

LA VIDA DE LOS HOMBRES INFAMES

ensayos sobre desviación y dominación

© Editorial Altamira Calle 49 N° 540 La Plata, Argentina & (54-21) 21 85 00

Edición y traducción:

Julia Varela y Fernando Alvarez-Uría

Prólogo y bibliografía: Christian Ferrer

Diseño de tapa: Virginia Membrini

Diagramación: Cutral

ISBN: 987-9017-03-X

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

Impreso en Argentina

7. Historia de la medicalización

En mi conferencia precedente traté de demostrar que el problema fundamental no reside en la antimedicina contra la medicina, sino en el desarrollo del sistema médico y el modelo seguido por el "despegue" médico y sanitario de Occidente a partir del siglo XVIII. Procuré, pues, situar tres puntos a mi juicio importantes:

1) La *biohistoria*, es decir, el efecto en el ámbito biológico de la intervención médica; la huella que puede dejar en la historia de la especie humana la fuerte intervención médica que comenzó en el siglo XVIII. La historia de la especie humana no permaneció indiferente a la medicalización. Este es un primer campo de estudio aún no muy bien analizado, pero ya circunscrito.

Sabemos que varias enfermedades infecciosas desaparecieron de la historia de Occidente incluso antes de introducirse la gran quimioterapia del siglo XX. La peste, o la serie de enfermedades a las que los cronistas, historiadores y médicos de la época dieron ese nombre, se fue desvaneciendo durante los siglos XVIII y XIX sin que se conozcan las razones ni los mecanismos de este fenómeno, que debe ser estudiado.

Otro caso célebre es el de la tuberculosis. Por cada 700 enfermos que en 1820 morían de tuberculosis sólo 350 corrían la misma suerte en 1882, año en que Koch descubrió el bacilo que lleva su nombre; y cuando en 1945 se introdujo la quimioterapia, la cifra quedó reducida a 50. ¿Cómo y por qué razón se produjo esta regresión de la enfermedad? ¿Cuáles son, desde el punto de vista de la biohistoria, los mecanismos que intervinieron? No cabe la menor duda de que el cambio de las condiciones socioeconómicas, los fenómenos de adaptación, los de resistencia del organismo, el propio debilitamiento del bacilo y las medidas de higiene y de aislamiento ejercieron una función importante. Los conocimientos al respecto distan de ser completos, pero sería interesante estudiar la evolución de las relaciones entre la especie humana y su campo bacilar o vírico y las intervenciones de la higiene, de la medicina, de las diferentes modalidades terapéuticas.

En Francia, un grupo de historiadores -como Le Roy Ladurie y JeanPierre Peter - han comenzado a analizar esos fenómenos, y sobre la base de estadísticas del reclutamiento militar en el siglo XIX, examinaron ciertas evoluciones somáticas de la especie humana.

2) La *medicalización*, es decir, el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se viesen englobados, a partir del siglo XVIII, en una red de medicalización cada vez más densa y más amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina.

La investigación médica, cada vez más penetrante y minuciosa, y la ampliación de las instituciones de salud también merecen ser estudiadas. Y así trato de hacerlo con algunos grupos en el Colegio de Francia, uno de los cuales estudia el crecimiento de la hospitalización y sus mecanismos en el siglo XVIII y comienzos del XIX, mientras que otros se dedican a los hospitales y ahora proyectan realizar un estudio de la vivienda y todo lo que ella encierra: el sistema de desagües, vías de tránsito, equipos colectivos que aseguran el funcionamiento de la vivienda particular en el medio urbano.

3) La *economía de la salud*, o sea, la integración del mejoramiento de la salud, los servicios de salud y el consumo de salud en el desarrollo económico de las sociedades más

privilegiadas. Se trata de un problema difícil y complejo, cuyos antecedentes no se conocen bien. En Francia hay un grupo que se dedica a ese tema, el "Centre d'Etudes et de Recherches du Bienêtre" (CEREBRE), del que forman parte Letourmy, Karsenty y Charles Dupuy, que estudian principalmente los problemas de consumo de salud de los últimos treinta años.

HISTORIA DE LA MEDICALIZACIÓN

Puesto que me dedico esencialmente a investigar la historia de la medicalización, a continuación analizaré algunos de los aspectos de la medicalización de las sociedades y de la población a partir del siglo XIX, tomando como referencia el ejemplo francés, con el que estoy más familiarizado. Concretamente me referiré al nacimiento de la medicina social.

Con frecuencia, se observa que ciertos críticos de la medicina actual sostienen el concepto de que la medicina antigua -griega y egipcia- o las formas de medicina de las sociedades primitivas, son medicinas sociales, colectivas, no concentradas en el individuo. Mi ignorancia en etnología y egiptología me impide opinar sobre el problema; pero a pesar de los escasos conocimientos que poseo de la historia griega la idea me deja perplejo, pues no concibo cómo se puede calificar de colectiva y social a la medicina griega.

Pero éstos no son los problemas importantes. La cuestión estriba en saber si la medicina moderna, científica, que nació a fines del siglo XVIII entre Morgagni y Bichat, con la introducción de la anatomía patológica, es o no individual. ¿Se podría afirmar, como lo hacen algunos -en una perspectiva que consideran política pero que no lo es por no ser histórica- que la medicina moderna es individual porque penetró en el interior de las relaciones de mercado?; ¿la medicina moderna, en la medida en que está vinculada con una economía capitalista, es una medicina individual o individualista que conoce únicamente la relación de mercado del médico con el enfermo e ignora la dimensión global, colectiva, de la sociedad?

Procuraré demostrar que éste no es el caso. La medicina moderna es una medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social; la medicina es una práctica social, y sólo uno de sus aspectos es individualista y valoriza las relaciones entre el médico y el paciente.

A este respecto quisiera hacer referencia al libro de Varn L. Bullough, *The Development of Medicine as a Profession: The Contribution of the Medieval University to Modern Medicine*¹, en el que se muestra claramente el carácter individualista de la medicina medieval y unas dimensiones colectivas de la actividad médica extraordinariamente discretas y limitadas.

Sostengo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino precisamente lo contrario; el capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.

¹ Nueva York, Hafner Publications, 1965.

¿Cómo se produjo esta socialización?

Quisiera explicar mi posición en relación con ciertas hipótesis generalmente aceptadas. Es cierto que el cuerpo humano se reconoció política y socialmente como fuerza de trabajo. Sin embargo, parece característico de la evolución de la medicina social, o sea, de la propia medicina en Occidente, que al principio el poder médico no se preocupó del cuerpo humano como fuerza de producción. La medicina no estaba interesada por el cuerpo del proletario, por el cuerpo humano, como instrumento laboral. No fue sino hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando se planteó el problema del cuerpo, de la salud y del nivel de la fuerza productiva de los individuos.

Podríamos reconstruir tres etapas de la formación de la medicina social: la medicina del Estado, la medicina urbana y la medicina de la fuerza laboral.

MEDICINA DE ESTADO

La "medicina de Estado" se desarrolló principalmente en Alemania a comienzos del siglo XVIII. Sobre este problema específico conviene mencionar la afirmación de Marx en el sentido de que la economía era inglesa, la política francesa y la filosofía alemana, pues fue en Alemania donde se formó en el siglo XVIII -mucho antes que en Francia e Inglaterra- lo que puede denominarse ciencia del Estado. El concepto de "Staatswissenschaft" es producto de Alemania, y bajo el nombre de "ciencia de Estado" se pueden agrupar dos aspectos que surgen en esa época en el propio país:

1. Por un lado, un conocimiento cuyo objeto es el Estado; no sólo los recursos naturales de una sociedad, ni las condiciones de su población, sino también el funcionamiento general de la maquinaria política. Las investigaciones sobre los recursos y el funcionamiento de los Estados constituye una especialidad, una disciplina alemana del siglo XVIII.

2. Por otro lado, la expresión abarca también la serie de procedimientos mediante los cuales el Estado obtuvo y acumuló conocimientos para garantizar su funcionamiento.

El Estado, como objeto de conocimiento y como instrumento y lugar de adquisición de conocimientos científicos, se desarrolló con más rapidez e intensidad en Alemania que en Francia e Inglaterra. No es fácil determinar la razón de este fenómeno, y hasta ahora los historiadores no se han ocupado demasiado del asunto o del problema del nacimiento de la ciencia del Estado o de una ciencia estatal en Alemania. A mi juicio ello se debe al hecho de que Alemania no se convierte en Estado unitario hasta el siglo XIX, después de una yuxtaposición de cuasi Estados, pseudo-Estados, pequeñas unidades muy poco "estatales". Y precisamente a medida que se forman los Estados, se van desarrollando esos conocimientos estatales y la preocupación por el propio funcionamiento del Estado. Las pequeñas dimensiones de los Estados, las yuxtaposiciones, sus perpetuos conflictos y sus confrontaciones, la balanza de fuerzas siempre desequilibradas y variables, les obligaron a ponderarse y a compararse unos con otros, a imitar sus métodos y a tratar de sustituir la fuerza por otras relaciones.

Mientras que los grandes Estados, como Francia e Inglaterra, podían funcionar relativamente sin preocupación, provistos de poderosas maquinarias como las del ejército o la policía, en Alemania la pequeña dimensión de los Estados hizo necesaria y posible esa conciencia discursiva del funcionamiento estatal de la sociedad.

Otra razón de esta evolución de la ciencia del Estado es la falta de desarrollo económico, o su estancamiento, en Alemania en el siglo XVII, después de la guerra de los 30 años y de los grandes tratados de Francia y Austria.

Después del primer movimiento de desarrollo de Alemania en la época del Renacimiento, surgió en forma limitada la burguesía, cuyo impulso económico fue bloqueado en el siglo XVII, impidiéndole hallar una ocupación y subsistir en el comercio, en la manufactura y en la industria naciente. Buscó entonces apoyo en los soberanos y formó un cuerpo de funcionarios disponibles para la maquinaria estatal que los propios soberanos tenían que montar, en su provecho, para modificar las relaciones de fuerza con sus vecinos.

Esta burguesía económicamente desocupada se acogió a los soberanos que se enfrentaban en una situación de lucha perpetua y ofreció sus hombres, sus capacidades, sus recursos, etc., a la organización de los Estados. De ahí que el concepto moderno de Estado, con todo su aparato, sus funcionarios, su saber, se desarrollara en Alemania antes que en otros países políticamente más poderosos, como Francia, o económicamente más desarrollados, como Inglaterra.

El Estado moderno surgió donde no había poder político ni desarrollo económico y precisamente por esas razones negativas Prusia, el primer Estado moderno, nació en el corazón de Europa, en un área más pobre, con menos desarrollo económico y más conflictiva políticamente. Mientras Francia e Inglaterra se aferraban a las viejas estructuras, Prusia se convirtió en el primer modelo de Estado moderno.

Estos análisis históricos sobre el nacimiento de la ciencia y de la reflexión sobre el Estado en el siglo XVIII sólo pretenden explicar cómo y por qué la medicina de Estado pudo aparecer primero en Alemania.

A partir de fines del siglo XVI y comienzos del XVII, en un clima político, económico y científico característico de la época dominada por el mercantilismo, todas las naciones del mundo europeo se preocupaban por la salud de su población. El mercantilismo no era simplemente una teoría económica sino también una práctica política que consistía en regular las corrientes monetarias entre las naciones, los correspondientes flujos de mercaderías y la actividad productora de la población. La política mercantilista se basaba esencialmente en el aumento de la producción y de la población activa con el propósito de establecer corrientes comerciales que permitiesen al Estado conseguir la mayor afluencia monetaria posible, gracias a la cual podría costear el mantenimiento de los ejércitos y toda la maquinaria que asegurase la fuerza real de un Estado con relación a los demás.

Desde esta perspectiva, Francia, Inglaterra y Austria comenzaron a calcular la fuerza activa de sus poblaciones. Así se originan en Francia las estadísticas de natalidad y mortalidad, y en Inglaterra los grandes recuentos de población que aparecieron en el siglo XVII. Pero tanto en Francia como en Inglaterra la única preocupación sanitaria del Estado fue el establecimiento de estas tablas de natalidad y mortalidad, índice de salud de la población y el crecimiento de la propia población, sin ninguna intervención eficaz y organizada para elevar el nivel de salud.

En Alemania, por el contrario, se desarrolló una práctica médica efectivamente centrada en el mejoramiento de la salud de la población. Frank y Daniel, por ejemplo, propusieron entre 1750 y 1770 programas en ese sentido; fue lo que se llamó por primera vez policía médica de un Estado. El concepto de "Medizinischepolizei", policía médica, que se crea en 1764, encierra algo más que un recuento de la mortalidad o la natalidad.

Programada en Alemania a mediados del siglo XVII e implantada a fines del mismo siglo, y comienzos del siguiente, la policía médica consistía en:

1. Un sistema mucho más completo de observación de la morbilidad que el existente con las simples tablas de natalidad y mortalidad, sobre la base de la información pedida a los hospitales y a los médicos en ejercicio de la profesión en diferentes ciudades o regiones y el registro, a nivel del propio Estado, de los diferentes fenómenos epidémicos o endémicos observados.

2. Un fenómeno importante de la normalización de la práctica y del saber médico fue el de dejar en manos de la Universidad, y sobre todo de la propia corporación de los médicos, la decisión sobre la formación médica y la concesión de los títulos.

Surge así la idea de una normalización de la enseñanza médica y especialmente de un control estatal de los programas de enseñanza y de la concesión de títulos. La medicina y el médico, son, por lo tanto, el primer objeto de la normalización. El concepto de normalización empieza por aplicarse al médico antes que al enfermo. El médico fue el primer individuo normalizado en Alemania. Ese movimiento hacia la normalización en Europa requiere ser estudiado por los que se interesan en la historia de las ciencias. En Alemania se produjo la normalización de los médicos, pero en Francia, por ejemplo, la normalización de las actividades a nivel estatal se dirigió, al principio, a la industria militar, o sea, se normalizó primero la producción de cañones y fusiles, a mediados del siglo XVIII, con el fin de asegurar la utilización de cualquier tipo de fusil por cualquier soldado, la reparación de cualquier cañón en cualquier taller, etc. Después de normalizar los cañones, Francia procedió a la normalización de sus profesores. Las primeras escuelas normales destinadas a ofrecer a todos los profesores el mismo tipo de formación y, por consiguiente, el mismo nivel de competencia, se crearon hacia 1775 y se institucionalizaron en 1790 o 1791. Francia normalizó sus cañones y sus profesores, Alemania normalizó sus médicos.

3. Una organización administrativa para controlar la actividad de los médicos. En Prusia, al igual que en los otros estados de Alemania, en el ámbito del ministerio de la administración central se encomienda a una oficina especializada la función de reunir la información que los médicos transmiten; observar cómo se realizan las indagaciones médicas de la población; verificar qué tratamientos se administran; cuáles son las reacciones ante la aparición de una enfermedad epidémica y, por último, expedir órdenes en función de esa información centralizada. Todo ello suponía, pues, una subordinación de la práctica médica a un poder administrativo superior.

4. La creación de funcionarios médicos nombrados por el gobierno que asumen la responsabilidad de una región, su dominio por el poder que poseen o el ejercicio de autoridad que les confiere su saber. Es así como un proyecto adoptado por Prusia en los comienzos del siglo XIX forma una pirámide de médicos que incluye desde el médico de distrito encargado de una población de 6.000 a 10.000 habitantes hasta los responsables de una región mucho mayor y una población entre 35.000 y 50.000. Aparece en ese momento el médico como administrador de salud.

La organización de un saber médico estatal, la normalización de la profesión médica, la subordinación de los médicos a una organización médica estatal, llevan aparejados una serie de fenómenos enteramente nuevos que caracterizan lo que podría denominarse *medicina de Estado*.

Esa medicina de Estado, que apareció con cierta precocidad incluso antes de la creación de la gran medicina científica de Morgagni y Bichat, no tuvo por objeto la formación de una fuerza

laboral adaptada a las necesidades de las industrias que se desarrollaban en ese momento. No es el cuerpo del trabajador lo que interesa a esa administración estatal de salud, sino el propio cuerpo de los individuos que en su conjunto constituyen el Estado. No se trata de la fuerza laboral sino de la fuerza del Estado frente a sus conflictos, sin duda económicos pero también políticos, con sus vecinos. Por eso la medicina debe perfeccionar y desarrollar esa fuerza estatal. Esta preocupación de la medicina del Estado encierra cierta solidaridad económico-política. Sería, por lo tanto, falso vincularla con el interés inmediato de obtener una fuerza laboral disponible y vigorosa.

El ejemplo es también importante porque muestra cómo, de manera paradójica, la medicina moderna se inicia en el momento culminante del estatismo. Desde la introducción de esos proyectos, en gran parte a fines del siglo XVIII y principios del XIX, desde la implantación de la medicina estatal en Alemania, ningún Estado se atrevió a proponer una medicina tan claramente burocratizada, colectivizada y "estatalizada". Por consiguiente, no se evolucionó poco a poco hacia una medicina cada vez más "estatalizada" y socializada, sino que la gran medicina clínica del siglo XIX va inmediatamente precedida de una medicina estatalizada al máximo. Los otros sistemas de medicina social de los siglos XVIII y XIX son atenuaciones de ese modelo profundamente estatal y administrativo introducido ya en Alemania.

Esta es la primera serie de fenómenos a la que he querido referirme, fenómenos que, en general, no han recibido ninguna atención por parte de los historiadores de la medicina aunque hay que exceptuar el análisis realizado muy de cerca por Georges Rosen en la serie de estudios sobre las relaciones entre el cameralismo, el mercantilismo y el concepto de política médica. El propio autor publicó en 1958, en el *Bulletin of History of Medicine*, un artículo sobre el problema, titulado "Cameralism and concept of medical police" y lo incluyó posteriormente en su libro *A History of Public Health*².

MEDICINA URBANA

La segunda trayectoria del desarrollo de la medicina social está representada por el ejemplo de Francia, donde, a fines del siglo XVIII surgió una medicina social, al parecer no apoyada por la estructura del Estado, como en Alemania, sino por un fenómeno enteramente distinto: la urbanización. En efecto, con el desenvolvimiento de las estructuras urbanas se desarrolla en Francia la medicina social.

Para saber cómo y por qué ocurrió este fenómeno hagamos un poco de historia. Es preciso imaginar una gran ciudad francesa entre 1750 y 1780, como una multiplicidad enmarañada de territorios heterogéneos y poderes rivales. París, por ejemplo, no formaba una unidad territorial, una región en la que se ejercía un poder único, sino que existía todo un conjunto de poderes señoriales detentados por seculares, por la Iglesia, por comunidades religiosas y corporaciones, poderes con autonomía y jurisdicción propias. Por añadidura, existían los representantes del poder estatal: el representante del rey, el intendente de policía, los representantes de los poderes parlamentarios.

En la segunda mitad del siglo XVIII se planteó el problema de la unificación del poder urbano. Se sintió la necesidad, al menos en las grandes poblaciones, de constituir la ciudad como

² Nueva York, MD Publications, 1958. Hay traducción española, véase G. Rosen: De la policía médica a la medicina social, Siglo XXI, México, 1985.

unidad, de organizar el cuerpo urbano de un modo coherente y homogéneo, regido por un poder único y bien reglamentado.

A este respecto entraron en juego varios factores. En primer lugar, indudablemente, razones de tipo económico. A medida que la ciudad se va convirtiendo en un importante centro de mercado que unifica las relaciones comerciales, no simplemente a nivel de una región sino también a escala nacional y aun internacional, se hace intolerable para la industria naciente la multiplicidad de jurisdicciones y de poderes. El hecho de que la ciudad no fuera sólo un lugar de mercado sino también un lugar de producción obligó a recurrir a mecanismos de regulación homogéneos y coherentes.

La segunda razón fue política. El desarrollo de las ciudades, la aparición de una población obrera pobre, que en el siglo XIX se convierte en el proletariado, tenía que aumentar las tensiones políticas en el interior de las ciudades. La coexistencia de diferentes grupos pequeños -corporaciones, oficios, cuerpos, etc.- que se oponían unos a otros, pero que se equilibraban y neutralizaban, empieza a reducirse a una especie de enfrentamiento entre ricos y pobres, plebe y burguesía, que se traduce en disturbios y sublevaciones urbanas cada vez más numerosos y frecuentes. Las llamadas revueltas de subsistencia, el hecho de que en un momento de alza de precios o baja de salarios los más pobres, al no poder alimentarse, saquearan los silos, mercados y bodegas, eran fenómenos que, si bien no fueron enteramente nuevos en el siglo XVIII, cobraron cada vez más ímpetu y condujeron a los grandes disturbios contemporáneos de la Revolución Francesa.

En resumen, se puede afirmar que hasta el siglo XVII, en Europa, el peligro social estuvo en el campo. Los campesinos paupérrimos, al tener que pagar más impuestos, empuñaban la hoz e iban a atacar los castillos o las ciudades. Las revueltas del siglo XVII fueron revueltas campesinas, a las que después se unieron las ciudades. Por el contrario, a fines del siglo XVIII, las revueltas campesinas comienzan a ceder gracias a la elevación del nivel de vida de los campesinos, pero los conflictos urbanos se vuelven cada vez más frecuentes con la formación de una plebe en vías de proletarizarse. De ahí la necesidad de un serio poder político capaz de investigar el problema de esta población urbana.

Es en esos momentos cuando surge y se acrecienta una actitud de temor, de angustia, frente a la ciudad. Por ejemplo, Cabanis, filósofo de finales del siglo XVIII, comentaba respecto de la ciudad que siempre que los hombres se reúnen, sus costumbres se alteran; siempre que se reúnen en lugares cerrados se alteran sus costumbres y su salud. Nació entonces lo que podía calificarse como el temor urbano, el miedo a la ciudad, la angustia ante la ciudad, con ciertas características: miedo a los talleres y fábricas que se están construyendo, al hacinamiento de la población, a la excesiva altura de los edificios, y también a las epidemias urbanas, a los contagios cada vez más numerosos y que se van extendiendo por la ciudad; miedo a las cloacas, a las cuevas sobre las que se construían las casas expuestas al peligro de desmoronarse.

La vida de las grandes ciudades del siglo XVIII, especialmente París, suscitaba una serie de pequeños pánicos. A este respecto puede citarse el ejemplo del Cementerio de los Inocentes en el centro de París, donde eran arrojados, unos sobre otros, los cadáveres de las personas cuyos recursos o categoría social no bastaban para costear o merecer una sepultura individual. El pánico urbano era característico de la preocupación, de la inquietud político-sanitaria que se va creando a medida que se desarrolla el engranaje urbano. Para dominar esos fenómenos médicos y políticos que causaban una inquietud tan intensa a la población de las ciudades, particularmente a la burguesía, había que tomar medidas.

En ese momento interviene un nuevo mecanismo que cabía esperar, pero que no entra en el esquema habitual de los historiadores de la medicina. ¿Cuál fue la reacción de la clase burguesa que sin ejercer el poder, detentado por las autoridades profesionales, lo reivindica? Recurrió a un modelo de intervención muy bien establecido, pero raramente utilizado: el modelo médico y político de la cuarentena.

Desde fines de la Edad Media existía no sólo en Francia sino en todos los países europeos "un reglamento de urgencia", como se llamaría hoy, que debía ser aplicado cuando la peste o una enfermedad epidémica, violenta, apareciera en la ciudad. Ese plan de urgencia consistía en lo siguiente:

1. Todas las personas debían permanecer en casa para ser localizadas en un lugar único. Cada familia en su hogar y, de ser posible, cada persona en su propio aposento. Nadie se debía mover.

2. La ciudad debía dividirse en barrios a cargo de una autoridad especialmente designada. De este jefe de distrito dependían los inspectores, que debían recorrer las calles durante el día o permanecer en sus extremos para verificar si alguien salía de su vivienda. Se trataba, pues, de un sistema de vigilancia generalizada que dividía y controlaba el espacio urbano.

3. Estos vigilantes de calle o de barrio debían presentar todos los días al alcalde de la ciudad un informe detallado de todo lo que habían observado. Se empleaba, por lo tanto, un sistema no sólo de vigilancia sino también de registro centralizado.

4. Los inspectores debían pasar revista diariamente a todos los habitantes de la ciudad. En todas las calles por donde pasaban pedían a cada habitante que se presentara en determinada ventana, a fin de verificar si seguía viviendo y de anotarlo en el registro general. El hecho de que una persona no apareciera en la ventana significaba que estaba enferma, que había contraído la peste, y por lo tanto había que recogerla para trasladarla a una enfermería especial fuera de la ciudad. Se trataba, pues, de una revisión exhaustiva de los vivos y de los muertos.

5. Se procedía a la desinfección casa por casa, con la ayuda de perfumes e inciensos.

Ese plan de cuarentena fue un ideal político-médico de la buena organización sanitaria de las ciudades en el siglo XVIII. Hubo fundamentalmente dos grandes modelos de organización médica en la historia occidental: uno suscitado por la lepra y otro por la peste.

En la Edad Media, en cuanto se descubría un caso de lepra era inmediatamente expulsado del espacio común, de la ciudad, desterrado a un lugar confuso donde su enfermedad se mezclaría con la de otros. El mecanismo de la exclusión era el de la purificación del medio urbano. Medicalizar a un individuo significaba separarlo y, de esta manera, purificar a los demás. Era una medicina de exclusión. El propio Internamiento de dementes, malhechores, pobres y vagabundos, a comienzos del siglo XVII, obedeció todavía a ese sistema de pensamiento.

En compensación, existió otro gran sistema político-médico que fue establecido no contra la lepra, sino contra la peste. En este caso la medicina no excluía ni expulsaba al enfermo a una región tétrica y llena de confusión. El poder político de la medicina consistía en distribuir a los individuos unos al lado de otros, aislarlos, individualizarlos, vigilarlos uno a uno, verificar su estado de salud, comprobar si vivían o habían muerto, y en mantener así a la sociedad en un espacio dividido, inspeccionado, constantemente vigilado y controlado por un registro lo más completo posible de todos los fenómenos ocurridos.

Hubo, pues, el esquema médico de reacción a la lepra, que era de exclusión, de exilio, de tipo religioso, de purificación de la ciudad, y el que suscitó la peste, en el que no se aplicaba el Internamiento y el agrupamiento fuera del centro urbano sino, por el contrario, se recurría al análisis minucioso de la ciudad, al registro permanente. El modelo religioso fue, pues, sustituido por el modelo militar, y es la revisión militar y no la purificación religiosa la que en el fondo sirvió esencialmente de modelo a esta organización político-médica.

La medicina urbana, con sus métodos de vigilancia y de hospitalización, no fue más que un perfeccionamiento, en la segunda mitad del siglo XVIII, del esquema político-médico de la cuarentena que había sido iniciado a fines de la Edad Media, en los siglos XVI y XVII. La higiene pública fue una variación refinada de la cuarentena y de ahí parte la gran medicina urbana que aparece en la segunda mitad del siglo XVIII y que se desarrolla sobre todo en Francia.

Los objetivos de la medicina urbana eran esencialmente los siguientes:

1. Analizar los lugares de acumulación y amontonamiento de todo lo que en el espacio urbano podía provocar enfermedades, lugares que generaban y difundían fenómenos epidémicos o endémicos. Se trataba fundamentalmente de los cementerios. Fue así como surgieron entre 1740 y 1750 las protestas contra el hacinamiento de los cementerios y comenzaron los primeros grandes desplazamientos de los cementerios hacia la periferia de la ciudad alrededor de 1780. En esta época aparece el cementerio individualizado, es decir, el ataúd individual, la sepultura reservada para las familias, donde se escribe el nombre de cada uno de sus miembros.

Es frecuente la creencia de que, en la sociedad moderna, el culto a los muertos se debe a las enseñanzas del cristianismo. No comparto esta opinión. No hay nada en la teología cristiana que induzca a creer en el respeto al cadáver propiamente dicho. El Dios cristiano Todopoderoso puede resucitar a los muertos aun cuando estén mezclados en el osario.

La individualización del cadáver, del ataúd y de la tumba aparecieron a fines del siglo XVIII por razones no teológico-religiosas de respeto al cadáver, sino por motivos político-sanitarios de respeto a los vivos. Para proteger a los vivos de la influencia nefasta de los muertos, era preciso que estos últimos estuviesen tan bien clasificados -o mejor, si ello era posible- que los primeros.

De esta manera apareció en la periferia de las ciudades, a fines del siglo XVIII, un verdadero ejército de muertos tan bien alineados como una tropa a la que se pasa revista, pues era necesario controlar, analizar y reducir ese peligro perpetuo que constituyen los muertos. En consecuencia, se los debía colocar en el campo, ordenadamente uno al lado del otro en las grandes planicies que circundaban las ciudades.

No era una idea cristiana, sino médica, política. La mejor prueba es que, cuando se pensó en el traslado del Cementerio de los Inocentes de París, se acudió a Fourcroy, uno de los más grandes químicos de fines del siglo XVIII, para saber cómo había que combatir la influencia de ese cementerio, y fue él quien pidió que se trasladase, fue él quien, al estudiar las relaciones del organismo vivo y el aire que se respira, se encargó de esta primera policía médica urbana, sancionada por el exilio de los cementerios.

Otro ejemplo es el caso de los mataderos, también situados en el centro de París, respecto de los cuales se decidió, después de consultar con la Academia de Ciencias, instalarlos en los alrededores de la ciudad, al este, en La Villette.

El primer objetivo de la medicina consistía, por lo tanto, en analizar los sectores de hacinamiento, de confusión y de peligro en el recinto urbano.

2. La medicina urbana tuvo un nuevo objetivo: el control de la circulación, no de la circulación de los individuos sino de las cosas o de los elementos, esencialmente el agua y el aire.

Era una vieja creencia del siglo XVIII la de que el aire influía directamente sobre el organismo, porque transportaba miasmas o porque su excesiva frialdad, calor, sequedad o humedad se transmitían al organismo y, por último, que el aire ejercía, por acción mecánica, una presión directa sobre el cuerpo. El aire era considerado uno de los grandes factores patógenos.

Pero ¿cómo mantener las cualidades del aire en una ciudad y lograr un aire sano cuando éste está bloqueado y no puede circular entre los muros, las casas, los recintos, etc.? Surge entonces la necesidad de abrir grandes avenidas en el espacio urbano para mantener el buen estado de salud de la población. Por consiguiente se solicitó la opinión de comisiones de la Academia de Ciencias, de médicos, químicos y otros especialistas, acerca de los mejores métodos de ventilación de las ciudades. Uno de los casos más conocidos fue la destrucción de casas que se encontraban en los puentes de las ciudades. A causa de la aglomeración y del precio del terreno, durante la Edad Media, y también en los siglos XVII y XVIII, algunas viviendas se construyeron en los puentes. Se consideró, entonces, que esas casas impedían la circulación del aire por encima de los ríos y que retenían el aire húmedo en sus márgenes, y fueron sistemáticamente demolidas. Se llegó incluso a calcular las muertes que fueron evitadas gracias al derribo de tres casas construidas sobre el Pont Neuf: 400 personas por año, 20.000 en 50 años, etcétera.

Se organizaron, por lo tanto, corredores de aire, así como también de agua. En París, en 1767, un arquitecto llamado Moreau tuvo la idea precoz de proponer un plan modelo para la organización de las márgenes e islas del Sena, que no se aplicó hasta comienzos del siglo XIX, con el fin de que la propia corriente del río limpiara de miasmas a la ciudad.

Así, pues, el segundo objetivo de la medicina urbana era el control y establecimiento de una buena circulación del agua y el aire.

3. Otra gran finalidad de la medicina urbana fue la organización de lo que podríamos llamar distribuciones y secuencias. ¿Dónde colocar los diferentes elementos necesarios a la vida común de la ciudad? Se planteaba el problema de la posición recíproca de las fuentes y los desagües o de las bombas y los lavaderos fluviales. ¿Cómo evitar la filtración de aguas fecales en las fuentes de agua para beber? ¿Cómo evitar que la bomba que abastecía de agua a la población no aspirara agua sucia de los lavaderos vecinos?

En la segunda mitad del siglo XVIII se consideraba que esa desorganización era la causa de las principales enfermedades epidémicas de las ciudades. Ello dio origen a la elaboración del primer plan hidrográfico de París, en 1742, que fue la primera investigación sobre los lugares en que se podía extraer agua que no hubiera sido contaminada por las cloacas y sobre política de la vida fluvial. Al estallar la Revolución Francesa en 1789, la ciudad de París ya había sido detenidamente estudiada por una policía médica urbana, que había establecido las directrices de lo que debería realizar una verdadera organización de salud de la ciudad.

Sin embargo, a fines del siglo XVIII no se tocó el tema del conflicto entre la medicina y los otros tipos de poder: la propiedad privada. La política autoritaria con respecto a la propiedad privada no fue esbozada en el siglo XVIII, salvo en uno de sus aspectos: las cuevas.

Las cuevas que pertenecen al propietario de la casa quedan sujetas a ciertas regulaciones en cuanto a su uso y a la construcción de galerías.

Este era el problema de la propiedad del subsuelo en el siglo XVIII, planteado a partir de la tecnología minera. Desde el momento en que se supo construir minas de profundidad surgió el problema de su pertenencia. A mediados del siglo XVIII se elaboró una legislación autoritaria sobre el subsuelo, que disponía que su propiedad no correspondía al dueño del suelo, sino al Estado y al rey. De esa forma el subsuelo de París fue controlado por las autoridades, mientras que el terreno de superficie, al menos lo que concierne a la propiedad privada, no lo fue. Los espacios comunes, como los lugares de circulación, los cementerios, los osarios y los mataderos fueron controlados, lo que no sucedió con la propiedad privada antes del siglo XIX.

La medicalización de la ciudad en el siglo XVIII es importante por varias razones:

1. Por intermedio de la medicina social urbana, la profesión médica se puso directamente en contacto con otras ciencias afines, fundamentalmente la química. Desde la época de confusión en que Paracelso y Vahelmont trataron de establecer las relaciones entre la medicina y la química no se logró nada más a este respecto. Y fue precisamente el análisis del aire, de la corriente de aire, de las condiciones de vida y de la respiración lo que puso en contacto a la medicina y a la química. Fourcroy y Lavoisier se interesaron por el problema del organismo por mediación del control del aire urbano.

La intercalación de la práctica médica en un cuerpo de ciencia físico-química se hizo a través de la urbanización. No se pasó a una medicina científica a través de la medicina privada, individualista, ni gracias a la mediación de una mayor atención al individuo. La introducción de la medicina en el funcionamiento general del discurso y del saber científicos se hizo a través de la socialización de la medicina, del establecimiento de una medicina colectiva, social, urbana. A ello se debe la importancia de la medicina urbana.

2. La medicina urbana no es realmente una medicina del hombre, del cuerpo y del organismo, sino una medicina de las cosas; es una medicina de las condiciones de vida del medio de existencia.

Esta medicina de las cosas ya esbozaba, sin emplear todavía el término, el concepto de medio ambiente que los naturalistas a fines del siglo XVIII, como Cuvier, iban a desarrollar. La relación entre organismo y medio se estableció simultáneamente en el orden de las ciencias naturales y de la medicina por intermedio de la medicina urbana. No se pasó del análisis del organismo al análisis del medio ambiente. La medicina pasó del análisis del medio al de los efectos del medio sobre el organismo y finalmente al análisis del propio organismo. La organización de la medicina urbana fue importante para la constitución de la medicina científica.

3. Con la medicina urbana aparece, poco antes de la Revolución Francesa, -y es un hecho que habría de tener importancia considerable para la medicina social- la noción de salubridad. Una de las decisiones tomadas por la Asamblea Constituyente en 1790 o 1791 fue, por ejemplo, la creación de comités de salubridad en las provincias y ciudades principales.

Es preciso señalar que salubridad no es lo mismo que salud, pero se refiere al estado del medio ambiente y sus elementos constitutivos que permiten mejorar esta última. La salubridad es la base material y social capaz de asegurar la mejor salud posible a los individuos. Correlacionado con ella surge el concepto de higiene pública como la técnica de control y de modificación de los elementos del medio que pueden favorecer o perjudicar la salud.

Salubridad e insalubridad significan el estado de las cosas y del medio en cuanto afectan a la salud; la higiene pública es el control político-científico de este medio.

El concepto de salubridad apareció, pues, al comienzo de la Revolución Francesa, y el de higiene pública iba a ser el concepto que en la Francia de principios del siglo XIX abarcara lo esencial de la medicina social. Una de las grandes revistas médicas de esta época, la *Revue d'hygiène publique*, que empezó a publicarse en 1820, se convirtió en el portavoz de la medicina social francesa.

Esta medicina distaba mucho de la medicina del Estado tal y como ésta se definía en Alemania, pues estaba mucho más cerca de las pequeñas comunidades, las ciudades y los barrios, y al mismo tiempo no contaba con ningún instrumento específico de poder. El problema de la propiedad privada, principio sagrado, impidió que esta medicina se viese dotada de un poder fuerte. Pero si bien la "Staatsmedizin" alemana le gana en poder, no cabe duda de que su agudeza de observación y su cientificidad son superiores.

Gran parte de la medicina científica del siglo XIX tuvo su origen en la experiencia de esta medicina urbana que se desarrolló a fines del siglo XVIII.

MEDICINA DE LA FUERZA LABORAL

La tercera dirección de la medicina social puede ser analizada a través del ejemplo inglés. La medicina de los pobres, de la fuerza laboral, del obrero, no fue la primera meta de la medicina social, sino la última. En primer lugar el Estado, en segundo la ciudad, y por último los pobres y los trabajadores fueron objeto de la medicalización.

Lo que caracteriza a la medicina urbana francesa es el respeto por la vivienda privada y la norma de que el pobre, la plebe, el pueblo, no debía ser considerado como un elemento peligroso para la salud de la población. El pobre, el obrero, no fue analizado como los cementerios, los osarios, los mataderos, etcétera.

¿Por qué en el siglo XVIII no se planteó el problema de los pobres como fuente de peligro médico? Las razones fueron varias. Una de orden cuantitativo: el hacinamiento no era todavía tan grande como para que la pobreza significara un peligro. Pero hubo una razón más importante: la de que el pobre funcionaba en el interior de la ciudad como una condición de la existencia urbana.

Los pobres de la ciudad hacían diligencias, repartían cartas, recogían la basura, retiraban de la ciudad muebles, ropas y trapos viejos que luego redistribuían o vendían... Formaban por tanto parte de la instrumentación de la vida urbana. En esa época las casas no estaban numeradas ni había servicio postal y nadie mejor que los pobres conocían la ciudad con todos los detalles e intimidades y cumplían una serie de funciones urbanas fundamentales, como el acarreo de agua o la eliminación de los desechos.

En la medida en que estaban integrados en el contexto urbano, como las cloacas o la canalización, los pobres desempeñaban una función indiscutible y no podían ser considerados como un peligro.

A su manera y en la posición en que se situaban los pobres eran bastante útiles. Hasta el segundo tercio del siglo XIX no se planteó el problema como un verdadero peligro. Y ello por varias razones:

1. Razón política. Durante la Revolución Francesa y en Inglaterra durante las grandes agitaciones de comienzos del siglo XIX, la población necesitada se convierte en una fuerza política capaz de rebelarse o por lo menos de participar en las revueltas.

2. En el siglo XIX se encontró un medio que sustituía en parte los servicios prestados por la población, como el establecimiento, por ejemplo, de un sistema postal y un sistema de cargadores, lo que provocó una serie de disturbios populares en protesta por esos sistemas que privaban del pan y de la posibilidad de vivir a los más pobres.

3. Con la epidemia de cólera de 1832, que comenzó en París y se propagó a toda Europa, cristalizaron una serie de temores políticos y sanitarios con respecto a la población proletaria o plebeya.

A partir de esa época, se decidió dividir el recinto urbano en sectores pobres y ricos. Se consideró que la convivencia de pobres y ricos en un medio urbano entrelazado constituía un peligro sanitario y político para la ciudad y ello originó el establecimiento de barrios pobres y ricos, con viviendas de pobres y de ricos. El poder político comenzó entonces a intervenir en el derecho de la propiedad y de la vivienda privada. Fue éste el momento de la gran redistribución, en el segundo Imperio Francés, del área urbana de París.

Estas son las razones por las cuales hasta el siglo XIX la población plebeya urbana no fue considerada como un peligro médico.

En Inglaterra -país que experimentaba el desarrollo industrial y, por consiguiente, el desarrollo del proletariado, más rápido e importante- aparece una nueva forma de medicina social, sin que ello signifique que no existieran en Inglaterra proyectos de medicina de Estado al estilo alemán. Chadwick, por ejemplo, hacia 1840, se inspiró en gran parte en los métodos alemanes para la elaboración de sus proyectos. Además, Ramsay escribió en 1846 un libro titulado *Health and Sickness of Town Populations*, que refleja el contenido de la medicina urbana francesa.

Es esencialmente la "Ley de pobres" lo que convierte a la medicina inglesa en medicina social, en la medida en que las disposiciones de esa ley implicaban un control médico del indigente. A partir del momento en el que el pobre se beneficia del sistema de asistencia, queda obligado a someterse a varios controles médicos.

Con la "Ley de pobres" surge, de manera ambigua, un importante factor en la historia de la medicina social: la idea de una asistencia fiscalizada, de una intervención médica que constituya un medio de ayudar a los más pobres a satisfacer unas necesidades de salud que por su pobreza no podrían atender y que al mismo tiempo permitiría mantener un control por el cual las clases adineradas, o sus representantes en el gobierno, garantizaban la salud de las clases necesitadas y, por consiguiente, la protección de la población más privilegiada. Así se establece un cordón sanitario autoritario en el interior de las ciudades entre los ricos y los pobres: a estos últimos se les ofrece la posibilidad de recibir tratamiento gratuito o sin mayores gastos y los ricos se libran de ser víctimas de fenómenos epidémicos originarios de la clase pobre.

En la legislación médica se ve claramente la transposición del gran problema político de la burguesía en esa época: ¿a qué precio?, ¿en qué condiciones?, ¿cómo garantizar su seguridad política? La legislación médica contenida en la "Ley de pobres" correspondía a ese proceso. Pero esta ley -y la asistencia-protección y asistencia-control que implica- fue sólo el primer elemento de un complejo sistema cuyos otros elementos aparecieron más tarde, alrededor de 1870, con los grandes fundadores de la medicina social inglesa, principalmente John Simon, quienes completaron la legislación médica de un servicio

autoritario, no de los cuidados médicos, sino del control médico de la población. Se trata de los sistemas de "health service", de "health offices", que comenzaron en Inglaterra en 1875 y que a fines del siglo XIX se aproximaban a 1.000, con las funciones siguientes:

1. Control de la vacunación, obligando a los diferentes elementos de la población a inmunizarse.
2. Organización del registro de las epidemias y de las enfermedades susceptibles de convertirse en epidemias, haciendo obligatoria la declaración de enfermedades peligrosas.
3. Identificación de lugares insalubres y, oportunamente, destrucción de esos focos de insalubridad.

El "health service" era el segundo elemento que prolongaba la "Ley de pobres". Mientras esta ley comprendía un servicio médico destinado a los pobres propiamente dichos, el "health service" tenía como características la protección de toda la población por igual y el estar constituido por médicos que ofrecían cuidados que no eran individuales sino que incluían a la población en general, a las medidas preventivas que debían ser tomadas y, al igual que en la medicina urbana francesa, a las cosas, los locales y el medio social.

Sin embargo, el análisis del funcionamiento del "health service" revela que era un modo de completar en el ámbito colectivo los mismos controles garantizados por la "Ley de pobres". La intervención en los locales insalubres, las verificaciones de la vacunación, los registros de enfermedades, todas estas medidas en realidad tenían por objeto el control de las clases más necesitadas.

Precisamente por esta razón el control médico inglés, garantizado por los "health service", provocó, desde su creación, una serie de reacciones violentas de la población, de resistencia popular, de pequeñas insurrecciones antimédicas en la Inglaterra de la segunda mitad del siglo XIX. Esas resistencias médicas fueron señaladas por McKeown en una serie de artículos publicados en la revista *Public Law* en 1967. Creo que sería interesante analizar no sólo en Inglaterra sino en diversos países del mundo cómo esa medicina organizada en forma de control de la población menesterosa suscitó resistencias. Por ejemplo, es curioso observar que los grupos religiosos disidentes, tan numerosos en los países anglosajones de religión protestante, tenían esencialmente por objeto, en los siglos XVII y XVIII, luchar contra la religión del Estado y la intervención del Estado en materia religiosa. Sin embargo, los que reaparecieron en el siglo XIX eran grupos disidentes de diverso tipo en los distintos países, cuya finalidad era combatir la medicalización, reivindicar el derecho a la vida, el derecho a enfermarse, a curarse y a morir, según el deseo propio. Ese deseo de escapar de la medicalización autoritaria fue uno de los aspectos que caracterizaron a varios grupos aparentemente religiosos, con vida intensa, a fines del siglo XIX y aún hoy en día.

En los países católicos la situación fue diferente. ¿Qué otro significado tiene la peregrinación a Lourdes, desde fines del siglo XIX hasta la época actual, para los millones de peregrinos pobres que acuden allí todos los años, más que una especie de resistencia imprecisa a la medicalización autoritaria de sus cuerpos y de sus enfermedades?

En lugar de ver en esas prácticas un fenómeno residual de creencias arcaicas todavía no desaparecidas, ¿no serán acaso una forma actual de lucha política contra la medicalización políticamente autoritaria, la socialización de la medicina, el control médico que pesa esencialmente en la población necesitada?; ¿no serán luchas que reaparecen en esas formas aparentemente arcaicas, aunque sus instrumentos sean antiguos, tradicionales, y supongan un sistema de creencias más o menos abandonadas? La vigorosidad de esas prácticas todavía

actuales estriba en que constituyen una reacción contra esa medicina de los pobres, al servicio de una clase, de la que la medicina social inglesa es un ejemplo.

De manera general se puede afirmar que, a diferencia de la medicina del Estado alemán del siglo XVIII, aparece en el siglo XIX, y sobre todo en Inglaterra, una medicina que consiste esencialmente en un control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, para que fueran más aptas para el trabajo y menos peligrosas para las clases adineradas.

Esa fórmula de la medicina social inglesa fue la que tuvo futuro, contrariamente a lo que le ocurrió a la medicina urbana y sobre todo a la medicina del Estado. El sistema inglés de Simon y sus sucesores permitió, por un lado, vincular tres cosas: la asistencia médica al pobre, el control de la salud de la fuerza laboral y la indagación general de la salud pública, protegiendo así a las clases más ricas de los peligros generales, y por otro lado -y en ello consiste su originalidad- permitió la realización de tres sistemas médicos superpuestos y coexistentes: una medicina asistencial dedicada a los más pobres, una medicina administrativa encargada de problemas generales, como la vacunación, las epidemias, etc., y una medicina privada que beneficiaba a quien tenía medios para pagarla.

Mientras que el sistema alemán de la medicina de Estado era oneroso y la medicina urbana francesa era un proyecto general de control sin instrumento preciso de poder, el sistema inglés hizo posible la organización de una medicina con facetas y formas de poder, diferentes según se tratara de la medicina asistencial, administrativa o privada, de sectores bien delimitados que permitieron, durante los últimos años del siglo XIX, la existencia de una indagación médica bastante completa. Con el plan Beveridge y los sistemas médicos de los países ricos e industrializados de la actualidad, se trata siempre de hacer funcionar esos tres sectores de la medicina, aunque sean articulados de manera diferente.