

Michel Foucault
Estrategias de poder

Paidós
Básica

Introducción, traducción y edición a cargo de
Julia Varela y Fernando Álvarez Uría

100 años

OBRAS ESENCIALES
VOLUMEN II

14. NACIMIENTO DE LA MEDICINA SOCIAL

«El nacimiento de la medicina social», *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, 6, enero-abril de 1977, págs. 89-108 (Segunda conferencia pronunciada en el marco del curso sobre medicina social que tuvo lugar en la Universidad del Estado de Río de Janeiro, octubre de 1974).

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

1. *La biohistoria*, es decir, los efectos 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. De hecho, la historia de la especie humana no permaneció indiferente a la medicalización. Éste es un primer campo de estudio aún no muy bien analizado, pero ya delimitado.

Sabemos que diferentes enfermedades infecciosas desaparecieron de Occidente incluso antes de introducirse la gran quimioterapia del siglo XX. La peste, o el conjunto de enfermedades a las que los cronistas, historiadores y médicos dieron este nombre, se apaga a lo largo de los siglos XVIII y XIX sin que se conozcan las razones ni los mecanismos de esta desaparición, que debe ser estudiada.

Otro caso célebre es el de la tuberculosis. Por cada setecientos enfermos que morían de tuberculosis en 1820, sólo trescientos cincuenta corrían la misma suerte en 1882, el año en el que Koch descubrió el bacilo que le haría famoso; y cuando en 1945 se introdujo la quimioterapia, la cifra quedó reducida a cincuenta. ¿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 que el cambio de las condiciones socioeconómicas, los fenómenos de adaptación, los de resistencia del organismo, el propio debilitamiento del bacilo, así como las medidas de higiene y de aislamiento, ejercieron un papel 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 técnicas terapéuticas.

En Francia, un grupo de historiadores —como Leroy Ladurie y Jean-Pierre Peter—^{*} comenzaron a analizar estos fenómenos, y examinaron, partiendo de estadísticas del reclutamiento militar en el siglo XIX, 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 vieron englobados, a partir del siglo XVIII, en una red de medicalización cada vez más densa y más extensa, red que cuanto más funciona menos cosas deja fuera de control.

La investigación médica, cada vez más penetrante y minuciosa, y la extensión de las instituciones de salud también merecen ser estudiadas. Y esto es lo que intento hacer 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 a comienzos del siglo XIX, mientras que otros se dedican al estudio de los hospitales, y piensan realizar un estudio del hábitat, y de todo lo relacionado con él: sistema de desagües, las vías de transporte, los equipos colectivos que aseguran el funcionamiento de la vida cotidiana, concretamente, 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. Éste es un problema difícil y complejo cuyos antecedentes no se conocen todavía muy bien. En Francia hay un grupo que se dedica a investigar ese tema, el *Centre d'Études et de Recherches du Bien-être* (CEREBRE), del que forman parte Alain Letourmy, Serge Karsenty y Charles Dupuy, que estudian principalmente los problemas de consumo de la salud en los últimos treinta años.

* Le Roy Ladurie (E.), Peter (J.-P.), Dumont (P.), *Anthropologie du conscrit français d'après les comptes numériques et sommaires du recrutement de l'armée (1819-1826)*, Paris, Mouton, Col. «Civilisations et Sociétés», 1972, pág. 28.

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

Se observa con frecuencia que ciertos críticos de la medicina actual defienden la idea de que la medicina antigua —griega y egipcia—, o las formas de medicina de las sociedades primitivas, son medicinas sociales, colectivas, que no están centradas en el individuo. Mi ignorancia en lo que se refiere a la etnología y a la egiptología me impide opinar sobre el problema; pero, a pesar de los escasos conocimientos que poseo de la historia griega, semejante 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 hacen algunos, 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 ligada a una economía capitalista, ¿es una medicina individual o individualista que únicamente conoce la relación de mercado del médico con el enfermo, e ignora la dimensión global, colectiva de la sociedad?

Procuraré demostrar que la medicina moderna no es una medicina individual o individualista, sino que es una medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social; la medicina es una práctica social, y sólo en alguno de sus aspectos es individualista y valora las relaciones entre el médico y el paciente.

Quisiera hacer referencia, en este sentido, al libro de Varn L. Bullough, *The Development of Medicine as a Profession: The Contribution of the Medieval University to Modern Medicine*,^{*} en el que se muestra claramente el carácter individualista de la medicina medieval, mientras que la dimensión colectiva de la actividad médica es extraordinariamente discreta y limitada.

Defiendo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino que ocurrió precisamente lo contrario; el capitalismo que se desarrolló a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuer-

* Nueva York, Hafner Publications, 1965.

po, en función de la fuerza productiva, de la fuerza de trabajo. El control de la sociedad sobre los individuos no se operó simplemente a través de la conciencia o de la ideología, sino que se ejerció en el cuerpo, y con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo más importante era lo biopolítico, lo somático, lo corporal. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.

¿Cómo se produjo esta socialización? Quisiera explicar mi posición a partir de algunas hipótesis generalmente aceptadas. Es cierto que el cuerpo humano fue reconocido política y socialmente como fuerza de trabajo. Sin embargo, parece característico de la evolución de la medicina social, o sea de la propia medicina occidental, que al principio el poder médico no se preocupó del cuerpo humano en tanto que fuerza de trabajo. La medicina no estaba interesada por el cuerpo del proletario, por el cuerpo humano, como instrumento de trabajo. Hasta la segunda mitad del siglo XIX no se planteó el problema del cuerpo, de la salud y de la fuerza productiva de los individuos.

Se podrían reconstruir tres etapas de la formación de la medicina social: la medicina de Estado, la medicina urbana, y, en fin, la medicina de la fuerza de trabajo.

MEDICINA DE ESTADO

La «medicina de Estado» se desarrolló principalmente en Alemania a comienzos del siglo XVIII. Sobre este problema específico conviene recordar la afirmación de Marx, para quien la economía era inglesa, la política francesa, y la filosofía alemana, pues de hecho fue en Alemania donde se formó en el siglo XVII —mucho antes que en Francia e Inglaterra— lo que se puede denominar la ciencia del Estado. El concepto de *Staatswissenschaft* es un producto de Alemania, y bajo el nombre de «ciencia de Estado» se pueden reagrupar dos aspectos que surgen, en esa época, en ese país:

—Por un lado, un saber 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 constituyen una especialidad, una disciplina alemana del siglo XVIII.

—Por otro lado, la expresión «ciencia de Estado» designa los métodos de los que se sirve el Estado para producir y acumular los conocimientos que le permiten garantizar su funcionamiento.

El Estado, como objeto de saber, y como instrumento y lugar de adquisición de conocimientos específicos, 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 preocuparon en absoluto de esta cuestión del nacimiento de la ciencia de Estado o de una ciencia estatal en Alemania. A mi juicio ello se debe al hecho de que Alemania no se convirtió en Estado unitario hasta el siglo XIX, tras una yuxtaposición de cuasiEstados, pseudoEstados, 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. Esas pequeñas dimensiones de los Estados, su gran proximidad, sus perpetuos conflictos y enfrentamientos, la relación de fuerzas siempre desequilibradas y variables, les obligaron a sopesarse y a compararse unos con otros, a imitar sus métodos y a tratar de sustituir la fuerza por otros tipos de relación.

Mientras que los grandes Estados, como Francia e Inglaterra, podían funcionar relativamente bien, al estar provistos de poderosas maquinarias como el 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 de Estado en la Alemania del siglo XVIII es la falta de desarrollo económico, o su estancamiento, tras la Guerra de los 30 años y tras los grandes tratados de Francia y Austria.

Tras el primer movimiento de desarrollo de Alemania, en la época del Renacimiento, surgió una burguesía limitada, cuyo desarrollo económico se vio bloqueado en el siglo XVII, lo que le impidió encontrar una ocupación y subsistir en el comercio, mediante la manufactura y la industria naciescentes. La burguesía buscó entonces apoyo en los soberanos y formó un cuerpo de funcionarios disponibles para la maquinaria estatal que los propios príncipes tenían que orquestar para modificar las relaciones de fuerza con sus vecinos.

Esta burguesía económicamente poco activa se pasó al bando de los príncipes que se enfrentaban a una situación de lucha permanente y les ofreció sus hombres, sus capacidades, sus recursos, etc., para la organización de los Estados. De ahí que el concepto moderno de Estado, con todo su aparato, sus funcionarios, su saber, se desarrollase 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 políticamente más inestable. Mientras Francia e Inglaterra se aferraban a las viejas estructuras, Prusia se convertía en el primer modelo de Estado moderno.

Estas anotaciones históricas sobre el nacimiento de la ciencia y de reflexión sobre el Estado en el siglo XVIII, sólo pretenden explicar cómo y por qué la medicina de Estado pudo aparecer antes en Alemania que en otros países.

A partir de finales 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 mercancías y la actividad productiva de la población. La política mercantilista se basaba esencialmente en el aumento de la producción y de la población activa con el fin de establecer intercambios comerciales que permitieran a Europa alcanzar la mayor afluencia monetaria posible, gracias a la cual podría costear el mantenimiento de los ejércitos y de toda la maquinaria que asegurase la fuerza real de un Estado en sus relaciones con los demás.

Desde esta perspectiva, Francia, Inglaterra y Austria comenzaron a evaluar la fuerza activa de su población. Así surgieron en Francia las estadísticas de natalidad y mortalidad, y en Inglaterra los grandes censos de población que se iniciaron a comienzos del siglo XVII. Pero tanto en Francia como en Inglaterra la única preocupación sanitaria del Estado consistía entonces en establecer sus tablas de natalidad y de mortalidad, convertidas en verdaderos indicadores de salud y de crecimiento de la población, sin que existiese ninguna intervención 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 pública. Frank y Daniel, por ejemplo, propusieron, entre 1750 y 1770, programas que iban en esta dirección; fue lo que se llamó por primera vez la policía médica de un Estado. El concepto de *Medizinische-polizei*, policía médica, que se crea en 1764, supone algo más que un simple recuento de la mortalidad o de la natalidad.

La policía médica, programada en Alemania a mediados del siglo XVII, e implantada a finales del mismo siglo, y comienzos del siglo XVIII, se caracterizaba por los siguientes rasgos:

—Un sistema mucho más completo de observación de la morbilidad que el existente con las simples tablas de natalidad y mortalidad, basado en la información requerida a los hospitales y a los médicos de diferentes ciudades o regiones, y en el registro, realizado por el propio Estado, de los diferentes fenómenos epidémicos o endémicos observados.

—La normalización de la práctica y del saber médico fue otro fenómeno muy importante que conviene subrayar. Hasta entonces se dejaba 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. Surgió entonces la idea de una normalización de la enseñanza médica, y especialmente de un control estatal de los programas de enseñanza, así como la concesión de títulos. La medicina y el médico, fueron, por lo tanto, el primer objeto de la normalización. El concepto de normalización empezó a aplicarse antes al médico que al enfermo. El médico fue el primer individuo normalizado en Alemania. En Europa, ese movimiento hacia la normalización requiere ser estudiado por aquellos que se interesan por 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 orientó, en un 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. Una vez que se normalizaron 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 en torno a 1775 y se institucionalizaron en 1790-1791. Francia normalizó sus cañones y sus profesores, mientras que Alemania normalizó a sus médicos.

—Una organización administrativa para controlar la actividad de los médicos. En Prusia, al igual que en los otros Estados de Alemania, en el ámbito de ministerio de la administración central, se encomienda la función de reunir la información que los médicos transmitían a una oficina especializada; observar cómo se realizaban las encuestas médicas sobre la población; verificar qué trata-

mientos se administraban; descubrir cuáles eran las reacciones ante la aparición de una enfermedad epidémica y, por último, expedir órdenes en función de esas informaciones centralizadas. Todo ello suponía, por tanto, la subordinación de la práctica médica a un poder administrativo superior.

—La creación de funcionarios médicos nombrados por el gobierno que asumen la responsabilidad de una región. Estos médicos obtienen su poder del ejercicio de autoridad que les confería su saber. Éste fue el proyecto adoptado por Prusia a comienzos del siglo XIX, una especie de pirámide que iba desde el médico de distrito encargado de una población de entre seis mil y diez mil habitantes, hasta los responsables de una región mucho más importante cuya población estaba comprendida entre los treinta y cinco mil y los cincuenta mil habitantes. En ese momento surge el médico en tanto que administrador de salud.

La organización de un saber médico estatal, la normalización de la profesión médica, la subordinación de los médicos a una administración general y, por último, la integración de los diferentes médicos en una organización médica de Estado, dieron lugar a una serie de fenómenos completamente nuevos que caracterizan lo que se podría denominar como una medicina de Estado.

Esta medicina de Estado, que apareció con una cierta precocidad puesto que existió con anterioridad a la creación de la gran medicina científica de Morgagni y Bichat, no tuvo por objeto la formación de una fuerza de trabajo adaptada a las necesidades de la industria que en ese momento se desarrollaba. A esa administración pública de salud no le interesaba el cuerpo de los trabajadores, sino el cuerpo de los propios individuos que, en su conjunto, constituían el Estado. No se trataba de la fuerza de trabajo, sino de la fuerza del Estado frente a estos conflictos, sin duda económicos, pero también políticos, que los enfrentaba con los países vecinos. Por eso la medicina debía perfeccionar y desarrollar esa fuerza estatal. Esta preocupación de la medicina de Estado implicaba una cierta solidaridad económico-política. Sería falso, por lo tanto, pretender vincularla al interés inmediato de obtener una fuerza de trabajo disponible y vigorosa.

El ejemplo de Alemania 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, nin-

gún Estado se atrevió a proponer una medicina tan claramente burocratizada, colectivizada y «estatalizada». Por consiguiente, no se produjo una transformación progresiva hacia una medicina cada vez más «estatalizada» y socializada, sino que más bien, por el contrario, la gran medicina clínica del siglo XIX estuvo inmediatamente precedida por una medicina extraordinariamente estatalizada. Los otros sistemas de medicina social de los siglos XVIII y XIX no fueron sino derivaciones atenuadas de este modelo profundamente estatista y administrativo que estaba ya introducido en Alemania.

Ésta es la primera serie de fenómenos a la que quería referirme, fenómenos que, en general, no recibieron gran atención por parte de los historiadores de la medicina, aunque hay que exceptuar el análisis muy preciso realizado por Georges Rosen en la serie de estudios sobre las relaciones entre el cameralismo, el mercantilismo y el concepto de policía médica. El propio Rosen publicó en 1953, en el *Bulletin of History of Medicine*, un artículo sobre este problema, titulado *Cameralism and concept of medical police*.^{*} Tema que estudió posteriormente en su libro *A History of Public Health*.^{**}

MEDICINA URBANA

La segunda trayectoria del desarrollo de la medicina social está representada por el ejemplo de Francia, en donde, a finales 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, la medicina social se desarrolló en Francia a raíz de la expansión de las estructuras urbanas.

Para saber cómo y por qué ocurrió este fenómeno hagamos un poco de historia. Es preciso imaginarse 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 seglares, por la Iglesia, por comunidades religiosas y por corporaciones, poderes que tenían autonomía y jurisdicción pro-

^{*} T. XXVII, 1953, págs. 21-42 (El artículo está traducido al español, junto con otros textos, en el libro de G. Rosen, *De la policía médica a la medicina social*, México, Siglo XXI, 1985).

^{**} Nueva York, M. D. Publications, 1958.

pías. Existían además los representantes del Estado: los representantes del poder real, el comisario de policía y los representantes de los poderes parlamentarios.

En la segunda mitad del siglo XVIII se planteó el problema de la unificación del poder urbano. En ese momento surgió la necesidad, al menos en las grandes aglomeraciones, de unificar la ciudad, de organizar el cuerpo urbano de un modo coherente y homogéneo, de gobernarlo mediante un poder único y bien reglamentado.

En este sentido entraron en juego diferentes factores. En primer lugar, indudablemente, existieron razones económicas. A medida que la ciudad se iba convirtiendo en un importante centro de mercado que centralizaba las actividades comerciales, y no simplemente en el ámbito regional, sino también a escala nacional y aun internacional, se hacía 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 convirtió 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, empezó a reducirse a una especie de enfrentamiento entre ricos y pobres, plebe y burguesía, que se tradujo en disturbios y sublevaciones urbanas cada vez más numerosos y frecuentes. Los llamados motines de subsistencia —es decir, el hecho de que en un momento de subida de precios o bajada de salarios, los más pobres, al no poder alimentarse, saquearan los silos, mercados y graneros—, eran fenómenos que, si bien no fueron enteramente nuevos en el siglo XVIII, cobraron cada vez mayor ímpetu y condujeron a las grandes conmociones contemporáneas de la Revolución francesa.

Se puede afirmar, en resumen, 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 y atacaban 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

proletarización. De ahí la necesidad de un verdadero poder político capaz de afrontar el problema planteado por esta población urbana.

En estos momentos surge y se acrecienta un sentimiento de miedo, de angustia, frente a la ciudad. Por ejemplo, Cabanis, filósofo de finales del siglo XVIII, comentaba respecto a la ciudad que cada vez que los hombres se reúnen en lugares cerrados, sus costumbres y su salud se degradan. Nació entonces lo que se puede denominar el miedo urbano, un miedo a la ciudad, la angustia ante la ciudad, tan característica de la época: miedo a los talleres y a las 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 los sótanos sobre los 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 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 crea a medida que se desarrolla el entramado 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 adoptar medidas.

En este 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 tradicionales, lo reivindicaba para sí? Recurrió a un modelo de intervención bien conocido, pero raramente utilizado: el modelo de la cuarentena.

Desde fines de la Edad Media existía, no sólo en Francia sino en todos los países europeos, lo que podríamos denominar «un plan de urgencia». Este plan debía ser aplicado cuando la peste, o cualquier otra epidemia grave, hacía acto de presencia en la ciudad. Este plan de urgencia comprendía las siguientes medidas:

1. Todas las personas debían permanecer en casa para ser localizadas en un lugar determinado. Cada familia en su hogar y, a ser posible, cada persona en su propio aposento. Nadie debía moverse.

2. La ciudad debía de 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 las esquinas 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 generalizada, sino también un sistema centralizado de información.

4. Los inspectores debían pasar revista diariamente a todas las casas de la ciudad. En todas las calles por donde pasaban pedían a cada habitante que se asomara a una determinada ventana, a fin de verificar si seguía viviendo, y anotarlo a continuación en el registro. El hecho de que una persona no apareciera en la ventana significaba que estaba enferma, que había contraído la peste, y por lo tanto que había que recogerla para trasladarla a una enfermería especial fuera de la ciudad. Se operaba, por tanto, 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.

Este plan de cuarentena representó el 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, el otro por la peste.

En la Edad Media, en cuanto se descubría un caso de lepra, el leproso era inmediatamente expulsado del espacio común, de la ciudad, desterrado a un lugar confuso donde su enfermedad se mezclaba con la de otros enfermos. El mecanismo de la expulsión 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 este sistema de pensamiento.

Existió, por el contrario, 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, controlar su estado de salud, veri-

ficar si vivían o habían muerto, y mantener así a la sociedad en un espacio compartimentado, constantemente vigilado y controlado mediante un registro lo más completo posible de todos los fenómenos ocurridos.

Existió, pues, un esquema médico de reacción contra la lepra, fue un esquema de tipo religioso, de purificación de la ciudad, es decir, la exclusión; y existió otro, el que suscitó la peste, que no se servía del internamiento ni del reagrupamiento fuera del centro urbano, sino que, por el contrario, recurría al análisis minucioso de la ciudad, al registro permanente. El modelo religioso fue, por tanto, sustituido por el modelo militar, y la revisión militar, y no la purificación religiosa, fue 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 aparecido a finales de la Edad Media, en los siglos XVI y XVII. La higiene pública fue una variante refinada de la cuarentena, y de este momento datan los inicios de la gran medicina urbana que surgió en la segunda mitad del siglo XVIII, y que se desarrolló sobre todo en Francia.

Los objetivos de la medicina urbana fueron esencialmente los siguientes:

1. Estudiar lugares de acumulación y de amontonamiento en el espacio urbano de los desechos que podían provocar enfermedades, lugares que generaban y difundían los fenómenos epidémicos o endémicos, fundamentalmente los cementerios. Así 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 en torno a 1750. En esta época apareció el cementerio individualizado, es decir, el ataúd individual, la sepultura reservada para los miembros de la familia, en donde se escribía el nombre de cada uno.

Es frecuente la creencia de que, en la sociedad moderna, el culto a los muertos se debe a las enseñanzas del cristianismo. No comparto sin embargo 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 clasificados tan bien —o mejor, si era posible— que los vivos.

De esta manera apareció en la periferia de las ciudades, a finales del siglo XVIII, un verdadero ejército de muertos tan perfectamente alineados como una tropa a la que se le pasa revista, pues era necesario controlar, analizar y reducir ese peligro permanente que representaban los muertos. En consecuencia, debían colocarse en el campo, ordenadamente uno al lado del otro, en las grandes planicies que circundaban las ciudades.

No se trataba de 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 químicos más famosos de finales del siglo XVIII, para saber cómo había que combatir la influencia de ese cementerio, y él pidió que se trasladase; fue Fourcroy, al estudiar las relaciones del organismo vivo y el aire que se respira, quien 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 a los cuales se decidió, después de consultar con la Academia de Ciencias, trasladarlos a los alrededores de la ciudad, al oeste, en La Villette.

El primer objetivo de la medicina consistía, por lo tanto, en analizar las zonas de hacinamiento, de desorden y de peligro en el interior del 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 del agua y del aire.

Una vieja creencia del siglo XVIII era 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, porque 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 estaba bloqueado y no podía circular entre los muros, las casas, los recintos, etc.? Surgió 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 mé-

todos de ventilación de las ciudades. Uno de los casos más conocidos fue la destrucción de las casas. Como consecuencia de la aglomeración de las gentes y del precio de los solares, durante la Edad Media, pero también durante los siglos XVII y XVIII, algunas viviendas se construyeron en pendientes. 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*: cuatrocientas personas por año, veinte mil en cincuenta años, etc.

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 los márgenes e islas del Sena, 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 del aire.

3. Otra gran finalidad de la medicina urbana fue la organización de lo que se podría llamar las distribuciones y las seriaciones ¿Dónde colocar los diferentes elementos necesarios a la vida común de la ciudad? Se planteaba el problema de la posición respectiva de las fuentes y los desagües o de los pozos y los lavaderos fluviales. ¿Cómo evitar la filtración de aguas fecales en las fuentes de agua potable? ¿Cómo evitar que el aprovisionamiento del agua potable de la población no se mezclase con las aguas residuales de los lavaderos cercanos?

En la segunda mitad del siglo XVIII se consideraba que esta organización 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 de los 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 sanitaria 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, como por ejemplo la propiedad privada. La política autoritaria respecto a la propiedad privada no fue esbozada en el siglo XVIII salvo en uno de sus aspect-

tos: los subterráneos. Los sótanos que pertenecían al propietario de la casa quedaban sujetos a ciertas regulaciones en cuanto a su uso y a la construcción de galerías.

Éste era el problema de la propiedad del subsuelo que se planteó en el siglo XVIII, con la aparición de la tecnología minera. Desde el momento en que se supo perforar minas profundas surgió el problema de su propiedad. 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 en 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 hasta el siglo XIX.

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

1. Por medio de la medicina social urbana la profesión médica entró directamente en contacto con otras ciencias afines, fundamentalmente con la química. A partir de la época de confusión en la que Paracelso y Vahelmont intentaron establecer las relaciones entre la medicina y la química, nada se había aprendido sobre esta materia. Y precisamente el análisis del agua, de las corrientes de aire, de las condiciones de vida y de la respiración fue lo que puso en contacto a la medicina y a la química. Fourcroy y Lavoisier se interesaron por el problema de la organización a partir del control del aire urbano.

La introducción de la práctica médica en un *corpus* de ciencia físico-química se hizo a través de la urbanización. No se pasó a una medicina científica a través de la medicina privada, individualizada, ni a partir de un mayor interés por el individuo. La introducción de la medicina en el funcionamiento general del discurso y del saber científicos se produjo por medio de la socialización de la medicina, por el establecimiento de una medicina colectiva, social, urbana. A ello se debió la importancia de la medicina urbana.

2. La medicina urbana no fue realmente una medicina del hombre, del cuerpo y del organismo, sino una medicina de las cosas, del aire, del agua, de las descomposiciones y de las fermentaciones; fue una medicina de las condiciones de vida del medio de existencia.

Esta medicina de las cosas ya esbozaba, antes de que el término apareciera, el concepto de medio ambiente que los naturalistas de finales del siglo XVIII, como Cuvier, iban a desarrollar. La relación entre el organismo y el medio se estableció simultáneamente en el orden de las ciencias naturales y de la medicina por mediación de la medicina urbana. No se pasó del análisis del organismo al análisis del medio ambiente. La medicina pasó del análisis del medio a 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 apareció, poco antes de la Revolución francesa —y es un hecho que iba a tener una importancia considerable para la medicina social— la noción de salubridad. Una de las decisiones adoptadas por la Asamblea Constituyente, entre 1790 y 1791, fue, por ejemplo, la creación de comités de salubridad en las provincias y en las principales ciudades.

Es preciso señalar que salubridad no significaba lo mismo que salud, sino que se refería al estado del medio ambiente y a sus elementos constitutivos que permitían mejorar la salud. La salubridad es la base material y social susceptible de asegurar la mejor salud posible a los individuos. Íntimamente ligado a la salubridad surgió el concepto de higiene pública en tanto que técnica de control y de modificación de los elementos del medio que pueden favorecer o perjudicar la salud.

Salubridad e insalubridad designaban el estado de las cosas y del medio en todo lo relativo a la salud: la higiene pública era el control político-científico de este medio.

El concepto de salubridad apareció, pues, al inicio de la Revolución francesa, y el de higiene pública sería el concepto que en la Francia del siglo XIX resumiría lo esencial de la medicina social. Una de las grandes revistas médicas de esta época, los *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, que comenzó a publicarse en 1829, se convirtió en el portavoz de la medicina social francesa.

Esta medicina distaba mucho de la medicina de Estado, tal y como ésta se definió 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 la superó por el poder que poseía, no cabe duda de que su agudeza de observación y su científicidad fueron 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 DE TRABAJO

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

Lo que caracteriza a la medicina urbana francesa es el respeto por la esfera privada y la norma de que el pobre, la plebe, el pueblo, no debía ser considerado como un elemento peligroso para la salud pública. En este sentido, el pobre, el obrero, no fueron objeto de la misma reflexión que los cementerios, los osarios, los mataderos, etc.

¿Por qué en el siglo XVIII no se planteó el problema de los pobres como fuente de peligro médico? Las razones fueron numerosas. Una fue de orden cuantitativo: el número de pobres no era todavía tan grande en las ciudades como para que la pobreza significase un peligro real. Pero hubo una razón más importante: el pobre era, en el interior de la ciudad, una condición de la actividad urbana. Los pobres de una ciudad desempeñaban de hecho toda una serie de tareas, repartían el correo, recogían la basura, retiraban de la ciudad muebles, ropas y trapos viejos que luego redistribuían o vendían... Formaban parte por tanto de la vida urbana. En esta época las casas no estaban numeradas ni había servicio postal, y nadie mejor que los pobres conocían la ciudad con todos sus recovecos. Los pobres desempeñaban una serie de funciones urbanas fundamentales, como el acarreo del agua o la eliminación de los desechos.

Los pobres, en la medida en que estaban integrados en el medio urbano, al igual que las cloacas o la canalización, desempeñaban una función indiscutible y no podían ser considerados como un peligro.

Los pobres, a su manera y en razón de la posición en la que estaban, eran bastante útiles. El problema de la pobreza no se convirtió en una amenaza, en un peligro, hasta el segundo tercio del siglo XIX. Y ello por varias razones:

1. En primer lugar, por razones políticas. Durante la Revolución francesa y en Inglaterra durante las grandes agitaciones de comien-

zos del siglo XIX, la población necesitada se transformó 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 plebe, tales como, por ejemplo, el establecimiento de un sistema postal y de un sistema de transporte. Estas reformas provocaron 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 por toda Europa, cristalizaron una serie de temores políticos y sanitarios suscitados por la población proletaria o plebeya.

A partir de esta 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 indiferenciado constituía un peligro sanitario y político para la ciudad. De este momento data el establecimiento de barrios pobres y ricos. El poder político comenzó entonces a intervenir en el derecho de la propiedad y de la vivienda privada. Éste fue el momento de la gran redistribución, bajo el Segundo Imperio, de la zona urbana de París.

Por eso 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, un desarrollo del proletariado, más rápido e importante —aparece una nueva forma de medicina social, sin que ello signifique que allí no existieran 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 reflejaba el contenido de la medicina urbana francesa.

La «ley de pobres» convierte esencialmente 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» surgió, de manera ambigua, un importante factor en la historia de la medicina social: la idea de una asistencia fiscalizada, de una intervención médica que constituyó un

* Londres, William Ridgway, 1846.

medio de ayudar a los más pobres a satisfacer las necesidades de salud que su pobreza les impedía alcanzar; al mismo tiempo esto permitió mantener un control mediante el cual las clases ricas, o sus representantes en el gobierno, garantizaban la salud de las clases necesitadas y, por consiguiente, la protección de la población privilegiada. Así se estableció un cordón sanitario autoritario en el interior de las ciudades entre ricos y pobres; con este fin se les ofreció a los pobres la posibilidad de recibir cuidados gratuitos al menor coste, así los ricos se libraron del riesgo de ser víctimas de fenómenos epidémicos surgidos en las clases desfavorecidas.

En la legislación médica se ve claramente la expresión del gran problema de la burguesía en la época: ¿a qué precio?, ¿en qué condiciones?, ¿cómo garantizar su seguridad política? La legislación médica contenida en la «ley de pobres» correspondía a este proceso. Pero esta ley —al igual que la asistencia-protección y la asistencia-control que implicaba— no fue más que 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 con un servicio autoritario, que no organizaba los cuidados médicos, sino el control médico de la población. Se trata de los sistemas de *Health Service*, de *Health Office*, que aparecieron en Inglaterra en 1875 y que a finales del siglo XIX se calculaba que alcanzaban casi el número de mil. Sus funciones eran las siguientes:

—Control de la vacunación, para obligar a los diferentes miembros de la población a inmunizarse.

—Organización del registro de epidemias, y de enfermedades susceptibles de transformarse en epidemias, haciendo obligatoria la declaración de enfermedades peligrosas.

—Localización de lugares insalubres y, en su caso, destrucción de estos focos de insalubridad.

El *Health Service* se situaba en la prolongación de la ley de pobres. Mientras que la «ley de pobres» implicaba el servicio médico destinado a los pobres propiamente dichos, el *Health Service* se caracterizaba por la protección de toda la población sin distinción, y por el hecho de que estaba formado por médicos que ofrecían cuidados que, sin ser individualizados, concernían a toda la población, incluían medidas preventivas que debían de ser adoptadas y, al igual que, en la medicina urbana francesa, incluían también las casas, los lugares, el medio social, etc.

Sin embargo, el análisis del funcionamiento del *Health Service* reveló que era un modo de completar en el ámbito colectivo los mismos controles garantizados por la ley de pobres. La intervención en los lugares insalubres, la verificación de las vacunas, los registros de las enfermedades, todas estas medidas, en realidad, tenían por objeto el control de las clases sociales necesitadas.

Precisamente por estas razones el control médico inglés, garantizado por los *Health Offices*, provocó, en la segunda mitad del siglo XIX, violentos fenómenos de reacción y de resistencias populares, y pequeñas insurrecciones antimédicas. Estos casos de resistencia médica fueron señalados por MacLeod en una serie de artículos publicados por 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 pudo suscitar tales reacciones. 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, por el contrario, los que reaparecieron durante el siglo XIX tenían por finalidad combatir la medicalización, reivindicar el derecho a la vida, el derecho a enfermar, a curarse y a morir, según el propio deseo. Ese deseo de librarse de la medicalización autoritaria fue una de las características de esos múltiples grupos aparentemente religiosos, que tuvieron una intensa actividad a finales del siglo XIX, que aún mantienen hoy en día.

En los países católicos la situación fue diferente. ¿Qué sentido puede tener la peregrinación a Lourdes, desde finales del siglo XIX hasta la época actual, para los millones de peregrinos pobres que acuden allí todos los años, sino es una especie de resistencia difusa a la medicalización autoritaria de su cuerpo y de sus enfermedades?

En lugar de ver en estas prácticas religiosas un fenómeno residual de creencias arcaicas todavía no desaparecidas, ¿no habría que ver más bien una forma contemporánea de lucha política contra la medicalización políticamente autoritaria, la socialización de la medicina, el control médico que recayó principalmente sobre la

* MacLeod (R. M.), «Law, medicine and public opinion. The resistance to compulsory health legislation, 1870-1907», en *Public law. The constitutional and administrative law of the Commonwealth*, Londres, 2, 1967, primera parte, págs. 107-128; y 3, otoño de 1967, segunda parte, págs. 189-211.

población pobre? El rigor de estas prácticas todavía actuales reside en el hecho de que constituyen una reacción contra esta medicina de pobres al servicio de una clase, de esa medicina que ejemplifica bien la medicina social inglesa.

En términos generales se puede afirmar que, a diferencia de la medicina de Estado alemana del siglo XVIII, en el siglo XIX, y sobre todo en Inglaterra, apareció una medicina que consistía esencialmente en un control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, con el fin de hacerlas más aptas para el trabajo y menos peligrosas para las clases ricas.

Esa vía inglesa de la medicina tuvo porvenir, contrariamente a lo que sucedió a la medicina urbana y sobre todo a la medicina de Estado. El sistema inglés de Simon y de sus sucesores permitió, por un lado, establecer tres cosas: la asistencia médica al pobre, el control de la salud de la fuerza de trabajo, y el registro general de control de la salubridad pública, protegiendo así a las clases más ricas de los mayores peligros. Por otro lado —y en ello reside 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 costoso, y mientras que la medicina urbana francesa era un proyecto general de control sin un instrumento preciso de poder, el sistema inglés hizo posible la organización de una medicina con aspectos y formas de poder diferentes según se tratara de la medicina asistencial, la administrativa o la privada; también hizo posible la implantación de sectores bien delimitados que permitieron, a lo largo de los últimos años del siglo XIX y la primera mitad del siglo XIX, la existencia de una información médica bastante completa. Con el Plan Beveridge y los sistemas médicos de los países más ricos e industrializados, el objetivo en la actualidad es hacer funcionar estos tres sectores de la medicina, si bien articulados entre sí de una manera diferente.

15. PREFACIO

«Préface», en Deleuze, G. y Guattari, F., *Anti-Oedipus: Capitalism and Schizophrenia*, Nueva York, Viking Press, 1977, págs. XI-XIV.

Durante los años 1945-1965 (me refiero a Europa), había una determinada forma correcta de pensar, un cierto estilo de discurso político, una ética propia del intelectual. Era preciso tutearse con Marx, no dejar que los particulares sueños vagabundos se alejasen demasiado de Freud, y tratar los sistemas de signos —el significante— con el mayor respeto. Tales eran entonces las tres condiciones que hacían aceptable esa singular ocupación que consiste en escribir y enunciar una parte de la verdad sobre uno mismo y sobre la propia época.

A esos años les sucedieron cinco años breves, apasionados, cinco años de júbilo y de enigmas. A las puertas de nuestro mundo Vietnam constituyó el primer gran golpe asestado a los poderes constituidos... Pero, ¿qué ocurría entre nosotros, en el interior de nuestro propio recinto? ¿Se producía una amalgama entre política revolucionaria y antirrepresiva? ¿Se declaraba una guerra que cabía librar en dos frentes: contra la explotación social y la represión psíquica? ¿O más bien lo que se producía era una subida de la libido modelada por los conflictos entre las clases? Todo es posible. En cualquier caso los acontecimientos de aquellos años fueron explicados apelando a esta interpretación habitual y dualista. El sueño que, entre la Primera Guerra Mundial y el advenimiento del fascismo, había encandilado a las fracciones más utópicas de Europa —la Alemania de Wilhelm Reich y la Francia de los surrealistas— había retornado para abrasar la propia realidad: Marx y Freud, iluminados ahora por la misma incandescencia.

Pero, ¿fue realmente esto lo que ocurrió? ¿De verdad se trataba de retomar el proyecto utópico de los años treinta a escala, esta vez, de la práctica histórica? ¿O más bien lo que se produjo fue, por