

cio de la geografía un poco al estilo de esos profesores que protestan cuando se les anuncia una reforma de la enseñanza: «Han disminuido el horario de las ciencias naturales o de la música...». Entonces me dije: «Son muy amables al pretender que les haga su arqueología, pero, después de todo, que la hagan ellos». No había percibido en absoluto el sentido de la objeción que me planteaban. Me doy cuenta de que los problemas que plantean a propósito de la geografía son esenciales para mí. Entre un cierto número de cosas que yo relacioné, estaba la geografía, que era el soporte, la condición de posibilidad del paso de lo uno a lo otro. Dejé cosas en suspenso o hice relaciones arbitrarias.

Cuanto más avanzo, más me parece que la formación de los discursos y la genealogía del saber deben ser analizados a partir no de tipos de conciencia, de modalidades de percepción o de formas de ideologías, sino de tácticas y estrategias de poder. Tácticas y estrategias que se despliegan a través de implantaciones, de distribuciones, de divisiones, de controles de territorios, de organizaciones de espacios que podrían constituir una especie de geopolítica, a través de la cual mis preocupaciones enlazarían con sus métodos. Hay un tema que me gustaría estudiar en los años próximos: el ejército como matriz de organización y de saber —la necesidad de estudiar la fortaleza, la «campaña», el «movimiento», la colonia, el territorio—. La geografía debe estar por tanto en el centro de lo que me preocupa.

* De hecho estas investigaciones fueron realizadas, concretamente, con F. Béguin, P. Caba y el CERFI.

12. LA POLÍTICA DE LA SALUD EN EL SIGLO XVIII

«La politique de la santé au XVIII^e siècle», *Les Machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne; dossiers et documents*, París, Institut de l'environnement, 1976, págs. 11-21.

Voy a hacer dos observaciones para comenzar:

(1. No creo que sea muy productivo buscar una relación de anterioridad o de derivación entre una medicina privada, «liberal», sometida a los mecanismos de la iniciativa privada y a las leyes del mercado, y una política médica que se fundamenta sobre una estructura de poder y que tiene por objeto la salud de una colectividad. Resulta un tanto núpico suponer, en el origen de la medicina occidental, una práctica colectiva que adquiere su carácter social a través de las instituciones mágico-religiosas para verse posteriormente desmantelada poco a poco mediante la organización de clientelas privadas. Pero resulta igualmente inadecuado suponer que existió, en el umbral de la medicina moderna, una relación singular, privada, individual, «clínica» en su funcionamiento económico y en su forma epistemológica, que se habría socializado lentamente a través de toda una serie de correcciones, ajustes, o presiones, que la obligaron a ser gestionada en parte por la colectividad.

En todo caso lo que muestra el siglo XVIII es un proceso de dos caras: por un lado, el desarrollo de un mercado médico bajo la forma de clientelas privadas, la extensión de una red formada por un personal que ofrece intervenciones médicamente cualificadas, el crecimiento de una demanda de cuidados por parte de los individuos y de las familias; del otro, el surgimiento de una medicina clí-

* Véase Rosen (G.), *A History of Public Health*, Nueva York, M. D. Publications, 1958.

nica fuertemente centrada en torno al examen, al diagnóstico, a la terapéutica individual, a la exaltación explícitamente moral y científica (secretamente económica) del «coloquio singular». En resumen, la puesta en práctica progresiva de la gran medicina del siglo XIX no se puede disociar de la organización, en la misma época, de una política de salud y de la consideración de las enfermedades en tanto que problema político y económico que se plantea a las colectividades, y que éstas deben intentar resolver a través de decisiones globales. Medicina «privada» y medicina «socializada» responden, en su apoyo recíproco y en su oposición, a una estrategia global. Sin duda no existe ninguna sociedad que no ponga en práctica una determinada «nosopolítica»; el siglo XVIII no la inventó, pero le impuso nuevas reglas, y sobre todo hizo que esta nosopolítica pasase a un nivel de análisis explícito y concertado que nunca había conocido hasta entonces. Se entra, pues, no tanto en la edad de la medicina social cuanto en la de la nosopolítica reflexiva.

2. No hay que situar únicamente el polo de iniciativa, de organización y de control de esta nosopolítica en los aparatos de Estado. De hecho existieron múltiples políticas de salud, y diversos medios de gestión de los problemas médicos: grupos religiosos (recuérdese la importancia considerable, que tuvieron, por ejemplo, los cuáqueros y los diversos movimientos del *Dissent* en Inglaterra); asociaciones de socorro y de beneficencia (desde los servicios parroquiales hasta las sociedades de filántropos que funcionaron en cierta medida como órganos de la vigilancia que ejercía una clase social privilegiada sobre las otras más desprotegidas y, precisamente por ello, portadoras del peligro colectivo); sociedades científicas, las academias del siglo XVIII, o las sociedades de estadística de comienzos del XIX, que intentaron organizar un saber global y cuantificable de los fenómenos mórbidos. La salud, la enfermedad, en tanto que hechos de grupo y de población, fueron problematizados en el siglo XVIII por múltiples instancias, y en relación con ellas el propio Estado jugó diversas funciones. En ocasiones intervino directamente; las distribuciones gratuitas de medicamentos se sucedieron en Francia con una amplitud variable desde Luis XIV hasta Luis XVI. En otras, el Estado puso en marcha organismos de consulta y de información (el Colegio Sanitario de Prusia data de 1685; la Real Sociedad de Medicina se fundó en Francia en 1776). Bien es cierto que a veces el Estado fracasó en sus proyectos de organización médica autoritaria (el Código de salud elaborado por Mai, y aceptado por el Elector Palatino en 1800, no llegó a apli-

carse nunca). También sucedió que el Estado fue objeto de solicitudes a las que se resistió.

La problematización de la nosopolítica en el siglo XVIII no expresa por tanto una intervención uniforme del Estado en la práctica de la medicina, sino más bien el surgimiento, en múltiples ámbitos del cuerpo social, de la salud y de la enfermedad en tanto que problemas que exigen de un modo o de otro una gestión colectiva. La nosopolítica, más que el resultado de una iniciativa vertical, aparece en el siglo XVIII como un problema con orígenes y direcciones múltiples: la salud de todos es algo que concierne a todos; el estado de salud de una población pasa a ser el objetivo general.

El rasgo más destacado de esta nosopolítica, que preocupa a toda la sociedad francesa y europea del siglo XVIII, es sin duda el desplazamiento de los problemas de salud en relación con las técnicas de la asistencia. Se puede decir esquemáticamente que hasta finales del siglo XVII las gestiones colectivas de la enfermedad se realizaban a través de la asistencia a los pobres. Por supuesto hubo excepciones: los reglamentos que cabía aplicar en épocas de epidemia, las medidas que se adoptaban en las ciudades apestadas, las cuarentenas que se imponían en determinados puertos importantes constituyeron formas de medicalización autoritaria que no estaban orgánicamente ligadas a las técnicas de la asistencia. Pero si se exceptúan estos casos límites, la medicina, entendida y ejercida como «servicio», no era nunca más que uno de los componentes de los «socorros». Estaba destinada a esa categoría tan importante de los «enfermos pobres», pese a la imprecisión de sus límites. Económicamente esta medicina-servicio era fundamentalmente subvencionada por las fundaciones de caridad. Institucionalmente era ejercida en el marco de las organizaciones (religiosas o laicas) que se proponían múltiples fines: distribución de alimentos, de vestidos, cuidado de los niños abandonados, educación elemental y proselitismo moral, apertura de talleres y obradores, eventualmente vigilancia y castigo de los elementos «inestables» o «perturbadores» (los servicios de los hospitales tenían, en las ciudades, jurisdicción sobre vagabundos y mendigos; los servicios parroquiales y las sociedades de caridad se conferían a sí mismos, y muy explícitamente, una función de denuncia de los «malos sujetos»). Desde el punto de vista técnico la parte correspondiente a la terapéutica en el funcionamiento de los hospitales de la época clásica era limitada si se la compara con la ayuda material o con el encasillamiento administrativo. En la figura del «pobre menesteroso» digno de ser hospitalizado, la enfermedad no era más que

uno de los elementos de un conjunto que comprendía también la invalidez, la edad, la imposibilidad de encontrar trabajo, la ausencia de cuidados. La serie enfermedad-servicios médicos-terapéutica ocupa una posición limitada, y raramente autónoma, en el interior de la política y la compleja economía de los «socorros».

El primer fenómeno que hay que destacar durante el siglo XVIII es la dislocación progresiva de los procedimientos mixtos y polivalentes de la asistencia. Este desmantelamiento se opera, o mejor es exigido, (pues no se hará efectivo hasta un siglo después), a partir de una revisión general de los modos de inversión y, de capitalización: economistas y administradores criticarán la práctica de las «fundaciones» que inmovilizan importantes sumas y cuyas rentas sirven para mantener a los ociosos que pueden así permanecer fuera de los circuitos de la producción. Este desmantelamiento se opera igualmente a partir de un encasillamiento más tupido de la población, y a partir de las distinciones que se intentan establecer entre las diferentes categorías de miserables a los que confusamente se dirige la caridad: en el lento desdibujamiento de los estatutos tradicionales el «pobre» es uno de los primeros en difuminarse, y dejar sitio a toda una serie de distinciones funcionales (los buenos y los malos pobres, los vagos voluntarios y los parados involuntarios, los aptos para el trabajo y los incapaces). Un análisis de la ociosidad —de sus condiciones y de sus efectos— tiende a sustituir a la sacralización, un tanto global, del «pobre». Este análisis, en la práctica, se propone como objetivo, en el mejor de los casos, hacer útil la pobreza fijándola a un aparato de producción, y, en el peor, aligerar al máximo el peso que representa para el resto de la sociedad: cómo hacer trabajar a los pobres «válidos», cómo transformarlos en mano de obra útil; pero también cómo asegurar la autofinanciación de su propia enfermedad por parte de los menos ricos, de los que padecen incapacidad transitoria o definitiva para el trabajo; o incluso, cómo rentabilizar a corto y largo plazo los fondos que se gastan en la instrucción de los niños abandonados y de los huérfanos. Se perfila así toda una analítica utilitaria de la pobreza en la que comienza a aparecer el problema específico de la enfermedad de los pobres en relación con los imperativos del trabajo y las necesidades de la producción.

Conviene señalar asimismo un proceso diferente, más general que el anterior, y que no constituye su simple desarrollo. Este proceso consiste en que la salud, y el bienestar físico de la población

en general, se convierte en uno de los objetivos esenciales del poder político. Ahora ya no se trata del sostenimiento de una franja particularmente frágil —desordenada y perturbadora— de la población, sino de encontrar la manera de elevar el nivel de salud del conjunto del cuerpo social. Los diversos aparatos de poder gestionarán los «cuerpos» no para exigir simplemente de ellos la donación de su sangre, o para protegerlos de los enemigos, ni tampoco para asegurar los castigos y obtener las rentas, sino para ayudarlos; y, si es preciso, obligarlos a conservar su salud. El imperativo de salud es a la vez un deber para cada uno y un objetivo general.

Retrocediendo un poco, se podría decir que desde la profunda Edad Media el poder ejercía tradicionalmente dos grandes funciones: la de la guerra y la paz que mantenía mediante el monopolio costosamente adquirido de las armas, y la del arbitraje de litigios y el castigo de delitos que el poder ejercía mediante el control de las funciones judiciales. *Pax et iustitia*. A estas funciones se añade desde finales de la Edad Media la del mantenimiento del orden y la organización del incremento de la riqueza. Pues bien, he aquí que en el siglo XVIII aparece una nueva función: la reorganización de la sociedad como medio de bienestar físico, de salud óptima y de longevidad. El ejercicio de estas tres últimas funciones (orden, enriquecimiento, salud) se opera menos mediante un único aparato que a través de un conjunto de reglamentos y de instituciones múltiples que adoptan en el siglo XVII el nombre genérico de «policía». Lo que se denominará policía hasta finales del *ancien régime* no comprende solamente la institución policial; se trata del conjunto de los mecanismos mediante los cuales se asegura el orden, se canaliza el crecimiento de las riquezas y se mantienen las condiciones de salud «en general»; el *Tratado de La Mare* —carta magna de las funciones de policía en la Época Clásica— es significativo en este sentido. Las once rúbricas bajo las que clasifican las actividades de policía se dividen claramente en torno a estas tres grandes direcciones: reglamentación económica (circulación de mercancías, procedimientos de fabricación, obligaciones que las personas de oficio deben guardar entre sí y con su clientela); medidas de orden (vigilancia de individuos peligrosos, caza de vagabundos y eventualmente mendigos, persecución de criminales); reglas generales de higiene (vigilancia de la calidad de las mercancías puestas

* La Mare (N. de), *Traité de la police*, París, Jean Cot, 1705.

en venta, vigilancia del aprovisionamiento de aguas, de la limpieza de las calles).

En el momento en el que los procedimientos mixtos de la asistencia se ven analizados y definidos, y cuando se decortica en su especificidad económica el problema de la enfermedad de los pobres, la salud, y el bienestar físico de las poblaciones, aparecen como un objetivo político que la «policía» del cuerpo social debe asegurar junto con las regulaciones económicas y los imperativos de orden. La importancia repentina que asume la medicina en el siglo XVIII encuentra su raíz allí donde se entrecruzan una nueva economía «analítica» de la asistencia y el surgimiento de una «policía» general de la salud.¹ La nueva nosopolítica² inscribe la cuestión específica de la enfermedad de los pobres dentro del problema general de la salud de las poblaciones: se desplaza del contexto específico de la asistencia caritativa hacia la forma más general de una «policía médica», con sus coacciones y servicios. Los textos de Th. Rau: *Medizinische Polizei Ordnung* (1764),³ y sobre todo la gran obra de J. P. Frank: *System einer medizinischen Polizei*⁴ constituyen la expresión más coherente de esta transformación.

¿En qué se fundamenta esta transformación? En términos generales se puede decir que se trata de la preservación, del mantenimiento y de la conservación, de «la fuerza de trabajo». Pero sin duda el problema es más amplio; concierne muy probablemente a los efectos económico-políticos de la acumulación de hombres.⁵ El gran auge demográfico del Occidente europeo durante el siglo XVIII, la necesidad de coordinar e integrar este crecimiento con el desarrollo del aparato de producción, la urgencia de controlarlo mediante mecanismos de poder más adecuados y tupidos, hacen aparecer a la «población» —con sus variables de número, repartición espacial o cronológica, de longevidad y de salud— no sólo como problema teórico, sino también como objeto de vigilancia, de análisis, de intervenciones, de operaciones modificadoras, etc. Se esboza el proyecto de una tecnología de la población: estimaciones demográficas, cálculo de la pirámide de edades, cálculo de las diferentes esperanzas de vida, de las tasas de morbilidad, estudio del papel que juegan entre sí el crecimiento de las riquezas y el de la población, in-

¹ Rau (W. T.), *Gedanken von dem Nutzen und der Nothwendigkeit einer medizinischen Policey-Ordnung in einem Staat*, Ulm, 1764.

² Frank (J. P.), *System einer Vollständigen medicinischen Polizey*, Mannheim, C. F. Schwan, 1779-1790, 6 vols.

citaciones diversas al matrimonio y a la natalidad, desarrollo de la educación y de la formación profesional. En el interior de este conjunto de problemas el «cuerpo» —cuerpo de los individuos y cuerpo de las poblaciones— aparece como portador de nuevas variables: no ya simplemente cuerpos escasos o numerosos, sometidos o insumisos, ricos o pobres, válidos o no válidos, fuertes o débiles, sino también más o menos utilizables, más o menos susceptibles de inversiones rentables, dotados de mayores o menores probabilidades de supervivencia, de muerte o de enfermedad, más o menos capaces de aprendizaje eficaz. Los rasgos biológicos de una población se convierten así en elementos pertinentes para una gestión económica, y es necesario organizar en torno a ellos un dispositivo que asegure su sometimiento, y sobre todo el incremento constante de su utilidad.

A partir de aquí podemos comprender diversas dimensiones de la nosopolítica del siglo XVIII.

(1) *El privilegio de la infancia y la medicalización de la familia.* Al problema «de los niños» (es decir, del número de nacimientos y de la relación entre natalidad-mortalidad) se añade el de «la infancia» (es decir, la supervivencia hasta la edad adulta, las condiciones físicas y económicas de esta supervivencia, las inversiones necesarias y suficientes para que el período de desarrollo sea útil, en definitiva, la organización de esta «fase» que es percibida a la vez como específica y dotada de finalidad).⁶ No se trata solamente de producir un número óptimo de niños, sino también de gestionar convenientemente esta edad de la vida.

Entonces las relaciones entre padres e hijos se ven codificadas siguiendo reglas nuevas y muy precisas. Por supuesto permanecen, con ligeras variantes, las relaciones de sumisión, así como el sistema de signos que de ellas se derivan. Pero ahora se verán revestidas de todo un conjunto de obligaciones impuestas a la vez a los padres y a los hijos: obligaciones de orden físico (cuidados, contacto, higiene, limpieza, proximidad atenta); lactancia de los niños por sus madres; preocupación por un vestido sano, ejercicios físicos para asegurar el buen desarrollo del organismo: cuerpo a cuerpo permanente y coercitivo de los adultos con los niños.⁷ La familia ya no debe ser solamente una red de relaciones que se inscribe precisamente por ello en un estatuto social, en un sistema de parentesco, en un mecanismo de transmisión de bienes. Debe convertirse más bien en un medio físico denso, saturado, permanente, continuo, que envuelve, mantiene y favorece el cuerpo del niño. Adopta así

una figura material estratificándose en un ámbito más reducido; se organiza como el medio próximo del niño; tiende a convertirse para él en marco inmediato de supervivencia y evolución. De aquí se deriva un efecto de compresión, o al menos una intensificación de los elementos y de las relaciones, que constituyen la familia restringida (el grupo padres-niños). De aquí se deriva igualmente una cierta inversión de los ejes: la relación conyugal ya no sirve solamente (y es posible que tampoco predominantemente) para establecer la fusión entre dos ascendencias, sino para organizar lo que servirá de matriz al individuo adulto. Sin duda dicha unión sirve todavía para prolongar dos ramas familiares y, por tanto, para producir descendencia, pero igualmente para producir en las mejores condiciones posibles un ser humano capaz de alcanzar el estado de madurez. La nueva «conyugalidad» es ante todo la que conjunta a los padres y a los hijos. La familia —aparato cerrado y localizado de formación— se funde con la gran y tradicional familia-alianza. Y al mismo tiempo la salud —en primer término la salud de los niños— se convierte en uno de los objetivos más imperativos de la familia. El rectángulo padres-hijos ha de convertirse en una especie de homeostasis de salud. En todo caso, desde finales del siglo XVIII, el cuerpo sano, limpio, útil, el espacio purificado, diáfano, aireado, la distribución medicamente óptima de los individuos, de los espacios, de las camas, de los utensilios, el juego entre el «que cuida» y el «que es cuidado» constituyen algunas de las leyes morales esenciales de la familia. Y a partir de esta época la familia pasa a ser el agente más constante de la medicalización. Desde la segunda mitad del siglo XVIII la familia será el blanco de una magna empresa de aculturación médica. La primera oleada se centró en los cuidados que se debían de dar a los niños y sobre todo a los lactantes. Andry: *L'Orthopédie* (1741), Vandermonde: *Essai sur la manière de perfectionner l'espèce humaine* (1756), Cadogan: *Manière de nourrir et d'élever les enfants* (la traducción francesa es de 1752), Desessartz: *Traité de l'éducation corporelle en bas âge* (1760), Ballexerd: *Dissertation sur l'éducation physique des enfants* (1762), Raulin: *De la conservation des enfants* (1768), Nicolas: *Le Cri de la nature en faveur des enfants nouveau-nés* (1775), Daignan: *Tableau des variétés de la vie humaine* (1786), Saucerotte: *De la conservation des enfants* (año IV), W. Buchan *Le Conservateur de la santé des mères et des enfants* (traducción francesa de 1804), J. A. Millot: *Le Nestor français* (1807), Laplace-Chauvac: *Dissertation sur quelques points de l'éducation physique et morale des enfants* (1813), Leretz: *Hygiène des enfants* (1814), Prévot Leygonie: *Sur l'éducation physi-*

que des enfants (1813).^{*} Esta literatura será aún más abundante cuando se publiquen, en el siglo XIX, toda una serie de periódicos y de diarios dirigidos más directamente a las clases populares.

La amplia campaña, relativa a la inoculación y a la vacuna contra la viruela, encuentra su espacio en este movimiento a través del cual se intentaban organizar los cuidados médicos en torno al niño cuya responsabilidad moral recae en la familia, al igual que por lo menos una parte de la carga económica. La política en favor de los huérfanos sigue, por diferentes caminos, una estrategia análoga. Se abren instituciones especialmente destinadas a recoger a huérfanos y a proporcionarles especiales cuidados (el *Foundling Hospital* de Londres, *Les Enfants Trouvés* de París); pero se organiza además un sistema de distribución de huérfanos en las casas de las nodrizas o en familias en el que se harán rentables por su escaso gasto en la vida doméstica, encontrando así un medio de desarrollo más favorable y menos costoso económicamente que el del hospital en el que permanecían sujetos hasta su adolescencia.

^{*} Andry de Boisregard (N.), *L'orthopédie, ou l'Art de prévenir et de corriger dans les enfants les difformités du corps*, París, Alix, 1741, 2 vols.; Vandermonde (C. A.), *Essai sur la manière de perfectionner l'espèce humaine*, París, Vincent, 1756, 2 vols.; Cadogan (W.), *An Essay upon Nursing and the Management of Children from their Birth to three Years of Age*, Londres, J. Roberts, 1752 (*Essai sur la manière de nourrir et d'élever les enfants*, París, L. D'Houry, 1752); Desessartz (J.-C.), *Traité de l'éducation corporelle des enfants en bas âge, ou Reflexions pratiques sur les moyens de procurer une meilleure constitution aux citoyens*, París, J. Hérisant, 1760; Ballexerd (J.), *Dissertation sur l'éducation physique des enfants, depuis leur naissance jusqu'à l'âge de la puberté*, París, Vallat-La-Chapelle, 1762; Raulin (J.), *De la conservation des enfants, ou les Moyens de les fortifier depuis l'instant de leur existence jusqu'à l'âge de la puberté*, París, Merlin, 1768-1769, 3 vols.; Nicolas (P.-F.), *Le Cri de la nature, en faveur des enfants nouveau-nés. Ouvrage dans lequel on expose les règles diététiques que les femmes doivent suivre pendant leur grossesse*, Grenoble, Giroud, 1775; Daignan (G.), *Tableau des variétés de la vie humaine, avec les avantages et les désavantages de chaque constitution et des avis très importants aux pères et aux mères sur la santé de leurs enfants, surtout à l'âge de la puberté*, París, el autor, 1786, 2 vols.; Saucerotte, (L. S.), *De la conservation des enfants pendant la grossesse, et de leur éducation physique, depuis la naissance jusqu'à l'âge de six à huit ans*, París, Guillaume, 1796; Buchan (W.), *Advice to Mothers on the Subject of their Own Health, and on the Means of Promoting the Health, Strength and Beauty of their Offspring*, Londres, Cadell and Davies, 1803 (*Le conservateur de la santé des mères et des enfants*, trad. Maillet, París, Métier, 1804); Millot (J. A.), *Le Nestor français, ou Guide moral et physiologique pour conduire la jeunesse au bonheur*, París, P. Buisson, 1807, 3 vols.; Laplace-Chauvac (J. M.), *Sur quelques points de l'éducation physique et morale des enfants*, París, 1813; Leretz (A.), *Hygiène des enfants, considérés depuis l'époque de la naissance jusqu'à l'âge de la puberté*, París, 1814; Prévot-Leygonie (P.), *Sur l'éducation physique des enfants*, París, 1813.

La política médica que se diseña en el siglo XVIII, en todos los países de Europa, tiene como efecto primordial la organización de la familia, o, mejor, del complejo familia-niños en tanto que instancia primera e inmediata de medicalización de los individuos; se le ha hecho jugar el papel de bisagra entre objetivos generales referentes a la buena salud del cuerpo social, y el deseo o la necesidad de cuidados de los individuos. Esta política ha permitido articular una ética «privada» de la buena salud (deber recíproco entre padres e hijos) sobre un control colectivo de la higiene, y una técnica científica de cura, asegurada por la demanda de los individuos y las familias, por un cuerpo profesional de médicos cualificados avalados por el Estado. Los derechos y deberes de los individuos concernientes a su salud, y a la de los otros, el mercado en el que se entrecruzan las ofertas y las demandas de cuidados médicos, las intervenciones autoritarias del poder respecto a la higiene y a las enfermedades, la institucionalización y la defensa de una relación privada con el médico, todo esto, en su multiplicidad y en su coherencia, marca el funcionamiento global de la política de la salud en el siglo XIX, pero no puede comprenderse sin tener en cuenta este elemento central formado en el siglo XVIII: la familia medicalizada-medicalizadora.

2. El lugar privilegiado de la higiene y el funcionamiento de la medicina como instancia de control social. La vieja noción de régimen, entendida a la vez como regla de vida y como forma de medicina preventiva, tiende a ampliarse y a convertirse en el «régimen» colectivo de una población considerada en su conjunto, régimen que presenta un triple objetivo: la desaparición de las grandes tempestades epidémicas, el descenso de la tasa de morbilidad, la prolongación de la duración media de vida, y la reducción de la mortalidad para cada edad. Esta higiene, en tanto que régimen de salud de las poblaciones, implica por parte de la medicina un determinado número de intervenciones autoritarias y de medidas de control.

Y en primer lugar están las intervenciones sobre el espacio urbano en general, ya que éste constituye el medio más peligroso para la población. La ubicación de los diferentes barrios, su humedad, su exposición, la aireación de toda la ciudad, su sistema de alcantarillado y de evacuación de aguas, la situación de los cementerios y de los mataderos, la densidad de la población, todos constituyen factores que juegan un papel decisivo en la mortalidad y la morbilidad de los habitantes. La ciudad con sus principales variables espaciales aparece como un objeto de medicalización. Mientras que las topografías médicas de las regiones analizan datos climáticos o he-

chos geológicos que no pueden instrumentalizar y que sólo sirven para sugerir medidas de protección o de compensación, las topografías de las ciudades esbozan, aunque sea en términos de proyecto, los principios generales de un urbanismo concertado. La ciudad patógena dio lugar en el siglo XVIII a toda una mitología y a temores muy reales (el osario de los Inocentes fue en París uno de esos lugares simbólicos saturados de miedo); esta ciudad patógena favoreció en todo caso un discurso médico sobre la morbilidad urbana, así como una intensa vigilancia médica de todo un conjunto de remodelaciones, de construcciones y de instituciones (véase, por ejemplo, J. P. L. Morel: *Dissertation sur les causes qui contribuent le plus à rendre cachectique et rachitique la constitution d'un grand nombre d'enfants de la ville de Lille* (París, 1812)).

De un modo más preciso y más localizado, las necesidades de la higiene reclaman una intervención médica autoritaria en determinados espacios considerados focos privilegiados de las enfermedades: las prisiones, los navíos, las instalaciones portuarias, los hospitales generales en los que se concentraban vagabundos, mendigos, inválidos, e incluso los hospitales mismos donde la organización médica era la mayor parte de las veces insuficiente, y donde se reavivaban y complicaban las enfermedades de los pacientes, cuando no se difundían al exterior gérmenes patógenos. Se aíslan así en el sistema urbano zonas que hay que medicalizar con urgencia que deben constituirse en puntos de aplicación del ejercicio de un poder médico intensificado.

Por otra parte, los médicos deberán enseñar a los individuos las reglas fundamentales de la higiene, reglas que deben respetar en beneficio de su propia salud o de la de los demás: higiene de la alimentación y del hábitat, incitación a ser tratado en caso de enfermedad.

La medicina, en tanto que técnica general de salud, más que como servicio de las enfermedades y arte de curar, ocupará cada vez más un lugar importante en el interior de las estructuras administrativas y en esta maquinaria del poder que no deja de extenderse y de afirmarse a lo largo del siglo XVIII. El médico se asienta sobre las diferentes instancias de poder. La administración sirve de punto de anclaje, y en ocasiones de punto de partida, a las grandes encuestas médicas sobre la salud de las poblaciones. En contrapartida, los médicos dedican cada vez más una gran parte de su actividad a tareas generales y administrativas que les han sido fijadas por el poder. En lo que concierne a la sociedad, su salud y sus enfermedades, sus condiciones de vida, sus viviendas y sus hábitos, comienza a for-

marse un saber «médico-administrativo» que ha servido de núcleo originario a la «economía social» y a la sociología del siglo XIX. Se conforma igualmente un ámbito político-médico sobre una población que se ve encuadrada por toda una serie de prescripciones que conciernen no sólo a la enfermedad, sino también a las formas generales de la existencia y del comportamiento (alimentación y bebida, sexualidad y fecundidad, vestimenta, remodelación del hábitat).

En razón de esta interpenetración entre lo político y lo médico por mediación de la higiene, el «suplemento de poder» del que se beneficia el médico es patente desde el siglo XVIII: presencia cada vez más numerosa en las academias y en las sociedades científicas; amplia participación en las enciclopedias; presencia como consejero ante los representantes del poder; organizaciones de sociedades médicas encargadas oficialmente de un determinado número de responsabilidades administrativas y cualificadas para adoptar o sugerir medidas autoritarias; papel jugado por muchos médicos como programadores de una sociedad bien gobernada (el médico reformador de la economía o de la política es un personaje frecuente en la segunda mitad del siglo XVIII); sobrerrepresentación de los médicos en las asambleas revolucionarias. El médico se convierte en el gran consejero y en el gran experto, y no tanto en el arte de gobernar; cuanto, al menos, en el de observar, corregir, mejorar el «cuerpo» social, y mantenerlo en un estado permanente de salud. Y su función de higienista, más que sus prestigios de terapeuta, le asegura esta posición políticamente privilegiada en el siglo XVIII, que en el XIX se hará económica y social.

El cuestionamiento del hospital a lo largo del siglo XVIII se comprende a partir de estos tres fenómenos relevantes: la aparición de la «población» con sus variables biomédicas de longevidad y de salud; la organización de la familia estrechamente parental como soporte de una medicalización en la que juega el papel de demanda permanente, a la vez que de instrumento último; el entramado médico-administrativo en torno a los controles de la higiene colectiva.

Precisamente en relación con estos nuevos problemas el hospital aparece en diversos aspectos como una estructura anticuada. Fragmento de espacio cerrado sobre sí mismo, lugar de internamiento de hombres y de enfermedades, arquitectura solemne pero desmañada que multiplica el mal en el interior sin impedir que se difunda hacia el exterior, el hospital es más un foco de muerte para las ciudades en donde está situado que un agente terapéutico para toda la población. La dificultad de encontrar sitio en él, las exigencias planteadas a los que quieren ingresar, además del desorden incesante de

las idas y venidas, la deficiente vigilancia médica que en él se ejerce junto con la dificultad de curar efectivamente a los enfermos, lo convierten en un instrumento inadecuado desde el momento en que el objeto de la medicación debe ser la población en general, y su objetivo una mejora global del nivel de salud. En el interior del espacio urbano, que la medicina está obligada a purificar, el hospital constituye una mancha sombría. Y para la economía un peso inerte, puesto que dispensa una asistencia que no permite nunca la disminución de la pobreza, sino, como máximo, la supervivencia de ciertos pobres, y por tanto, el crecimiento de su número, la prolongación de sus enfermedades, la consolidación de su mala salud con todos los efectos de contagio que de ello se deriva.

De aquí la idea que se generaliza en el siglo XVIII de una sustitución del hospital por tres mecanismos fundamentales. En primer lugar, por la organización de una «hospitalización» a domicilio, hospitalización que presenta sin duda sus peligros cuando se trata de enfermedades epidémicas, pero que tiene sus ventajas económicas en la medida en que el coste de mantenimiento de un enfermo es mucho menor para la sociedad, al ser mantenido y alimentado en su casa como lo era antes de su enfermedad (el coste para el cuerpo social no es prácticamente más que lo que deja de ganar, dada su forzosa ociosidad, y eso, en el caso de que tuviese realmente trabajo). La hospitalización a domicilio presenta igualmente ventajas médicas, en la medida en que la familia —con tal de que esté un poco asesorada— puede asegurar cuidados a la vez constantes y ajustados que no se pueden exigir a una administración hospitalaria: toda familia debe poder funcionar como un pequeño hospital provisional, individual y no costoso. Sin embargo semejante procedimiento implica que la sustitución del hospital esté asegurada por la penetración amplia en la sociedad de un cuerpo médico capaz de ofrecer cuidados, ya sea gratuitamente, o del modo menos costoso posible. Una gestión médica de la población, si es permanente, flexible y fácilmente utilizable puede inutilizar una buena parte de los hospitales tradicionales. En fin, se puede pensar que se generalicen los cuidados, las consultas, y distribuciones de medicamentos que algunos hospitales ya ofrecen a los enfermos de paso, sin retenerlos ni encerrarlos: tal es método de los dispensarios, que pretenden conservar las ventajas de las técnicas de la hospitalización salvando sus inconvenientes médicos o económicos.

Estos tres métodos han dado lugar, sobre todo en la segunda mitad del siglo XVIII, a toda una serie de proyectos y de programas. Han provocado numerosas experiencias. En 1769 se fundó en Lon-

dres el dispensario para niños pobres de la *Red Lion Square*; treinta años más tarde casi todos los barrios de la ciudad tenían su dispensario y se estimaba en casi 50.000 el número de los que en ellos recibían curas gratuitas cada año. En Francia parece que se pretendió ante todo la mejora, la extensión y una distribución más homogénea de la asistencia médica en las ciudades y en el campo: la reforma de los estudios médicos y quirúrgicos (1772 y 1784), las obligaciones por parte de los médicos de ejercer en los pueblos y en las pequeñas villas antes de ser admitidos en las grandes ciudades, los trabajos de encuesta y coordinación realizados por la Real Sociedad de Medicina, la importancia cada vez mayor que el control de la salud y de la higiene tiene en la responsabilidad de los administradores, el desarrollo de las distribuciones gratuitas de medicamentos bajo la responsabilidad de médicos designados por la administración; todo esto remite a una política de salud que se cimenta en la presencia extensiva del personal médico en el interior del cuerpo social. El cenit de estas críticas contra el hospital, y de este proyecto de sustitución, se alcanza durante la Revolución con una marcada tendencia a la «deshospitalización»; dicha tendencia ya se deja sentir en los informes del Comité de mendicidad (proyecto para establecer en cada distrito de las zonas rurales un médico y un cirujano que cuidarían de los indigentes, vigilarían a los niños recogidos y practicarían la inoculación). Sin embargo, esta política se formula claramente en la época de la Convención (proyecto de tres médicos por distrito que aseguran lo esencial de los cuidados sanitarios para el conjunto de la población).

No obstante la desaparición del hospital no fue nunca más que un utópico punto de fuga. En realidad el verdadero trabajo se realizó cuando se pretendió elaborar un funcionamiento complejo en el que el hospital tiende a tener una función muy específica en relación con la familia convertida en instancia primera de salud, en relación con la extensa y continua red del personal médico, y en relación con el control administrativo de la población. La reforma del hospital se intenta en conexión con este conjunto de dimensiones.

Se trata en primer lugar de ajustar el hospital al espacio, y, más concretamente, al espacio urbano en el que está ubicado. Surgen así una serie de discusiones y de conflictos entre diferentes fórmulas de implantación: hospitales masivos, susceptibles de acoger a una población numerosa, y en cuyo interior los cuidados así agrupados serían más coherentes, más fáciles de controlar, y menos costosos; o, por el contrario, hospitales de dimensiones reducidas, en los que los enfermos estarían mejor vigilados, y en los que los ries-

gos internos de contagio serían menos graves. Otra discusión que se suma a ésta es si se deben emplazar los hospitales fuera de la ciudad, allí donde la aireación es mejor y donde no hay riesgo de que difundan sus miasmas a la población. Esta solución va pareja, en general, con la planificación de grandes conjuntos arquitectónicos. Como alternativa a esta opción, ¿se debe construir una multiplicidad de pequeños hospitales repartidos por los lugares más fácilmente accesibles para la población que se ha de servir de ellos? Esta solución con frecuencia implica el acoplamiento hospital-dispensario.¹ El hospital, en cualquier caso, debe operar como un elemento funcional en un espacio urbano en el que sus efectos se deben poder medir y controlar.

Es preciso, por otra parte, organizar el espacio interior del hospital de tal forma que sea medicamente eficaz: no tanto un lugar de asistencia cuanto un lugar de tratamiento terapéutico. El hospital debe funcionar como una «máquina de curar». Dicho de forma negativa, es preciso suprimir todos los factores que lo hacen peligroso para los que están en él (problema de la circulación del aire que debe ser permanentemente renovado sin que sus miasmas o cualidades melfíticas pasen de un enfermo a otro; problema de la renovación de la ropa, de su lavado y de su transporte). Dicho de forma positiva, es preciso organizarlo en función de una estrategia terapéutica concertada: presencia ininterrumpida y privilegio jerárquico de los médicos; sistema de observaciones, de anotaciones y de registros que permite fijar el conocimiento de los diferentes casos, seguir su evolución particular; y globalizar los datos concernientes a toda una población durante largos períodos; sustitución de regímenes poco diferenciados que constituyan tradicionalmente lo esencial de los cuidados, de las curas médicas y farmacéuticas mejor realizadas. El hospital tiende a instituirse como un elemento esencial de la tecnología médica: no sólo un lugar en el que se puede curar, sino también un instrumento que, en un cierto número de casos graves, permite curar.

Es preciso, en consecuencia, que se articulen en el hospital el saber médico y la eficacia terapéutica.² En el siglo XVIII aparecen los hospitales especializados. Si antes habían existido determinados establecimientos reservados a los locos, o a las enfermedades venéreas, era más como medida de exclusión, o por miedo a los peligros, que en razón de una especialización de los cuidados. El hospital «unifuncional» no se organiza más que a partir del momento en que la hospitalización se convierte en el soporte y, a veces, en la condición de una acción terapéutica más o menos compleja. El *Middlesex Hos-*

pital de Londres se abre en 1745: estaba destinado a curar la viruela y a practicar la vacuna; el *London Fever Hospital* data de 1802, y el *Royal Ophthalmic Hospital* de 1804. La primera Maternidad de Londres se abrió en 1749. En París *Les Enfants Malades* se fundó en 1802. Se conforma, lentamente, toda una red hospitalaria cuya función terapéutica resalta claramente; dicha red debe, por una parte, cubrir con suficiente continuidad el espacio rural o urbano de aquella población de la que se hace cargo, y, por otra, reposar sobre el saber médico, sus clasificaciones y sus técnicas.

Por último, el hospital debe servir de estructura de apoyo al encajamiento permanente de la población por parte del personal médico. Se debe poder pasar de los cuidados a domicilio al régimen hospitalario por razones que son a la vez económicas y médicas. Los médicos, del campo o de las ciudades, deberán, mediante sus visitas, aligerar los hospitales evitando su saturación y, en contrapartida, el hospital debe ser accesible al parecer y a la demanda de los médicos. Además el hospital, en tanto que lugar de acumulación y de desarrollo del saber, debe permitir la formación de médicos que ejercerán la medicina privada. La enseñanza clínica en el medio hospitalario, cuyos primeros rudimentos aparecen en Holanda con Sylvius, y más tarde con Boerhaave, en Viena con Van Swieten, en Edimburgo (con el acoplamiento de la Escuela de Medicina y de la *Edinburgh Infirmary*) se convierte a finales de siglo en el principio general alrededor del cual se intentan reorganizar los estudios de medicina. El hospital, instrumento terapéutico para los que viven en él, contribuye, a través de la enseñanza clínica y de la buena calidad de los conocimientos médicos, a elevar el nivel de salud de la población.

La reforma de los hospitales, y más concretamente los proyectos de su reorganización arquitectónica, institucional y técnica, deben su importancia, en el siglo XVIII, a este conjunto de problemas que ponen en juego el espacio urbano: la masa de la población, con sus características biológicas, la célula familiar densa, y el cuerpo de los individuos. La transformación «física» de los hospitales se inscribe en la historia de estas materialidades—a la vez políticas y económicas.

13. ¿CRISIS DE LA MEDICINA O CRISIS DE LA ANTIMEDICINA?

«¿Crisis de un modelo en la medicina?», *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, 3, enero-abril de 1976, págs. 197-209 (Primera conferencia sobre la historia de la medicina. Instituto de Medicina Social, Universidad del Estado de Rio de Janeiro, Centro Biomédico, octubre de 1974).

Como punto de partida de esta conferencia quisiera referirme a un asunto que empieza a ser discutido en todo el mundo: la crisis de la medicina o de la antimedicina. Mencionaré al respecto el libro de Ivan Illich *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*,² el cual, dada la gran resonancia que ha tenido y continuará teniendo de forma creciente en los próximos meses, señala a la opinión pública mundial el problema del funcionamiento actual de las instituciones del saber y el poder médico.

Para analizar este fenómeno partiré no obstante de una fecha bastante anterior, de los años 1940-1945, más exactamente del año 1942, en el que se elaboró el famoso Plan Beveridge, que en Inglaterra y en otros muchos países sirvió de modelo a la organización de la salud después de la Segunda Guerra Mundial.

La fecha de este Plan tiene un valor simbólico. En 1942 —en plena guerra mundial, en la que perdieron la vida cuarenta millones de personas— se consolida no el derecho a la vida, sino un derecho diferente, más importante y complejo: el derecho a la salud. En un momento en el que la guerra causaba grandes estragos, una sociedad asume la tarea explícita de garantizar a sus miembros no sólo la vida, sino la vida en buen estado de salud.

² Londres, Calder and Boyars, 1975 (*Nemesis médica: l'expropriation de la santé*, París, Seuil, 1975) (trad. cast.: *Nemesis médica*, Barcelona, Selx Baural, 1975).

Además de este valor simbólico, la fecha reviste importancia por varias razones:

1. El Plan Beveridge indica que el Estado se hace cargo de la salud. Se podría afirmar que ésta no era una innovación, pues desde el siglo XVIII una de las funciones del Estado, una función no fundamental pero sí importante, consistía en garantizar la salud física de los ciudadanos. Sin embargo, creo que hasta mediados del siglo XIX la función de garantizar la salud de los individuos significaba para el Estado, esencialmente, preservar la fuerza física nacional, su fuerza de trabajo, su capacidad de producción, así como su poderío militar. Hasta entonces, la medicina de Estado consistió en una función orientada principalmente hacia fines nacionalistas, cuando no raciales. Con el Plan Beveridge la salud se transforma en un objeto de preocupación de los Estados, no en función de los propios Estados, sino de los individuos, es decir, el derecho del hombre a mantener su cuerpo en buena salud pasa a ser el objeto de la propia acción del Estado. Por consiguiente, se invierten los términos: el concepto del individuo sano al servicio del Estado es sustituido por el del Estado al servicio del individuo que goza de buena salud.

2. No se trata sólo de una inversión en el campo del derecho, sino también en lo que se podría denominar una moral del cuerpo. En el siglo XIX aparece en todos los países del mundo una copiosa literatura sobre la salud, sobre la obligación de los individuos de conservar su salud, la de su familia, etc. El concepto de limpieza, de higiene, ocupa un lugar central en todas estas exhortaciones morales sobre la salud. Abundan las publicaciones en las que se insiste en la limpieza como requisito indispensable para gozar de buena salud, o sea, para poder trabajar a fin de que los hijos sobrevivan y aseguren también el trabajo social y la producción. La limpieza es la obligación de garantizar una buena salud al individuo y a aquellos que lo rodean. A partir de la segunda mitad del siglo XX surge otro concepto. Ya no se habla de la obligación de la limpieza y la higiene para gozar de buena salud, sino del derecho a estar enfermo cuando se desee, y cuando sea preciso. El derecho a interrumpir el trabajo empieza a tomar cuerpo y se convierte en algo más importante que la antigua obligación de limpieza que caracterizaba la relación moral de los individuos con sus cuerpos.

3. Con el Plan Beveridge la salud entra en el campo de la macroeconomía. Los gastos dedicados a la salud, los gastos provocados por la interrupción del trabajo, así como la necesidad de cubrir

esos riesgos dejan de ser simplemente fenómenos que se podían resolver recurriendo a las cajas de pensiones o a los seguros más o menos privados. A partir de entonces la salud —o su ausencia—, el conjunto de las condiciones en virtud de las cuales se va a asegurar la salud de los individuos, se convierte en una fuente de gastos que, por su cuantía, se integra en las grandes partidas del presupuesto estatal, cualquiera que sea el sistema de financiación adoptado. La salud empieza, a partir de entonces, a entrar en los cálculos de la macroeconomía. Por mediación de la salud, de las enfermedades, y de la manera de cubrir las necesidades de la salud, se trata de proceder a cierta redistribución económica. Una de las funciones de la política presupuestaria de la mayor parte de los países, desde comienzos del presente siglo, fue la de asegurar, mediante el sistema de impuestos, una cierta igualdad, una igualdad no tanto de los bienes, cuanto de los ingresos. Esta redistribución ya no dependía de los presupuestos sino del sistema de regulación y de cobertura económica de la salud y de la enfermedad. Al garantizar a todas las personas las mismas posibilidades de recibir tratamiento y curarse se pretendía corregir en parte la desigualdad de ingresos. La salud, la enfermedad y el cuerpo empiezan a tener sus bases de socialización y, a la vez, se convierten en instrumento de la socialización de los individuos.

4. La salud fue entonces objeto de una verdadera lucha política. A partir de finales de la Segunda Guerra Mundial, y de la victoria triunfal de los laboristas en Inglaterra, en 1945, no hay partido político ni campaña política, en cualquier país desarrollado, que no plantee el problema de la salud, y de cómo el Estado garantizará y financiará los gastos de los individuos en ese campo. Las elecciones británicas de 1945, al igual que las relativas a las cajas de pensiones en Francia, en 1947, que logran la victoria mayoritaria de los representantes de la Confederación General de Trabajadores, señalan la importancia que adquiere la lucha política por la salud.

Tomando como punto simbólico de referencia el Plan Beveridge, se observa, en el decenio 1940-1950, la formulación de un nuevo derecho, de una nueva moral, de una nueva economía, de una nueva política del cuerpo. Los historiadores suelen relatar con gran cuidado y meticulosidad lo que los hombres dicen y piensan, el desenvolvimiento histórico de sus representaciones y teorías, la historia del espíritu humano. Sin embargo, es curioso que siempre hayan ignorado el capítulo fundamental, que sería la historia del cuerpo humano. A mi juicio, para realizar la historia del cuerpo

humano en el mundo occidental moderno deberían seleccionarse estos años de 1940-1950 como un período de referencia que marca el nacimiento de este nuevo derecho, de esta nueva moral, de esta nueva política, y de esta nueva economía del cuerpo. Desde entonces, el cuerpo del individuo es uno de los objetivos principales de la intervención del Estado, uno de los grandes objetos de los que el propio Estado debe hacerse cargo.

Se podría plantear una comparación histórica en tono humorístico. Cuando el imperio romano cristalizó en la época de Constantino, el Estado, por primera vez en la historia del mundo mediterráneo, se atribuyó la tarea de cuidar las almas. El Estado cristiano no sólo debía cumplir las funciones tradicionales del imperio, sino también permitir que las almas logaran su salvación, e incluso forzarlas a ello. Así, el alma pasó a ser uno de los objetivos de la intervención del Estado. Todas las grandes teocracias, desde Constantino hasta las teocracias mixtas del siglo XVIII en Europa, fueron regímenes políticos en los que la salvación de las almas constituía uno de los objetivos principales.

Podría afirmarse que en la actualidad está surgiendo lo que en realidad ya se venía preparando desde el siglo XVIII, es decir, no una teocracia sino una «somatocracia». Vivimos en un régimen en el que una de las finalidades de la intervención estatal es el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre la enfermedad y la salud. El nacimiento de esta somatocracia, que desde que se inició está en crisis, es precisamente lo que me gustaría analizar.

A partir del momento en que la medicina asumía sus funciones modernas, gracias a la estatalización que la caracteriza, la tecnología médica experimentaba uno de sus raros pero enormes progresos. El descubrimiento de los antibióticos, es decir, la posibilidad de luchar por primera vez de manera eficaz contra las enfermedades infecciosas, es contemporáneo del nacimiento de los grandes sistemas de la Seguridad Social. Éste fue un proceso tecnológico vertiginoso que se generó en el momento en que se producía una gran mutación política, económica, social y jurídica de la medicina.

A partir de este momento apareció la crisis, con la manifestación simultánea de dos fenómenos: por una parte, el avance tecnológico que significaba un progreso capital en la lucha contra las enfermedades y, por otra, el nuevo funcionamiento económico y político de la medicina. Estos dos fenómenos no produjeron la mejora del bienestar sanitario que cabía esperar, sino más bien un curioso estancamiento de los beneficios posibles resultantes de la medicina y de la salud pública. Éste es uno de los primeros aspectos

de la crisis que pretendo analizar, haciendo referencia a alguno de sus efectos para mostrar que ese desenvolvimiento reciente de la medicina y de su estatalización y socialización —el Plan Beveridge ofrece sobre ello una idea general—, proviene de tiempos atrás.

En realidad no hay que pensar que la medicina permaneció hasta nuestros días como una actividad de tipo individual, o contractual, entre el enfermo y su médico, y que sólo recientemente se hizo cargo de tareas sociales. Por lo contrario, procuraré demostrar que la medicina, por lo menos desde el siglo XVIII, constituye una actividad social. En cierto sentido la «medicina social» no existe porque toda la medicina es social. La medicina fue siempre una práctica social, y lo que no existe es la medicina «no social», la medicina individualista, clínica, del coloquio singular; que fue más bien un mito con el que se justificó y defendió una determinada práctica social de la medicina: el ejercicio privado de la profesión.

Y así, en la medida en que la medicina es social, por lo menos desde que cobró un gran impulso en el siglo XVIII, la crisis actual no es realmente actual, sino que hunde sus raíces históricas en la práctica social de la medicina.

Por consiguiente no plantearé el problema en los términos en los que lo plantean Ivan Illich, y sus discípulos: ¿medicina o antimedicina?, ¿debemos conservar o no la medicina? El problema no es saber si se requiere una medicina individual o social, sino cuestionar el modelo de desarrollo de la medicina a partir del siglo XVIII, cuando se produjo lo que podríamos denominar su «despegue». Este «despegue» sanitario del mundo desarrollado estuvo acompañado de un desbloqueo técnico y epistemológico de considerable importancia de la medicina y de toda una serie de prácticas sociales. Y estas formas propias del «despegue» condujeron a la crisis actual. La cuestión estriba en saber: a) ¿cuál fue ese modelo de desarrollo?, b) ¿en qué medida se puede corregir?, y c) ¿en qué medida puede ser utilizado actualmente en sociedades o poblaciones que no conocieron el modelo de desarrollo económico y político de las sociedades europeas y norteamericanas? En resumen, ¿cuál es este modelo de desarrollo? ¿puede ser corregido y aplicado a otros lugares?

Pasaré a exponer alguno de los aspectos de esta crisis actual.

En primer lugar quisiera referirme a la distancia o la distorsión, que existe entre la cientificidad de la medicina y la positividad de sus efectos, o entre la cientificidad y la eficacia de la medicina.

No hubo que esperar a Illich, ni a los seguidores de la antimedicina, para saber que una de las propiedades y una de las capaci-

dades de la medicina es la de matar. La medicina mata, siempre mató, y de ello siempre se ha tenido conciencia. Lo importante es que hasta tiempos recientes los efectos negativos de la medicina quedaron inscritos en el registro de la ignorancia médica. La medicina mataba por ignorancia del médico, o porque la propia medicina era ignorante; no era una verdadera ciencia, sino sólo una retahíla de conocimientos mal fundados, mal establecidos y mal verificados. La nocividad de la medicina era directamente proporcional a su no científicidad.

Pero lo que surgió, desde comienzos del siglo xx, es el hecho de que la medicina podría ser peligrosa, y ello no tanto en razón de su ignorancia y falsedad, cuanto en razón de su saber, en la medida en que la medicina es una ciencia.

Illich, y los que en él se inspiran, revelaron una serie de datos sobre el tema, pero no estoy seguro de que todos estos datos estén bien elaborados. Así, hay que dejar de lado diversos resultados espectaculares para uso del periodismo. Por eso no me extenderé respecto a la considerable disminución de la mortalidad relacionada con la huelga de médicos en Israel; ni mencionaré hechos bien registrados pero cuya elaboración estadística no permite definir ni descubrir de lo que se trata. Es el caso de la investigación realizada por los Institutos Nacionales de Salud (EE.UU.) según la cual, en 1970 fueron hospitalizadas un millón quinientas mil personas a causa de la ingestión de medicamentos. Estos datos estadísticos son impresionantes, pero no constituyen una prueba fehaciente en la medida en que no indican nada acerca de la manera como se administraron estos medicamentos, quién los consumió, etc. Tampoco analizaré la famosa investigación de Robert Talley, quien demostró que, en 1967, murieron treinta mil norteamericanos en los hospitales debido a intoxicaciones por medicamentos. Todo esto, considerado así en conjunto, no tiene un gran valor; ni puede servir de fundamento a un análisis válido. Es preciso conocer otros factores. Por ejemplo, se debería saber cómo se administraron esos medicamentos, si fue por un error médico, del personal hospitalario o del propio enfermo, etc. No me extenderé tampoco sobre la estadísticas relativas a las operaciones quirúrgicas, particularmente a aquellas que se refieren a las histerectomías practicadas en California, que señalan que de cinco mil quinientos casos, el 14% de las intervenciones habían sido inútiles, que una cuarta parte de las pacientes eran mujeres jóvenes, y que sólo en el 40% de los casos se pudo determinar la justificación de esta operación.

Todos estos hechos, a los que el material recogido por Illich dio gran notoriedad, remiten a la habilidad o ignorancia de los médicos, sin poner en tela de juicio la propia medicina y su científicidad.

En cambio, lo que resulta mucho más interesante, y plantea el verdadero problema, es lo que podría denominarse no ya la iatrogenia, sino la iatrogenia positiva, es decir, los efectos nocivos de los medicamentos que no se deben a errores de diagnóstico ni a la ingestión accidental de una sustancia, sino a la propia acción de la intervención médica en lo que ésta tiene de fundamento racional. En la actualidad los instrumentos de que disponen los médicos y la medicina en general, precisamente por su eficacia, provocan ciertos efectos, algunos puramente nocivos, y otros fuera de control, que obligan a la especie humana a entrar en una historia arriesgada, en un campo de probabilidades y riesgos cuya magnitud no puede medirse con precisión.

Es bien sabido, por ejemplo, que el tratamiento antiinfeccioso, la lucha llevada a cabo con el mayor éxito contra los agentes infecciosos, condujeron a una disminución general del umbral de sensibilidad del organismo frente a los agentes agresores. Ello significa que en la medida en que el organismo sabe defenderse mejor, se protege, naturalmente, pero por otra parte es más frágil, está más expuesto cuando se impide su contacto con los estímulos que provocan las reacciones de defensa.

De manera más general se puede afirmar que por el efecto de los propios medicamentos —efectos terapéuticos y positivos— se produjo una perturbación, por no decir una destrucción del ecosistema no solo del individuo, sino de la propia especie humana en su conjunto. La cobertura bacilar y vírica, que constituye un riesgo, pero que al mismo tiempo es una protección para el organismo, con la que funcionó hasta entonces, sufre una alteración debido a la intervención terapéutica y queda expuesta a ataques contra los cuales el organismo estaba protegido.

En definitiva, no se sabe a dónde conducirán las manipulaciones genéticas efectuadas sobre el potencial genético de células vivas, sobre bacilos o sobre virus. Se hizo posible técnicamente elaborar agentes agresores del organismo humano contra los que no hay medios de defensa ni de destrucción. Se puede producir un arma biológica letal contra el hombre y la especie humana sin que simultáneamente se desarrollen los medios de defensa contra ella. Por esto los laboratorios estadounidenses pidieron que se prohibiesen las manipulaciones genéticas que se están realizando.

Así pues, nos adentramos en una dimensión nueva de lo que se podría denominar el riesgo médico. El riesgo médico, el vínculo di-

fácil de romper entre los efectos positivos y negativos de la medicina, no es nuevo, sino que data del momento en que un efecto positivo de la medicina iba acompañado de diversas consecuencias negativas y nocivas.

A este respecto abundan los ejemplos en la historia de la medicina moderna a partir del siglo XVIII. En ese siglo la medicina adquirió, por primera vez, suficiente poder para lograr que determinados enfermos abandonasen el hospital. Hasta mediados del siglo XVIII nadie salía del hospital. Se ingresaba en estas instituciones para morir. La técnica médica del siglo XVIII no permitía al individuo hospitalizado abandonar la institución con vida. El hospital era entonces un claustro a dónde se iba para expirar, era un verdadero «mortuorio».

Otro ejemplo de un considerable progreso médico acompañado de una gran progresión de la mortalidad fue el descubrimiento de los anestésicos y de la técnica de anestesia general en los años 1844-1847. A partir del momento en que se puede adormecer a una persona se puede practicar una operación quirúrgica, y los cirujanos de la época se entregaron a esta labor con gran entusiasmo. Pero en ese momento no se disponía de instrumentos asépticos. La asepsia comienza a introducirse en la práctica médica en 1870, tras la guerra franco-prusiana y como consecuencia del relativo éxito obtenido por los médicos alemanes; así fue como la asepsia se convirtió en una práctica habitual en todos los países del mundo.

A partir del momento en que se logra anestesiarse a los individuos, desaparecía la barrera del dolor y se estaba en situación de proceder a cualquier tipo de operación. Ahora bien, en ausencia de la asepsia, no cabe duda de que toda operación no sólo constituía un riesgo sino que, casi con toda seguridad, iba acompañada de la muerte del individuo. Por ejemplo, durante la guerra de 1870, un célebre cirujano francés, Guérin, practicó amputaciones a varios heridos, pero sólo consiguió salvar a uno de los operados; todos los restantes fallecieron. Éste es un ejemplo típico de la manera en que siempre ha funcionado la medicina a partir de sus propios fracasos, y del hecho de que no existe ningún gran progreso médico que no se haya saldado con diversas consecuencias negativas.

Este fenómeno que caracteriza la historia de la medicina moderna adquiere en la actualidad una nueva dimensión en la medida en que, hasta estos últimos decenios, el riesgo médico concernía únicamente al individuo que se estaba cuidando. A lo sumo se podría alterar su descendencia directa, es decir, que el poder de una eventual acción negativa de la medicina se limitaba a una fa-

milia o a una descendencia. En la actualidad, con las técnicas de las que dispone la medicina, la posibilidad de modificar la estructura genética de las células no sólo afecta al individuo o a su descendencia, sino a toda la especie humana; todo el fenómeno de la vida entra así en el campo de acción de la intervención médica. Aún es pronto para saber si el hombre será capaz de fabricar un ser vivo de tal naturaleza que toda la historia de la vida, el futuro de la vida, se vea modificado.

Surge pues, una nueva dimensión de posibilidades médicas, que denominaré la cuestión de la biohistoria. El médico y el biólogo ya no trabajan desde este momento en torno al individuo y a su descendencia, sino que comienzan a trabajar sobre la propia vida y sus acontecimientos fundamentales. Nos encontramos en la biohistoria, y esto es algo muy importante.

Se sabía, desde Darwin, que la vida evolucionaba, que la evolución de las especies vivas estaba determinada, hasta cierto punto, por accidentes que podrían ser de naturaleza histórica. Darwin sabía, por ejemplo, que las *enclosures* en Inglaterra, práctica puramente económica y política, habían modificado la fauna y la flora inglesas. Pero eran las leyes generales de la vida las que en esa época se vinculaban a ese acontecimiento histórico.

En nuestros días se descubre algo nuevo: la historia del hombre y la vida están profundamente imbricadas entre sí. La historia del hombre no continúa simplemente la vida, ni se limita a reproducirla, sino que la retoma, hasta cierto punto, y puede ejercer sobre su proceso una serie de efectos totalmente fundamentales. Éste es uno de los grandes riesgos de la medicina actual, y una de las razones que puede explicar el malestar que se comunica de los médicos a los pacientes, de los técnicos a la población en general, y que se refiere a los efectos de la acción médica.

Una serie de fenómenos como, por ejemplo, el rechazo radical y bucólico de la medicina, tema comparable al milenarismo o al miedo a un apocalipsis de la especie humana, expresa de forma confusa en la conciencia de los individuos el eco, la respuesta a esta inquietud técnica que los biólogos y los médicos empiezan a experimentar respecto a los efectos de su propia práctica y del propio saber. El saber es peligroso, no sólo por sus consecuencias inmediatas para el individuo o para un grupo de individuos, sino para la propia historia. Esto constituye una de las características fundamentales de la crisis actual.

La segunda característica es lo que yo llamaría el fenómeno de la «medicalización» indefinida. Con frecuencia se afirma que en

el siglo XX la medicina comenzó a funcionar fuera de su campo tradicional, determinado por la demanda del enfermo, su sufrimiento, sus síntomas, su malestar, lo que promueve la intervención médica y circunscribe su campo de actividad delimitado por un conjunto de objetos denominados enfermedades, que confieren un estatuto médico a la demanda. Así es como se definió el ámbito propio de la medicina.

No cabe duda de que si éste es su ámbito propio, la medicina actual lo ha rebasado de manera considerable por varias razones. En primer lugar, la medicina responde a otro motivo que no es la demanda del enfermo, algo que sólo acontece en casos mucho más limitados. Con mucha más frecuencia la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como un acto de autoridad. A este respecto pueden citarse varios ejemplos. En la actualidad no se contrata a nadie sin el dictamen del médico que examina autoritariamente al individuo. Existe una política sistemática y obligatoria de *screening*, de localización de enfermedades en la población, que no responde a ninguna demanda del enfermo. Asimismo, en algunos países la persona acusada de haber cometido un delito, es decir, una infracción considerada de suficiente gravedad como para ser juzgada por los tribunales, debe someterse obligatoriamente al examen de un perito psiquiatra, lo que en Francia es obligatorio para todo individuo puesto a disposición de las autoridades judiciales, aunque sea un tribunal correccional. Éstos son simplemente algunos ejemplos de un tipo de intervención médica bastante familiar que no responde a la demanda del enfermo.

En segundo lugar, tampoco los objetos que constituyen el campo de intervención de la medicina se reducen únicamente a las enfermedades. Mencionaré dos ejemplos. Desde comienzos del siglo XX, la sexualidad, el comportamiento sexual, las desviaciones o anomalías sexuales, están ligadas a la intervención médica, pese a que ningún médico diga, a menos que sea muy ingenuo, que una anomalía sexual es una enfermedad. La intervención sistemática de una terapéutica de tipo médico en los homosexuales de los países de Europa Oriental es característica de la «medicalización» de un objeto que, ni para el sujeto ni para el médico, constituye una enfermedad.

En términos generales se puede afirmar que la salud pasó a ser un objeto de intervención médica. Todo lo que garantiza la salud del individuo, ya sea el saneamiento del agua, las condiciones de habitabilidad o el régimen urbano, es hoy un campo de intervención médica que, en consecuencia, ya no está vinculado exclusivamente a las enfermedades.

En realidad, la intervención autoritaria de la medicina en un campo cada vez mayor de la existencia individual o colectiva es un hecho absolutamente característico de nuestro tiempo. Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que exceden con mucho la existencia de las enfermedades y la demanda del enfermo.

Los juristas de los siglos XVII y XVIII inventaron un sistema social que debía estar dirigido por un sistema de leyes codificadas, y los médicos del siglo XX están a punto de inventar una sociedad, que ya no es una sociedad de la ley, sino de la norma. Lo que rige la sociedad ya no son los códigos sino la distinción permanente entre lo normal y lo anormal, la tarea perpetua de restituir el sistema de la normalidad.

Ésta es una de las características de la medicina actual, aunque se puede demostrar fácilmente que se trata de un viejo fenómeno ligado al desarrollo del «despegue» médico. Desde el siglo XVIII la medicina siempre se ocupó de algo que no le concernía, es decir, de otros aspectos que no están en relación con los enfermos ni con las enfermedades, y precisamente así se operó el desbloqueo epistemológico de finales del siglo XVIII.

Hasta los años 1720-1750, las actividades de los médicos se concentraban en la demanda de los enfermos y sus enfermedades. Así fue desde la Edad Media, y puede afirmarse que los resultados científicos y terapéuticos fueron nulos. Hasta el siglo XVIII la medicina no se libró del estancamiento científico y terapéutico en el que se encontraba aprisionada desde la época medieval. A partir de ese momento comenzó a considerar otros campos distintos de los enfermos, se interesó por otros aspectos que no eran las enfermedades, y dejó de ser esencialmente clínica para comenzar a ser social.

Los cuatro grandes procesos que caracterizan a la medicina del siglo XVIII son los siguientes:

1. Aparición de una autoridad médica, que no es simplemente la autoridad del saber, de la persona erudita que sabe citar a los autores canónicos. La autoridad médica es una autoridad social que puede adoptar decisiones relativas a una ciudad, un barrio, una institución, un reglamento. Es la manifestación de lo que los alemanes denominaban *Staatsmedizin*, la medicina de Estado.

2. Aparición de un campo de intervención de la medicina distinto de las enfermedades: el aire, el agua, las construcciones, los terrenos, los desagües, etc. En el siglo XVIII todo esto fue objeto de la medicina.

3. Introducción de un aparato de medicalización colectiva, a saber, el hospital. Con anterioridad al siglo XVIII el hospital no era una institución de medicalización sino de asistencia a los pobres que esperaban la muerte en su recinto.

4. Introducción de mecanismos de administración médica; realización y comparación de estadísticas, etc.

Gracias al hospital y a todos estos controles sociales, la medicina pudo cobrar impulso, y la medicina clínica adquirió dimensiones totalmente nuevas. A medida que la medicina se convirtió en una práctica social y dejó de ser una práctica individual, se abrieron las posibilidades a la anatomía patológica, a la gran medicina hospitalaria, y a los progresos que simbolizan los nombres de Bichat, Laënnec, Bayle, y otros.

Por consiguiente, la medicina se consagra a otros campos que no son las enfermedades, y que no están por tanto regidos por la demanda del paciente; éste es un viejo fenómeno que forma parte de las características de la medicina moderna.

Pero lo que caracteriza más específicamente al período actual en el interior de esta tendencia general, es que la medicina de los últimos decenios, al ejercer una acción que va más allá de las fronteras tradicionales definidas por los enfermos y las enfermedades, comienza a intervenir en todos los campos, ninguno de los cuales le es ajeno.

Si bien en el siglo XIX la medicina ya había rebasado los límites clásicos, existían no obstante aspectos que no parecían «medicalizables». La medicina tenía un exterior y se podía concebir la existencia de una práctica corporal, una higiene, una moral de la sexualidad, etc., que no estuvieran controladas ni codificadas por la medicina. La Revolución francesa, por ejemplo, concibió una serie de proyectos de moral del cuerpo, de higiene del cuerpo, que no debían estar en modo alguno bajo control de los médicos; se soñaba con una especie de régimen político feliz, en el que la gestión del cuerpo humano, la higiene, la alimentación o el control de la sexualidad, correspondían a una conciencia colectiva y espontánea. Este ideal de una regulación no médica del cuerpo y de la conducta humana continuó durante todo el siglo XIX y lo encontramos, por ejemplo, en Raspail.*

En la situación actual, lo diabólico es que cuando queremos recurrir a un territorio exterior a la medicina nos encontramos con

que ya ha sido medicalizado. Y cuando se quiere criticar a la medicina sus deficiencias, sus inconvenientes y sus efectos nocivos, esta crítica se hace en nombre de un saber médico más completo, más refinado y difuso.

Quisiera mencionar un ejemplo a este respecto: Illich y sus seguidores señalan que la medicina terapéutica, que interviene para responder a una sintomatología y bloquear los síntomas aparentes de las enfermedades, es una mala medicina. A ello contraponen un arte desmedicalizado de la salud, la higiene, la alimentación, el ritmo de vida, las condiciones de trabajo, la vivienda, etc. Ahora bien, ¿qué es actualmente la higiene, sino una serie de reglas establecidas y codificadas por un saber biológico y médico, cuando no es la propia autoridad médica entendida en sentido estricto la que las ha elaborado? La antimedicina sólo puede contraponer a la medicina hechos o proyectos revestidos de una cierta forma de medicina.

Voy a citar otro ejemplo tomado del campo de la psiquiatría. Puede afirmarse que la primera forma de antipsiquiatría fue el psicoanálisis, que a fines del siglo XIX constituyó un proyecto de desmedicalización de varios fenómenos que la gran sintomatología psiquiátrica de este siglo había clasificado como enfermedades. Esta antipsiquiatría es el psicoanálisis no solamente de la histeria y de la neurosis, campo que Freud trató de ganar a los códigos psiquiátricos, sino también del conjunto de la conducta cotidiana que constituye actualmente el objeto de la actividad psicoanalítica. Y aunque ahora al psicoanálisis se le opone una antipsiquiatría o un antipsicoanálisis, se trata todavía de una actividad y un discurso de tipo médico más o menos elaborado desde una perspectiva o con base en un saber médico. No se logra salir de la medicalización, y todos los esfuerzos realizados en este sentido se remiten a un saber médico.

Por último, quisiera citar otro ejemplo referido al campo de la criminalidad y a la competencia psiquiátrica en materia delictiva. La cuestión planteada en los códigos penales del siglo XIX consistía en determinar si un individuo era un enfermo mental o un delincuente. Según el código francés de 1810 no se puede ser al mismo tiempo delincuente y loco. Quien está loco no puede ser delincuente, y por tanto el acto cometido es un síntoma, no un delito, por lo que no cabe la condena.

Ahora bien, en la actualidad el individuo considerado como delincuente, y que como tal va a ser condenado, se ve sometido a examen como si fuera demente y, en definitiva, siempre se le condena en cierto modo como loco. Así lo demuestra el hecho de que, por lo menos en Francia, no se convoca al perito psiquiatra para que de-

* Raspail (F.-V.), *Histoire naturelle de la santé et de la maladie, suivie du formulaire pour une nouvelle méthode de traitement hygiénique et curatif*, París, Levasseur, 1843, 2 vols.

termine si el sujeto es responsable del delito: el examen pericial se limita a verificar si el individuo es peligroso o no.

¿A qué responde el concepto de peligroso? Una de dos, o el psiquiatra responde que el sujeto no es peligroso, es decir, que no está enfermo ni muestra ningún signo patológico, y entonces no es peligroso y no hay razón para que se lo condene (su no patologización hace posible que se suprima la condena), o bien el médico afirma que el individuo es peligroso, ya que tuvo una infancia frustrada, su superego es débil, carece de sentido de la realidad, muestra una constitución paranoica, etc. En este caso el individuo es «patologizado» y se le puede encerrar; pero se le encierra porque es identificado como enfermo. De este modo, pues, la vieja dicotomía que, en los términos del Código civil, calificaba al sujeto de delincuente o de enfermo, queda totalmente eliminada. En la actualidad sólo hay dos posibilidades: la de estar un poco enfermo, y ser realmente delincuente, o ser un poco delincuente y estar realmente enfermo. El delincuente no puede librarse de su patología. Recientemente, en Francia, un ex recluso escribió un libro para explicar que si había robado no se debía a que su madre no le había querido, ni a que su superego era débil, ni tampoco a que era paranoico, sino porque había nacido para robar, y para ser un ladrón.

La preponderancia concedida a la patología se convierte en una forma general de regulación de la sociedad. La medicina carece en la actualidad de campo exterior. Fichte hablaba de «Estado comercial cerrado» para describir la situación de Prusia en 1810.^{*} Se podría afirmar, respecto a la sociedad moderna en la que nos encontramos, que vivimos en «Estados médicos abiertos» en los que existe una medicalización sin límites. Determinadas resistencias populares a la medicalización se explican precisamente por esta predominancia perpetua y constante.

Quisiera, para terminar, exponer otra característica de la medicina moderna, a saber, lo que se podría denominar la economía política de la medicina.

Tampoco en este caso se trata de un fenómeno reciente, pues, a partir del siglo xviii, la medicina y la salud aparecieron como un problema económico. La medicina se desarrolló a finales del siglo xviii por razones económicas. No hay que olvidar que la primera gran epidemia estudiada en Francia en el siglo xvii, y que dio lugar

^{*} Fichte (J. G.), *Der geschlossene Handelsstaat*, Tübinga, Cotta, 1800 (*L'État commercial fermé*, Lausana, L'Âge d'homme, Col. «Raison dialectique», 1980 (trad. cust.: *El estado comercial cerrado*, Madrid, Tecnos, 1991).

a una recopilación nacional de datos, no era en realidad una epidemia sino una epizootia. Lo que contribuyó a la constitución de la Real Sociedad de Medicina fue una tasa catastrófica de mortalidad en una serie de rebaños del sur de Francia. La Academia de Medicina de Francia tuvo su origen en una epizootia, y no en una epidemia. Esto demuestra que los problemas económicos fueron sin duda los que motivaron el comienzo de la reorganización de la medicina.

Puede afirmarse igualmente que la gran neurología de Duchenne de Boulogne, de Charcot... nació íntimamente ligada a los accidentes ferroviarios y los accidentes de trabajo acaecidos en torno a 1860, momento en que se planteaba el problema de los seguros, la incapacidad para el trabajo, la responsabilidad civil de los patronos y de los transportistas. La cuestión económica está muy presente en la historia de la medicina moderna.

Pero lo que es específico de la situación actual es que la medicina está ligada a los grandes problemas económicos a través de un aspecto distinto del de otras épocas. En épocas pasadas lo que se exigía a la medicina era que proporcionase a la sociedad individuos fuertes, es decir, capaces de trabajar, de asegurar el mantenimiento de la fuerza de trabajo, su mejora y su reproducción. Se recurría a la medicina como a un instrumento de mantenimiento y renovación de la fuerza de trabajo para el funcionamiento de la sociedad moderna.

En la actualidad la medicina entronca con la economía por otra vía; no simplemente porque es capaz de reproducir la fuerza de trabajo, sino porque puede producir directamente una riqueza, en la medida en que la salud representa un deseo para unos y un lujo para otros. La salud, convertida en objeto de consumo que puede ser fabricado por algunos laboratorios farmacéuticos, por los médicos, etc., y consumido por otros —los enfermos posibles y reales—, adquiere una importancia económica y se introduce en el mercado.

De este modo el cuerpo humano se vio doblemente introducido en el mercado: en primer lugar, a través del salario, cuando el hombre vendió su fuerza de trabajo; y más tarde por mediación de la salud. Por consiguiente, el cuerpo humano entra de nuevo en un mercado económico desde el momento en que es susceptible de salud o de enfermedad, de bienestar o de malestar, de alegría o de sufrimiento, en la medida en que es objeto de sensaciones, deseos, etc.

A partir del momento en que el cuerpo humano entra en el mercado por medio del consumo de salud, aparecen diversos fenóme-

nos que provocan disfunciones en el sistema de salud y en la medicina contemporáneas.

La introducción del cuerpo humano y de la salud en el sistema de consumo y de mercado no elevó, contrariamente a lo que cabía esperar, de manera correlativa y proporcional, el nivel de salud. La introducción de la salud en un sistema económico susceptible de ser calculado y medido, puso de relieve que el nivel de salud no tiene los mismos efectos sobre la sociedad que sobre el nivel de vida. El nivel de vida se define por la capacidad de consumo de los individuos. Si el crecimiento del consumo conlleva un aumento del nivel de vida, el aumento del consumo médico no mejora, por el contrario, en la misma proporción, el nivel de salud. Los economistas de la salud estudiaron distintos hechos de esta naturaleza. Por ejemplo, Charles Levinson, en un estudio sobre la producción de la salud, que data de 1964, indicó que al aumentar en un 1% el consumo de los servicios médicos descendía en un 0,1% la tasa de mortalidad. Este desajuste puede considerarse normal, pero únicamente se produce en el marco de un modelo ideal y ficticio. A partir del momento en que el consumo médico se ubica en el medio real, se observa que las variedades del medio, en particular el consumo de alimentos, la educación y los ingresos familiares, son factores que influyen más que el consumo médico en la tasa de mortalidad. Y así por ejemplo, el aumento de los ingresos puede ejercer un efecto negativo sobre la mortalidad que es dos veces más eficaz que el consumo de medicamentos. Es decir que si los ingresos aumentan en la misma proporción que el consumo de servicios médicos, el beneficio que representa el aumento del consumo médico quedará anulado por un pequeño incremento de los ingresos. De manera análoga, la educación actúa sobre el nivel de vida en una proporción dos veces y media mayor que el consumo médico. Por consiguiente, para vivir una vida prolongada, es preferible contar con un buen nivel de educación que con un buen nivel de consumo médico.

Así pues, cuando el consumo médico se incorpora al conjunto de variables que pueden actuar sobre la tasa de mortalidad, se observa que este factor tiene el peso más débil de todos. Las estadísticas de 1970 indican que, pese a existir un aumento constante del consumo médico, la tasa de mortalidad, que es uno de los indicadores más importantes de la salud, no disminuyó, y que continúa siendo en la actualidad más elevada para los hombres que para las mujeres.

Por consiguiente, el nivel de consumo médico, y el nivel de salud, no guardan entre sí una correlación directa, lo que pone de

manifiesto la paradoja económica de un crecimiento de consumo que no va acompañado de ningún fenómeno positivo en lo relativo a la salud, la morbilidad y la mortalidad. Esta introducción de la salud en la economía política entraña otra paradoja: las transferencias sociales que se esperaban de los sistemas de la Seguridad Social no cumplen la función prevista. En realidad, hoy la desigualdad de consumo de los servicios médicos es casi tan importante como antes. Los ricos continúan utilizando los servicios médicos mucho más que los pobres, como se pone bien de manifiesto en Francia, lo que da lugar a que los consumidores más débiles, o sea, los más pobres, paguen con sus cotizaciones el superconsumo de los más ricos. Además, las investigaciones científicas, y la mayor parte de los equipamientos hospitalarios más valiosos y caros, son financiados por la Seguridad Social, mientras que los sectores privados son los más rentables porque utilizan equipos técnicamente menos complicados. Lo que se denomina en Francia *hospedería hospitalaria*, es decir, la hospitalización breve por motivos leves, talos como una pequeña operación, pertenece al sector privado, que de esa manera es sostenido por la financiación colectiva y social de las enfermedades.

Vemos así que la igualdad del consumo médico que se esperaba de la Seguridad Social se pervirtió en favor de un sistema que tiende cada vez más a restablecer las grandes desigualdades ante la enfermedad y la muerte que caracterizaban a la sociedad del siglo XIX. En la actualidad el derecho a una salud igual para todos está atrapado en un engranaje que lo transforma en desigualdad.

Los médicos se ven enfrentados al siguiente problema: ¿quién se beneficia de la financiación social de la medicina, de los beneficios derivados de la salud? Aparentemente los beneficiados son los médicos, pero en realidad la cosa no está tan clara. La remuneración que perciben los médicos, por importante que sea en algunos países, no representa más que una parte reducida de los beneficios económicos derivados de la enfermedad y de la salud. Quienes realmente obtienen la mayor rentabilidad de la salud son las grandes empresas farmacéuticas. En efecto, la industria farmacéutica está basada en la financiación colectiva de la salud y de la enfermedad, a través de las instituciones de la Seguridad Social, que obtienen fondos procedentes de personas que están obligadas a protegerse contra las enfermedades. Esta situación, de la que aún no son perfectamente conscientes los consumidores de la salud, es decir, los asegurados sociales, sin embargo los médicos la conocen perfectamente. Estos profesionales son cada vez más conscientes de que se

han convertido en intermediarios semiautomáticos entre la industria farmacéutica y la demanda del cliente, es decir, en simples distribuidores de medicamentos y de medicación.

Determinados hechos nos han conducido a una situación de paroxismo. Y estos hechos, en el fondo, son los mismos que existían a lo largo de todo el desarrollo médico del sistema que se produjo a partir del siglo XVIII, cuando surgió una economía política de la salud, cuando surgieron los procesos de medicalización generalizada y los mecanismos de la biohistoria. La pretendida crisis actual de la medicina no es más que una serie de fenómenos suplementarios exacerbados que modifican, sin crearla, algunos aspectos de una tendencia heredada.

La situación actual no debe ser analizada en términos de medicina o de antimedicina, de interrupción o de no interrupción de los costes, de retorno o de no retorno a una especie de higiene natural, al bucolismo paramédico. Estas alternativas carecen de sentido. En contrapartida lo que sí puede tener sentido, y precisamente por eso determinados estudios históricos presentan una cierta utilidad, es tratar de comprender en qué consistió el «despegue» sanitario y médico en las sociedades de tipo europeo, a partir del siglo XVIII. Es importante saber cuál fue el modelo utilizado entonces, y en qué medida puede ser modificado. En fin, frente a las sociedades que no conocen ese modelo de desarrollo de la medicina, sociedades que por su situación colonial o semicolonial únicamente tuvieron una relación lejana o secundaria con estas estructuras médicas, y que en la actualidad demandan una medicalización a la que tienen derecho, puesto que sufren enfermedades infecciosas que afectan a millones de personas, no es de recibo admitir el argumento según el cual, en nombre de un bucolismo antimédico, estos países cuando ya no sufran estas infecciones experimentarán, como en Europa, enfermedades degenerativas. Lo que es preciso decidir es si el modelo de desarrollo médico que conoció Europa en los siglos XVIII y XIX debe ser reproducido al pie de la letra o modificado. Es preciso averiguar en qué condiciones el modelo europeo puede ser aplicado eficazmente en estas sociedades, es decir, sin que se produzcan las consecuencias negativas que ya conocemos.

Por todo esto me parece que volver a explorar la historia de la medicina presenta un cierto interés: se trata de conocer mejor no tanto la crisis actual de la medicina, que es un concepto falso, cuanto el modelo de funcionamiento histórico que rige esta disciplina desde el siglo XVIII, con el fin de saber en qué medida es posible modificarlo.

Los economistas modernos se enfrentan a este mismo problema cuando se ven obligados a estudiar el «despegue» económico de Europa en los siglos XVII y XVIII con el fin de determinar si ese modelo de desarrollo se puede adaptar a sociedades aún no industrializadas.

Se requiere la modestia y el orgullo de esos economistas para afirmar que la medicina no debe ser rechazada ni adoptada en bloque; que la medicina forma parte de un sistema histórico; que no es una ciencia pura, y que forma parte de un sistema económico y de un sistema de poder; y que es necesario sacar a la luz los vínculos que existen entre la medicina, la economía, el poder y la sociedad para determinar en qué medida es posible rectificar o aplicar el modelo.