó una imagen del mundo puramente científica y positivista, en un período de increíbles avances y progresos científicos y técnicos, cuyos aspectos positivos y también negativos tuvieron plena efectividad también en la medicina. Con este cambio en la forma de pensar, partiendo del arte de curar especulativo-empírico de la Antigüedad y del Medioevo hasta la medicina como técnica curativa y ciencia natural aplicada, aparecieron también cambios en el ejercicio, en la práctica de la profesión médica. En aquellos días, en torno al año 1800, llegó la hora del «nacimiento de la clínica», como lo formula Foucault². No hace aún doscientos años que el desarrollo de la medicina científica está aparentemente unido, de forma indisoluble, a la institución de la clínica; en este

hecho se funda el razonamiento teórico y práctico para que el futuro médico no reciba su formación exclusivamente en la Universidad, la *Universitas magistrorum et discipulorum*, sino también y sobre todo en la clínica, donde debe adquirir experiencia práctica mediante la confrontación directa con el paciente, por así decir, «tercer protagonista en esa formación».

De seguro no es errónea la suposición de que precisamente esa fase de práctica en la formación del médico tiene una importancia primordial en cuanto a su saber y su actuar, pero también en cuanto al modo de pensar y a la actitud del joven médico; cosa que confirman las investigaciones médico-sociológicas³. Por todas estas razones podría resultar interesante volver sobre la dimensión histórica de la formación práctica en hospitales. La siguiente contribución trata de hacerlo como un ejemplo, y para ello hemos de dar un gran salto al pasado para llegar a aquellos días en los que se producía en la medicina ese primer cambio de paradigmas antes mencionado, allá por el año 1840, en los años de infancia de las clínicas.

2. NOTAS BIOGRAFICAS SOBRE KARL WILHELM STARK (1787-1845)

Ante nosotros tenemos el *Plan zur innern Einrichtung und Verwaltung einer öffentlichen Krankenanstalt, vom ärztlichen Standpunkte aus entworfen* (*Plan para la organización interna y la dirección de un establecimiento sanitario público, desarrollado desde el punto de vista médico*), redactado en el año 1839 por el profesor de medicina de Jena Karl Wilhelm Stark. Stark es considerado comúnmente como el principal representante de la «escuela histórico-natural» (*Naturhistorische Schule*), una corriente médica de gran influencia en el tercer y cuarto decenio del siglo XIX y que representa el nexo de unión entre el período romántico y de la *Naturphilosophie* por un lado y el positivismo científico posterior a 1850 por el otro. Las características peculiares de la escuela histórico-natural fueron destacadas recientemente por Bleker, aunque precisamente esta autora niega la pertenencia de Stark a la misma. No vamos a discutir aquí los pros y los contras de esta clasificación; tampoco vamos a debatir la teoría de la enfermedad profesada por Stark. Es generalmente conocido que representaba una nosología fuertemente ontológica-parasitaria, que describió y razonó en detalle en sus dos obras principales, los

Pathologischen Fragmenten (1824/25) y la *Allgemeine Pathologie oder Allgemeine Naturlehre der Krankheit* (1838).

Pero aquí no vamos a hablar de estos escritos teóricos, sino que queremos centrarnos en la actividad práctica del clínico Stark. Nacido en Jena en 1787, Stark fue profesor ordinario de la Facultad de Medicina de la Universidad de Jena desde 1826; y ya antes, a partir de 1815, había dictado cursos sobre enciclopedia de la medicina, patología general y terapia, oftalmología, cirugía general y medicina forense. En 1836 se produjo su nombramiento de Consejero de la Corte y finalmente, en 1838, a la muerte de su primo Johann Christian Stark (1769-1837), fue su sucesor como codirector del Hospital Nacional médico-quirúrgico de Jena, de la clínica, del manicomio y de la Maternidad, conjuntamente con Wilhelm Karl Friedrich Suchow (1770-1848). Este cargo lo siguió desempeñando Stark hasta su muerte en el año 1845.

3. EXPOSICION DEL «PLAN» DE STARK DEL AÑO 1839

En la portada del *Plan para la organización interna y la dirección de un establecimiento sanitario público*, de Stark, se enumeran los cargos y honores del autor: «Consejero de Corte del Gran Ducado de Sajonia-Weimar, Caballero de la Orden del Halcón del Gran Ducado de Sajonia, médico de cámara, profesor de medicina, codirector del Hospital Nacional, así como de la clínica permanente ambulante del Gran Ducado, Físico ordinario de la Ciudad y Administración de Jena, asesor de la Compañía Mineralógica de Jena, miembro correspondiente de la Sociedad médico-quirúrgica, así como de la de Medicina de Berlín, miembro de la Sociedad de Ciencias naturales y médicas de Heidelberg»; un hombre, en definitiva, que a sus 52 años había llegado al cénit de su carrera, de su éxito profesional y de su prestigio social. En las notas previas a su plan, que abarca 66 páginas, declara el autor que los principios básicos del plan los había concebido hace más de 15 años; a la «actual publicación impresa... me decidió mi reciente nombramiento de codirector del... Hospital Nacional y de la clínica... a él vinculada. Como tal, creo deber a las autoridades superiores, que me han honrado con su confianza, así como al público, una prueba de mi capacidad para este puesto y también un esbozo de las ideas que me

guiarán en la administración»⁴. Dice que el proyecto es el resultado de sus experiencias, recogidas en «los excelentes hospitales de Alemania, Francia, Italia, Holanda e Inglaterra»⁵. Con ello se alude a los viajes de estudios de Stark a través de toda Europa, que realizó tras finalizar sus estudios, entre 1811 y 1815. Destaca que este plan se ha elaborado «desde la alta perspectiva de la ciencia»⁶ y que, por tanto, no se ocupa de los esquemas arquitectónicos del edificio mismo; la temática se centra en las estructuras internas, «en el cuerpo mismo, según cuyas necesidades debe cortarse la ropa, es decir, el edificio y sus dependencias»⁷. Pero también en la descripción de las estructuras internas pretende Stark limitarse al punto de vista médico, de modo que sólo se toquen de soslayo los aspectos administrativos y económicos.

Esto en cuanto al programa y los fines de esta pequeña obra. Precisamente porque Stark pretende hablar con la autoridad de un científico, y eso en un asunto referido a la práctica, como lo es la organización de un establecimiento sanitario, este escrito es especialmente notable, pues nos lleva al nexo de unión entre teoría y práctica. En un examen crítico habría que cuestionarse si Stark, en verdad, presenta relaciones estrictamente científicas entre su teoría de la enfermedad y la organización del hospital, es decir, si deduce de forma lógica una de la otra, o si la estructura de la clínica obedece a leyes y obligaciones propias, immanentes al sistema y que no tienen explicación científica. Podría realizarse una sugestiva comparación, al preguntarse qué tipo de exigencias, en principio iguales o diferentes, plantea la actual medicina del año 1983 al hospital.

Formalmente, el trabajo se estructura en dos apartados, según corresponde a los «fines de un hospital público» expuestos en la introducción, es decir:

I. Sobre la organización interna y la dirección de un hospital como *institución sanitaria*, y

II. Sobre la organización interna y la dirección de un hospital como *institución de formación científica*.

3.1. *El hospital como institución sanitaria*

En más de 50 páginas describe el autor sus ideas sobre las tareas de un hospital como institución asistencial. En un primer apartado expone de

forma muy detallada el tratamiento de los enfermos desde un punto de vista asistencial e higiénico. Da gran importancia a la ordenada distribución y separación de los pacientes por sexo, procedimientos de terapia, tipo de enfermedad y su desarrollo, así como también según la situación económica de los enfermos. Diferencia entre pacientes de «no pago», de «pago parcial» y de «pago total de sus costes de manutención», recibiendo estas dos últimas clasificaciones... «las habitaciones más acogedoras de la casa, mejores camas y ropa de cama más fina, etc. Para los pacientJs de pago de clase superior deben disponerse habitaciones especiales, adecuadamente amuebladas y pintadas, junto a un gabinete y enfermeros propios. Los pacientes de clases inferiores recibirán habitaciones compartidas por 3 ó 4 y su manutención»⁸.

Otros capítulos se ocupan de la descripción detallada de las camas, la indumentaria y la ropa blanca de los pacientes; no falta la recomendación de que los colchones de los «ricos deben estar rellenos de crin de caballo» y los de los «pobres con crin vegetal», «pues debido a su precio económico permite cambios más frecuentes»⁹. Siguen exposiciones sobre las condiciones adecuadas de luz, ventilación y temperatura en las habitaciones de los enfermos, incluyendo directrices exactas para la construcción y forma de las estufas. Con igual cuidado de detalle se habla a continuación de la alimentación y excreciones de los enfermos y finalmente ofrece Stark consejos sobre el trato psicológico del paciente, sobre la regulación del horario de visitas y sobre la confrontación con la muerte.

La segunda sección del primer apartado trata del «cuidado y tratamiento médico de los enfermos». Vamos a citar únicamente los títulos: «Sobre el personal médico y sus obligaciones.» «Del medico de hospital, sus obligaciones, características y derechos.» «Del médicc auxiliar o asistente.» «De los practicantes.» «De los enfermeros.» «De los medios curativos, en el amplio sentido de la palabra, de que dispone un médico.» «De la dirección médica de un hospital.» «De la admisión de enfermos.» «De las visitas a enfermos.» «Del alta.»

3.2. *El hospital como institución de formación científica*

Es impresionante la precisión en la exposición de todos los puntos mencionados, pero aquí nos interesa más el el segundo apartado, que ocupa

las últimas 14 páginas del opúsculo, bajo el título «Sobre la organización interna y la dirección de establecimientos sanitarios públicos como instituciones de formación científica».

La bipartición del escrito se corresponde con la doble función que Stark asigna al hospital; ya en la introducción se dice:

Un hospital público es una institución estatal. Como tal ha de servir a los intereses del Estado.

Pero la finalidad última del Estado es procurar el bienestar espiritual y físico de sus ciudadanos. Por tanto, un hospital público debe tratar de realizar igualmente esta doble tarea del Estado. Si es una institución, en la cual los miembros del Estado que carecen de medios, tienen la posibilidad de recuperar de la forma más rápida y eficaz su salud perdida, se cumple entonces la primera de esas tareas: proveer el bienestar físico de los ciudadanos. La otra parte de las mismas, el fomento del perfeccionamiento espiritual de los mismos, indiscutiblemente sólo podrá lograrse de una forma adecuada a su misión principal, ofreciendo los medios para el desarrollo y la formación espiritual de los jóvenes médicos y de la medicina como ciencia. Un hospital público debe ser, por tanto, al mismo tiempo, una institución de salud y una institución de formación científica; sólo así corresponderá plenamente a las finalidades del Estado¹⁰.

Lo que de estas frases choca a un lector actual es su orientación a la finalidad del Estado, la *ratio status* como directriz para una institución que nosotros solemos contemplar más bien como un lugar de humanidad orientada hacia el individuo. Pues aunque Stark define el bienestar del ciudadano como la verdadera finalidad del Estado, esto no puede identificarse de modo alguno con la *salus privata*; queda claramente marcada la orientación hacia la *salus publica* y con ello se indican las raíces de la concepción de Stark, arraigadas en el absolutismo ilustrado del siglo XVIII. Según este modelo, el hospital sigue ligado al conjunto de instituciones estatales y eso en su doble función de institución de terapia y de formación. Esto es consecuencia necesaria de la interpretación del hospital como un microcosmos dentro del macrocosmos estatal, como una imagen reducida de las funciones estatales, entendiéndose como tales la provisión del bien-

tar físico y espiritual de los ciudadanos. Ninguna clínica universitaria actual podría cumplir al mismo tiempo con ambas exigencias, ni un hospital orientado exclusivamente hacia fines curativos, ni una institución dedicada únicamente a la investigación experimental; ese tipo de instituciones son como estructuras desequilibradas según los postulados de Stark.

Por otro lado, Stark subdivide ahora la tarea científica del hospital en dos funciones complementarias entre sí, a saber: 1) la formación de jóvenes médicos, y 2) lo que él denomina «medios de fomento y perfeccionamiento de la medicina como ciencia»; bajo este concepto habría que entender los comienzos de la investigación clínica-experimental. Lo primero sería lo que él llama la dimensión objetiva; lo segundo, la dimensión subjetiva.

Primero desarrolla sus ideas sobre el hospital como institución formativa; sólo en este contexto emplea Stark la expresión de «clínica», siguiendo así los usos lingüísticos de la época. Según él define: «La instalación preparada dentro de un hospital para la formación práctica de médicos jóvenes se llama clínica, clínica permanente.»¹¹ En contraste con la terminología actual, clínica no se refiere a todo el hospital, sino sólo a la parte destinada a la formación médica, justamente el actual «hospital docente».

«La clínica sirve a la formación práctica de médicos jóvenes. Debe inducirles a actuar en forma médica, enseñarles la aplicación real en concreto, junto a la cama del enfermo, de los conocimientos abstractos teórico-prácticos anteriormente adquiridos.»¹²

Compárese esto con el pasaje correspondiente de las Ordenanzas de Aprobación del año 1970, § 3, apartado 4, que dice:

«Durante el período de formación según el párrafo 1, centrado en la formación junto a la cama del enfermo, el estudiante deberá profundizar y ampliar los conocimientos y capacidades médicas, adquiridas durante su estudio anterior. Debe aprender a aplicarlas individualmente a cada caso de enfermedad.»¹³

Si no se supiera que median 130 años entre ambos textos, uno estaría tentado a suponer que se trata de dos formulaciones distintas del mismo proyecto. Si por otro lado se valoran correctamente los conocimientos históricos de los políticos dedicados a la salud, se llega a la conclusión de que éstos de seguro no han copiado nada de Stark. Por muy interesantes que se mantienen las semejanzas, tanto más lo son, empero, los matices. Lo que ha quedado son las palabras clave «cama del enfermo», «formación», «conocimientos adquiridos», también ha quedado la palabra mágica «apli-

cación». Pero ahora ya empiezan los matices. Con Stark la aplicación de los conocimientos se realiza ante el *enfermo* individual; en la Ordenanza de Aprobación se habla de cada *caso de enfermedad*. Entre estas dos variaciones hay algo más que un verbalismo filosófico; tenemos ante nuestros ojos una pieza de mosaico del proceso que se ha ido desarrollando en ese intervalo de tiempo: la eliminación del sujeto en la medicina.

Y hay otra cosa que llama la atención: Con Stark se habla de «inducirles a actuar de forma médica» y «enseñar», mientras que la Ordenanza de Aprobación se refiere a «profundizar y ampliar conocimientos y capacidades» o bien a «aprender». La importancia ha pasado de la enseñanza al aprendizaje. El estudiante actual no tiene ya ningún modelo, ninguna personalidad con talante docente (en todo caso, un preparador), la tradicional relación entre *magister et discipulus* se ha ido destruyendo en favor de un *curriculum* operacionalizado, orientado hacia los fines del estudio.

Pero antes de caer en el peligro de una idealización de los «buenos viejos tiempos», vamos a seguir con sentido crítico las exposiciones de Stark. La ventaja de una clínica permanente frente a una ambulante radicaría en que «allí el alumno tiene al enfermo constantemente a la vista, puede así observar el transcurso completo de la enfermedad y puede valorar correctamente el proceso curativo, al ser dueño y testigo de todas las influencias que actúan sobre el enfermo»¹⁴. La clínica ambulante es más adecuada para el estudiante adelantado, pues «le introduce en la vida práctica, le hace conocer a tiempo las dificultades y los obstáculos de una cura racional y le enriquece con muy variadas experiencias y observaciones»¹⁵.

¿En qué radica entonces lo especial de un hospital docente? Para adelantar la respuesta: en la elección, selección y preparación didáctica del material de enseñanza. Pues precisamente al principiante en medicina

no le es indiferente cuántos y qué tipos de enfermos puede ver y tratar. Puesto que para él todo es nuevo, su mirada inexperta sólo es capaz de registrar unos pocos aspectos, su mente aun no entrenada no puede repartir su atención entre muchos enfermos a la vez, para observarlos de forma completa. Las clases clínicas deben limitarse, por tanto, a un determinado número de enfermos. Los clínicos más expertos recomiendan un número promedio de doce a

veinte enfermos. Pero para concentrar ahora la atención de los estudiantes únicamente en ellos, no deben estar mezclados con muchos otros enfermos, sino que deben... estar reunidos en un solo local. Esta habitación deberá ser relativamente más espaciosa, iluminada y ventilada que el resto de las salas de enfermos, puesto que con la constante presencia de un número crecido de individuos jóvenes el aire se viciará antes y habrá problemas de espacio. También las camas deben estar más separadas de lo normal en otras salas, para que los oyentes puedan acercarse con comodidad y observar todo en detalle... Sólo deben... admitirse casos de enfermedad adecuados a las clases y ajustados a los conocimientos de los alumnos. Puesto que no todo enfermo ofrece estas características, sería bueno que el profesor clínico dispusiera de un hospital... almacén (*sic.*), de donde elegir los sujetos adecuados para las clases¹⁶.

Así queda establecida y patentizada la relación entre hospital y clínica: El hospital funciona como «almacén», como depósito de casos de enfermedad, de donde el clínico podrá seleccionar los casos didácticamente adecuados. Así se combinan dos ventajas:

1. El hospital es la reserva, donde siempre hay disponible un número suficiente de objetos de demostración.
2. La presentación de casos no se realiza de forma inespecífica, sino de forma selectiva. El clínico podrá efectuar una selección entre la multitud de pacientes. La clínica desempeña por tanto una función de filtro que Stark cifra en un 1:10, es decir, que para una clínica de 20 camas debería haber aproximadamente 200 pacientes en el hospital.

Y, ¿cómo se configuran las clases? Primeramente habría que diferenciar dos grupos de estudiantes, los oyentes y los practicantes. Los oyentes son principiantes que sólo miran, mientras que los practicantes ya actúan por sí mismos ante el paciente¹⁷.

Las clases se estructuran en exploración clínica y tratamiento del enfermo. Después de las clases teóricas sobre técnicas de exploración, el profesor clínico se ve ante la tarea de enseñar «al alumno también en la práctica el tan difícil arte del interrogatorio ante la cama del enfermo»¹⁸, debiendo limitarse este juego de preguntas y respuestas a un mínimo, para no

despertar la desconfianza del enfermo o debilitarle. Por otro lado, Stark concede gran importancia a la comunicación no verbal, «... pues el médico ha de servirse más de todos los demás sentidos como medios de exploración y no tanto del órgano de la voz»¹⁹. El sentido más importante es, sin duda alguna, la vista (la cita 16 lo demuestra bien) y por lo tanto el ojo clínico que empieza a desarrollarse en y con las clínicas, para llegar a convertirse en el transcurso del siglo XIX en *el* instrumento dominante del diagnóstico médico. El peligro de que la comunicación no verbal pudiera convertirse en un callejón sin salida, en el que el médico, atento únicamente al descifrado de los signos visibles en el paciente, marchara por así decirlo sin tráfico en contra, ya flota en el ambiente, al escribir Stark casi en tono de disculpa: «Para ejercitar... el ojo clínico del principiante... es necesario que se admitan en la clínica hasta enfermos incurables, sólo para ejercitar el diagnóstico (*sic.*)»²⁰ El enfermo se convierte *de facto* en un objeto de demostración, es degradado a puro medio didáctico. Es digno de mencionarse que Stark podía exponer este hecho de forma claramente programática allá por el año 1839, cosa imposible para un clínico del año 1983, aunque sólo sea por el hecho de que para él, *per definitionem*, no pueden existir pacientes imposibles para la terapia, en todo caso refractarios a ella.

Contemplemos ahora el desarrollo de una visita docente con Stark: «Cada uno de los practicantes examina por orden a un enfermo, mientras que el profesor controla las preguntas en cuanto a su orden y utilidad con toda modestia y urbanidad y en lenguaje latino, pues al lado de la cama del enfermo todo debe discutirse en el lenguaje de los sabios, por pura consideración humanitaria (*sic.*)»²¹

Una vez finalizado el examen de los enfermos, se dirigen a un auditorio, donde se discuten entre profesor y alumnos los casos vistos basándose en las hojas informe de cada uno. El practicante describe los síntomas, hace el diagnóstico y señala así la esencia del proceso morboso. Entonces hay que buscar la etiología del caso individual que resulta del conocimiento del cuadro general y del desarrollo individual. Finalmente, hay que establecer el pronóstico y elaborar un plan de terapia.

En todos estos procesos el papel decisivo corresponde al profesor:

El profesor actúa durante todo este proceso como asesor afable y paciente, que atentamente vigila cualquier paso en falso y encamina al estudiante por el buen camino. Siempre que sea

posible, debe acostumbrar a su pupilo a ser consciente de las razones de su actuar y opinar, y a no decidir por un acto de voluntad prematuro que corte todo juicio propio, o por órdenes repentinas que imposibiliten las acciones propias. Mucho menos debe hacer caer por su brusca severidad o su desdeñosa ironía al que avanza lleno de temor o hasta al que vacila. Muy al contrario, ha de tratar de llevar al alumno por el buen camino mediante oportunas observaciones y preguntas hábilmente formuladas y darle oportunidad de encontrar él mismo la verdad²².

Se expone aquí la labor pedagógica del profesor. Aparentemente esta tradición aún seguía viva con Stark, al menos en teoría. Antes hemos comprobado que en el texto de la Ordenanza de Aprobación de 1970 nada quedaba ya de ello; parece que se trata de una dimensión perdida.

Los resultados de los temas discutidos en clase deben registrarse brevemente en el acta de la visita y en la hoja informe del enfermo, incluyendo las prescripciones de medicinas y dietas. Los practicantes han de redactar luego en casa todo el caso, en lengua latina.

Según el estado del paciente también se incluye la visita vespertina entre los deberes de un practicante. En cualquier caso, a la mañana siguiente, y al lado de la cama del enfermo, el practicante deberá informar sobre la evolución desde el día anterior, siempre con la posibilidad de corrección por parte del profesor. De esta forma se procederá hasta que se produzca el alta del paciente o bien su muerte. Los fallecidos deben ser sometidos a autopsia siempre que sea posible, cosa que compete al prosector de anatomía, con el «debido auxilio» del practicante²³. Tras la autopsia, el clínico debe someterse a la crítica. Debe admitir sus errores, pues «el libre reconocimiento de un error cometido por un médico experimentado puede ayudar al alumno mucho más que sentir cientos de veces el vano triunfo de haber diagnosticado correctamente en vida, pero sin embargo no haber sido capaz de salvar esa vida»²⁴.

Finalmente, el practicante preparará un informe escrito de la autopsia y lo entregará a su profesor en un plazo de ocho días.

4. Valoración: Pretensiones y realidad

Hasta aquí la descripción de las clases clínicas. Nos parece que, al menos en teoría, corresponden al profesor académico, es decir, al director de la clínica, un cúmulo tal de tareas pedagógicas, que hasta con todo su idealismo no puede haberlas llevado a cabo solo. Por eso se insinúa un cierto conflicto entre teoría y práctica —aunque sea entre líneas— cuando Stark, como conclusión, pasa a hablar del papel del asistente o «médico auxiliar». Pues es parte de sus obligaciones ayudar

al profesor en esta labor ardua de las clases prácticas, llevando una tabla registro de los practicantes para la correcta asignación de enfermos entre ellos, para que los guíe durante las visitas vespertinas, compruebe la correcta redacción y presentación de los boletines médicos y de las hojas informe sobre los enfermos, etc., preste su colaboración en las disecciones de cadáveres y facilite en general al profesor el desempeño de su difícil cargo²⁵.

Por tanto, ya en el año 1839 la realidad exigía la delegación en una labor tan «ardua» y «difícil» como lo es la enseñanza. El estudiante actual de medicina está acostumbrado a ver como cosa normal que su enseñanza sea impartida, casi exclusivamente, por médicos asistentes sobrecargados y con una nula formación pedagógica; y que muy raramente pueda ver al médico jefe, y casi nunca hablarle. Ante la comparación de esta miseria con el proyecto tan prometedor —al menos en concepto— de Stark, se plantea la pregunta de qué es lo que de forma substancial ha cambiado en estos 140 años. Se ofrecen a debate dos posibilidades distintas que podrían haber producido cambios en la situación de estudiantes y docentes:

Por un lado, podría pensarse en un cambio de mentalidad que podríamos englobar bajo el lema de «pérdida de la dimensión pedagógica». El desarrollo que se aparta de la docencia para fijarse en el aprendizaje, de la instrucción personal al *curriculum* anónimo de un catálogo de metas de estudio, del análisis de los problemas u objetos al conocimiento básico, todo esto podría subsumirse en este mismo aspecto.

Pero por otro lado también habría que considerar los cambios políticos y económicos, las transformaciones estructurales y sociales, como parte cualitativa y cuantitativa de este fenómeno.

Así habría que considerar el número de estudiantes. Si uno está acostumbrado a las riadas de cientos de estudiantes principiantes que cada semestre acuden a una sola Universidad, las cifras del año 1840 parecen increíblemente bajas e idílicas:

Una estadística de Conrad²⁶ indica que por entonces había, por ejemplo, 390 estudiantes de medicina en Berlín, 120 en Halle, 136 en Bonn, 201 en Göttingen, 51 en Kiel, 149 en Heidelberg, 145 en Leipzig y 196 en München. Y hay que tener en cuenta la diferente duración de los estudios según los países-regiones; así, en Prusia ocho semestres desde 1825, en Sajonia diez²⁷. Así se podría calcular que, por ejemplo, en Leipzig no había más de 15 estudiantes por semestre o 30 por año.

Frente a estas cifras habría que considerar naturalmente el cuerpo docente, que en Jena sólo a partir de 1846 constaba de cinco profesores ordinarios²⁸. Hasta la muerte de Karl Wilhelm Stark sólo habían sido cuatro, pues él se ocupaba de medicina interna y cirugía al mismo tiempo. El incremento de las obligaciones y de los conocimientos, como también los métodos divergentes de tratamiento, hicieron inevitable finalmente la separación por especialidades. El sucesor de Stark como internista fue August Friedrich Siebert (1805-1855), un discípulo de Schönlein, que hasta su nombramiento había ejercido como médico práctico en Bamberg; el catedrático de cirugía fue Franz Jordan von Ried (1810-1895) de Erlangen, para quien la medicina, y sobre todo lo cirugía, era una ciencia puramente empírica.

Hay que mencionar estos dos nombres, pues se conserva un manuscrito de Siebert y de Ried, redactado conjuntamente a los pocos meses de asumir sus cargos (en el año 1847). Se trata del *Bericht der Direktorien beider Abteilungen des Grossherzoglichen Landeskrankenhauses zu Jena an die Grossherzogliche Landesdirektion zu Weimar über den äussern Zustand der Landesheilstalten*. En este escrito a las autoridades superiores, ambos autores denuncian las condiciones absolutamente insuficientes que presenta el hospital que Stark les había dejado, tanto desde el punto de vista del tratamiento de enfermos, como desde la perspectiva del funcionamiento docente académico. Parece ser que en la realidad reinaban unas condiciones casi increíbles, por no decir aventureras, en esta institución que sobre el papel aparece tan modélica. Aparentemente, Stark no logró convertir en realidad clínica su ambicioso programa de 1839²⁹.

Esta comprobación ha de hacernos reflexionar, pues imposibilita toda

consideración histórica monumental en el sentido de Nietzsche. Este escribió en 1873 en su tratado *Vom Nutzen und Nachteil der Historie für das Leben* sobre este tipo de historia:

¿Para qué le sirve al hombre actual la consideración monumental del pasado, el ocuparse con lo clásico y extraño de tiempos anteriores? Puede deducir que todo lo grande que alguna vez existió, fue *posible* alguna vez y por eso puede volver a ser posible; ahora puede proseguir con más ánimo su camino, pues ha eliminado la duda, que le corroía en horas difíciles, de estar quizás pretendiendo lo imposible³⁰.

Precisamente esa duda es la que no puede eliminarse en el caso del hospital docente; es más, se presenta como una cierta aporía. El modelo del hospital docente ha cambiado poco en la teoría; hasta se encuentran de forma casi literal algunas de las formulaciones de Stark en las actuales Ordenanzas de Aprobación; es como si toda la época clínica hubiera pasado sin dejar huella en la teoría de la formación. En el análisis de estos hechos se ofrecen dos alternativas: O bien se ha hallado ya hace 140 años la forma ideal de formación, o bien este problema nunca ha sido considerado de forma sistemática, sino sólo de forma secundaria y por eso nunca se ha trabajado en serio sobre ello. La estereotipificación de las declaraciones programáticas, unida a una «tradición» secular en la modificación de las Ordenanzas de Formación, parecen indicar más bien la segunda variante. Así, por ejemplo, se encuentran las siguientes metas para el año de prácticas en las Ordenanzas de Constitución del año 1936:

preparar al joven médico que ya ha aprobado su examen de licenciatura para las necesidades de la práctica médica; no sólo debe... profundizar y aumentar sus conocimientos prácticos y su habilidad, sino también adquirir la necesaria comprensión de las tareas y obligaciones de la profesión médica³¹.

Estas frases, y otras similares, son ahora bien conocidas y producen más bien escepticismo que tranquilidad. Impregnadas de este escepticismo amable aparecen también las palabras finales que formula Christian Friedrich

Wildberg en una reseña crítica bastante amistosa del «Plan...» de Starck, publicada en 1840:

Si el autor administra la institución a él confiada según este plan, como parece tener la intención, puede esperarse con toda confianza que mucho bien irradiará de esta academia como institución curativa y de formación, cosa que el aquí firmante desea de todo corazón para su querida Jena...³²

5. *Conclusión y perspectivas: consecuencias*

La historia de la medicina, que en estos 140 años transcurridos ha sido predominantemente una cadena de consecuciones de la técnica iatrocientífico-naturalista, no puede presentar una continuidad adecuada a estos logros en el desarrollo de unos conceptos firmes de formación. La mutabilidad permanente de la legislación y de las ordenanzas, deja entrever una total falta de planificación de los responsables, encubierta por una actividad sin objetivo.

Precisamente por la distancia temporal con la clínica del romanticismo burgués de 1840 se hacen más patentes los problemas básicos. El problema estriba en la tarea de aunar el tratamiento de enfermos con la formación, de manera tal que el paciente no se vea degradado a ser un simple objeto de formación. Normalmente se tiende a culpar a la medicina supertecnificada de nuestros tiempos de este desarrollo, pero una vista al pasado, al año 1840, nos demostrará que no hay que sacar conclusiones tan superficiales. Pues ya aquí se presenta el dilema principal, un peligro que puede haberse potenciado por la técnica, pero que no ha sido producido por ella. Precisamente el informe de Siebert y Ried debería ponernos en guardia para no embellecer el pasado; los conflictos y las contradicciones internas son tan antiguos como la clínica misma y —deducimos nosotros— presumiblemente constitutivos.

Otra cuestión que debería interesar tanto al historiador como al médico es la relación entre la estructura de un hospital y la teoría de la enfermedad dominante. La aclaración de esta conexión aparece claramente en el ejemplo de la patología parasitaria-ontológica de Karl Wilhelm Stark, pues precisamente esta teoría no sólo podría favorecer el desplazamiento del

modo de pensar y de actuar médico, apartándose del individuo doliente (como sujeto) para dirigirse al «medio de cultivo de la enfermedad» (como objeto), sino que puede casi constituirse en una *conditio sine qua non* por consideraciones metodológicas. Curiosamente, en ningún apartado del «plan» hay indicaciones directas sobre la obligada relación entre la concepción de la enfermedad y la organización del hospital, cosa que hubiera sido obvia, si Stark en verdad hubiera seguido sus postulados de hablar «desde el elevado punto de vista de la ciencia». Especular ahora sobre las razones de esta omisión, apelando sólo a esta única fuente, parece prematuro y no puede ser objeto de esta breve contribución. Pero vamos a referirnos brevemente a dos modelos mentales básicos:

1. El desarrollo de la institución clínica se produjo independientemente de la concepción de enfermedad dominante.
2. Existe una relación entre el desarrollo de la clínica y la teoría de la enfermedad, pero no se manifiesta en plano cognoscitivo, sino que actúa indirectamente mediante cambios paulatinos de los modelos de comportamiento y de actitud afectivos.

No puede ofrecerse aquí una respuesta vinculante, basada en otras fuentes y, por lo tanto, históricamente fundada, pues sobrepasaría ampliamente nuestro tema.

Queda un cúmulo de cuestiones; nuestra investigación en modo alguno describe un modelo ideal del hospital académico de enseñanza del año 1840, sino un concepto teórico que corresponde tan poco a la realidad como los programas del siglo xx. Cuando en las discusiones actuales se habla del «hospital enfermo» y de la «miseria de la formación», habría que preguntarse si alguna vez en la historia de la clínica ha existido un «hospital sano» y una «formación óptima»; es posible que lo que aquí se manifiesta sea un defecto congénito de la misma institución clínica, que — como dolencia crónica — no se ha podido corregir de forma satisfactoria, a pesar de todas las operaciones plásticas.

NOTAS

¹ *Approbationsordnung*, p. 29.

² V. Foucault, particularmente el prólogo, pp. 7-17.

³ Por ejemplo, Mumford, p. 3: Dice mucho a favor de esto, que el año de internado y los comienzos del ejercicio hacen más por la «socialización» del profesional que cualquier otra

experiencia. Esta es la importante etapa en que todos los criterios de valor, hasta ahora considerados como algo externo, llegan a internalizarse realmente y se convierten en base de las acciones y decisiones del nuevo médico.

⁴ Stark, 1839, p. 1.

⁵ *Loc. cit.*

⁶ *Ibid.*, p. 2.

⁷ *Loc. cit.*

⁸ *Ibid.*, pp. 6 y s.

⁹ *Ibid.*, p. 9.

¹⁰ *Ibid.*, p. 3.

¹¹ *Ibid.*, p. 52.

¹² *Ibid.*, p. 53.

¹³ *Aporbationsordnung*, p. 29.

¹⁴ Stark, 1839, p. 53.

¹⁵ *Ibid.*, p. 54.

¹⁶ *Ibid.*, p. 54.

¹⁷ También Kieser, p. 4.

¹⁸ Stark, 1839, p. 56.

¹⁹ *Loc. cit.*

²⁰ *Loc. cit.*

²¹ *Ibid.*, p. 57.

²² *Ibid.*, pp. 58 y s.

²³ *Ibid.*, p. 60.

²⁴ *Loc. cit.*

²⁵ *Ibid.*, p. 61.

²⁶ Conrad, pp. 124 y ss.

²⁷ Weber, pp. 7 y ss.

²⁸ V. Giese u. von Hagen, p. 543.

²⁹ V. la descripción de problemas análogos en Virchow, p. 78.

³⁰ Nietzsche, p. 260.

³¹ *Bestallungsordnung für Ärzte*, p. 75.

³² Wildberg in: Schmidt, *Jahrbücher...* 25 (1840). 375.

BIBLIOGRAFIA

a) *Textos de Karl Wilhelm Stark*

— *Pathologische Fragmente*, Bd. 1 Weimar 1824, Bd. 2 Weimar 1825.

— *Allgemeine Pathologie oder allgemeine Naturlehre der Krankheit*, 2 Bde. Leipzig, 1838.

- *Plan zur innern Einrichtung und Verwaltung einer öffentlichen Krankenanstalt, vom ärztlichen Standpuncte aus entworfen*, Erlangen, 1839.

b) *Otros textos relacionados con el tema*

- Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970 in der Neufassung vom 3. April 1979*, Köln-Lövenich, 1980.
- Bestellungsordnung für Ärzte und Prüfungsordnung für Zahnärzte*, Berlin, 1935.
- BLEKER, Johanna, *Die Naturhistorische Schule 1825-1845. Ein Beitrag zur Geschichte der klinischen Medizin in Deutschland*, Stuttgart, 1981.
- CONRAD, Johann, *Das Universitätsstudium in Deutschland während der letzten 50 Jahre. Statistische Untersuchungen*, Jena, 1884.
- FOUCAULT, Michele, *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*, München, 1973.
- GIESE, Ernst u. Benno von HAGEN, *Geschichte der medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller, Universität Jena*, Jena, 1958.
- KIESER, Dietrich Georg, *Klinische Beiträge*, Erster Band, Leipzig, 1834.
- MUMFORD, E., *Interns: From Students to Physicians*, Cambridge (Mass.), 1970.
- NIETZSCHE, Friedrich, *Von Nutzen und Nachteil der Historie für das Leben*. in: ders.: *Samtliche Werke*, Kritische Studienausgabe in 15 Bänden. Hrsg. von Giorgio Colli u. Mazzino Montinari. Band 1. München und Berlin/New York, 1980, pp. 248-334.
- SIEBERT, August Friedrich u. Franz RIED, *Bericht der Direktionen beider Abteilungen des Grossherzoglichen Landeskrankenhauses zu Jena an die Grossherzogliche Landesdirektion zu Weimar über den äusseren Zustand der Landesheilanstalten*, Jena, 1847.
- VIRCHOW, Rudolf, «Der medicinische Unterricht», in: *Die medicinische Reform. Eine Wochenschrift*. Hrsg. von R. Virchow u. R. Leubuscher. Nr. 12, 22-9-1948. Nachdruck Hildesheim/New York, 1975, pp. 77-79.
- WEBER, Moritz Ignaz, *Schema des medicinischen Studiums*, Bonn, 1833.
- WILDBERG, Christian Friedrich, «Rezension von Stark, K. W.: Plan zur inner Einrichtung und Verwaltung einer öffentlichen Krankenanstalt...» in: Schmidt, Carl Christian (Hrsg.), *Jahrbücher der in- und ausländischen gesammten Medicin* 25 (1840), 375.

children to school and university, how to improve their nature and that of their descendants, convinced that their knowledge and technique can improve human nature, and with this, society.

BAUER, Axel: "El hospital público como centro de formación científica. Karl Wilhelm Stark (1787-1845) y su idea de un hospital docente en el año 1839. Pretensiones y realidad".

La habitual discusión sobre los problemas de la enseñanza clínica de los estudiantes médicos, supone el punto de partida de una investigación paradigmática de su desarrollo histórico. En este sentido, la guía pedagógica del clínico alemán Karl Wilhelm Stark (1787-1845) —representante de la *Naturhistorische Schule*—, publicada en 1839, es presentada y discutida críticamente. La estructura de la enseñanza actual puede ya ser mostrada en la clínica de la era "Biedermeier": la clínica asume la función de filtro seleccionando los casos más instructivos de enfermedad y mostrándolos como objetos. El resultado, inherente a la patología ontológica de Stark, es la reducción del paciente a un objeto impersonal y disponible. Paralelamente a la importancia creciente del "ojo clínico" (Foucault), debe ser denunciada la atrofia de la empatía del estudiante y de su habilidad para la comunicación verbal. Ya en 1839, la concepción de Stark no pudo ser comprendida, dado el escaso número de enseñantes médicos, la falta de su compromiso y el defecto de edificios clínicos. La comparación de esta situación con el presente revela un estancamiento sorprendente en el desarrollo de nuevas y sólidas concepciones sobre la educación: la teoría de la enseñanza y el aprendizaje a la cabecera del enfermo no ha cambiado en más de 140 años. Con la introducción de la técnica médica, los peligros unidos a la clínica como institución, tal como la deshumanización del hospital, han aumentado. Por el contrario, la situación de los estudiantes médicos se ha deteriorado por la desaparición de la dimensión pedagógica y por el aprendizaje con anónimos catálogos temáticos.

The current discussion on problems of medical student's clinical training constitutes the starting-point of a paradigmatical investigation of its historical development. Thereby the pedagogical guide of the German clinician Karl Wilhelm Stark (1787-1845) —a representative of the Naturhistorische Schule— published in 1839, is introduced and critically discussed. The structure of today's training can already be demonstrated in the clinic of the "Biedermeier" era: the clinic assumes the function of a filter by selecting the most instructive cases of illness and by demonstrating them as objects. The result, inherent in Stark's ontological pathology, is the patient's reduction to an impersonal and disposable thing. Parallel to the increasing importance of the "medical eye" (Foucault) there must be noticed an atrophy of the student's empathy and ability for verbal communication. Already in 1839, Stark's conception could not be realized, given the circumstances of too few medical teachers, the lack of commitment by the instructing physicians and insufficient clinical buildings. The comparison of this situation with the present reveals a surprising stagnation in the development of new solid training-conceptions: the theory of bedside teaching and learning has not changed for more than 140 years. By the introduction of iatrotechnique the dangers attached to the clinic as an institution, such as the dehumanisation of the hospital, have increased. On the contrary, the medical student's situation has deteriorated by a disappearance of the pedagogic dimension and by learning from anonymous subject catalogues.