

EL NACIMIENTO DE LA MEDICINA SOCIAL*

MICHEL FOUCAULT

Introducción

Procuré demostrar en la 1ª conferencia** que el problema fundamental no es el de antimedicina contra medicina, sino el del desarrollo del sistema médico y traté el modelo seguido por el "take-off" médico y sanitario de Occidente a partir del siglo XVIII.

Procuré así, situar tres puntos importantes del problema:

- 1) La **bio-historia**, esto es, el efecto de la intervención médica en el nivel biológico, el trazo que puede dejar en la historia de la especie humana la fuerte intervención médica que comenzó en el siglo XVIII. La historia de la especie humana no permaneció indiferente a la medicación. Este es un primer dominio de estudio todavía no bien analizado, que apenas ha sido circunscrito.

Se sabe que varias enfermedades infecciosas desaparecieron de la historia de Occidente, antes, inclusive, de la gran quimioterapia del siglo XX. La peste, o la serie de enfermedades que los cronistas, historiadores y médicos de la época llamaron peste, desapareció en parte, en el Occidente, se apagó lentamente durante los siglos XVIII y XIX, sin que se conozcan las razones ni los mecanismos. Se trata de un fenómeno que debe ser estudiado. Otro caso célebre es el de la tuberculosis. ¿Cómo y por qué la tuberculosis entró en regresión? ¿Cuáles son al nivel de la biohistoria, los mecanismos que intervinieron? Ciertamente los fenómenos de adaptación del bacilo y las medidas de higiene y de aislamiento cumplieron una función. Eso todavía no es bien conocido, pero sería interesante estudiar la evolución de las relaciones entre la especie humana y su campo bacilar o viral de existencia y las intervenciones de la higiene, de la medicina, y otras modalidades terapéuticas.

En Francia, existe un grupo de historiadores que comienzan a analizar esos fenómenos, como Le Roy Ladurie, Jean-Pierre Peter, etc. Ellos estudiaron básicamente en las estadísticas de reclutamiento militar en el siglo XIX, algunas evoluciones somáticas de la especie humana.

* Segunda de una serie de conferencias sobre "Historia de la medicina" expuestas por el autor (profesor de la Facultad de Letras de Clermont Ferraud, Francia) en Río de Janeiro, Brasil, 1974.

** Ver Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud No. 3.

- 2) **La medicalización**, esto es, el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano fueran tomados, a partir del siglo XVII, en una red de medicalización cada vez más densa y extensa.

La búsqueda médica cada vez más penetrante y la extensión de las instituciones de la salud, merecen también ser estudiadas, esto es lo que procuré hacer con algunos grupos en el "College de France". Uno de los cuales, estudió el crecimiento de la hospitalización y sus mecanismos, en el siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, en tanto que otro, estudió los hospitales y ahora pretende estudiar la habitación privada y todo lo que ella implica: el sistema de aguas negras, de vías, de equipos colectivos que aseguran el funcionamiento de la habitación privada en el espacio urbano.

- 3) **La economía de la salud**, esto es, la manera como el mejoramiento y el consumo de salud se integran en el desarrollo económico de las sociedades más ricas.

Se trata de un problema difícil y complejo cuya historia se conoce bastante mal. En Francia hay un grupo que se ocupa de ello, el "Centre d'études et de Recherches du Bienetre", (CEREBRE) en el que participan: Letourmy, Karsenty, y Charles Dupuy, quienes estudian principalmente los problemas de consumo de salud en los últimos treinta años.

Los grupos mencionados estudian actualmente, en Francia, la historia de la medicina, entendida no como la historia de los descubrimientos o de los conceptos médicos, sino como la historia de la medicalización de la sociedad o la historia de la medicina como práctica social.

Como investigo esencialmente la historia de la medicalización, procuraré analizar algunos de los aspectos de la medicalización de las sociedades y de la población a partir del siglo XIX, tomando como referencia el ejemplo francés que me es más familiar.

Analizaré en esta conferencia el nacimiento de la medicina social.

Se encuentra frecuentemente, en ciertos críticos de la medicina actual, la idea que la medicina antigua-griega y egipcia o las formas de medicina de las sociedades primitivas, son medicinas sociales, colectivas, no centradas sobre el individuo. Mi ignorancia en etnología y egiptología me impide opinar sobre el problema. El poco conocimiento que tengo de la historia griega, me deja perplejo pues no veo cómo se puede decir que la medicina griega era colectiva y social.

Pero no son esos los problemas importantes. Lo importante es si la medicina moderna científica, que nació a fines del siglo XVIII entre Morgani y Bichat, con el apareamiento de la anatomía patológica, es o no individual. ¿Se podría decir, como lo hacen algunos, con una pers-

pectiva que piensa ser política pero que no lo es por no ser histórica, que la medicina moderna es individual porque penetró en el interior de las relaciones de mercado? ¿Que la medicina moderna, en la medida en que está ligada a una economía capitalista es una medicina individual o individualista conociendo únicamente la relación de mercado del médico con el enfermo e ignorando la dimensión global, colectiva de la sociedad?

Procuraré demostrar que no. Que la medicina moderna es una medicina social que tiene por "background" una cierta tecnología del cuerpo social; que la medicina es una práctica social, que solamente en uno de sus aspectos, es individualista y valoriza las relaciones médico-paciente.

Sobre este asunto me gustaría indicar una referencia bibliográfica. Se trata del libro de Víctor Bullough "The development of medicine as a profession", de 1965, sobre la historia de la medicina en la Edad Media, en el que vemos claramente que la medicina medieval era de tipo individualista, y las dimensiones colectivas de la actividad médica, extraordinariamente discretas y limitadas.

Mi hipótesis es la siguiente: con el capitalismo no se dio el paso de una medicina colectiva a una medicina privada, sino justamente lo contrario; el capitalismo, desarrollándose a fines del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, socializó un primer objeto que fue el cuerpo como fuerza de producción, fuerza de trabajo. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente, por la conciencia o por la ideología sino que se comienza en el cuerpo, con el cuerpo. Fue en lo biológico, en lo somático, en lo corporal antes que todo, que invirtió la sociedad capitalista. El cuerpo es una realidad bio-política. La medicina es una estrategia bio-política.

¿Cómo fue hecha esta socialización?

Me gustaría tomar posición en relación a ciertas hipótesis generalmente aceptadas. Es verdad que el cuerpo es contemplado política y socialmente como fuerza de trabajo. Pero lo que parece característico en cuanto a la evolución de la medicina social, o sea, de la propia medicina en cuanto a la evolución, es que el cuerpo no fue tomado al principio como fuerza de producción por el poder médico. No fue el cuerpo que trabaja, el cuerpo del proletario, el que primero se tomó en cuenta por la medicina. Fue recién en la segunda mitad del siglo XIX cuando el problema del cuerpo, de la salud y del nivel de la fuerza productiva de los individuos fue considerado.

Etapas en la formación de la medicina social

Podemos de otro modo, reconstruir tres etapas en la formación de la medicina social: medicina de Estado, medicina urbana y finalmente medicina de la fuerza de trabajo.

I—Medicina de Estado

La "Medicina de Estado" fue la que se desarrolló sobre todo en Alemania al comienzo del siglo XVIII.

Sobre ese problema específico, es válido decir como Marx "que la economía era inglesa, la política francesa y la filosofía alemana", ya que fue en Alemania en donde se formó en el siglo XVIII, mucho antes que en Francia y en Inglaterra, lo que se puede llamar la ciencia del Estado. La noción de "Staatswissenchat" es una noción alemana, y bajo el nombre de "Ciencia de Estado" se pueden agrupar dos cosas que aparecen en esta época en Alemania:

Por un lado, un conocimiento que tiene por objeto el estado; no solo los recursos naturales de una sociedad, el estado de su población, sino también el funcionamiento general de su aparato político; las investigaciones sobre los recursos y el funcionamiento de los estados, fueron una especialidad, una disciplina alemana del siglo XVIII.

Por otro lado, la expresión significa también el conjunto de los procedimientos por los cuales el estado extrajo y acumuló conocimientos para asegurar mejor su funcionamiento. El estado, como objeto de conocimientos específicos, es algo que se desarrolló, de modo más rápido y concentrado, en Alemania, antes que en Francia e Inglaterra.

¿A qué se debe esto? Es bastante difícil dar una respuesta. Hasta ahora los historiadores no se ocuparon mucho del asunto o del problema del nacimiento de una ciencia del Estado en Alemania como ciencia estatal y sobre el estado. Creo que esto se debe al hecho de que Alemania solo fue un Estado unitario durante el siglo XIX, y antes de eso existía únicamente una yuxtaposición de casi-estados, de pequeñas unidades muy poco estatales. Justamente en la medida en que las formas del Estado se iniciaban, se desarrollaron esos conocimientos estatales y la preocupación por el funcionamiento del Estado. Las pequeñas dimensiones de los Estados, las yuxtaposiciones, sus perpetuos conflictos y sus enfrentamientos, la balanza de fuerzas siempre desequilibradas y cambiables, hicieron que ellos estuviesen obligados a medirse con otros, compararse, imitar sus métodos y tratar de combinar las relaciones de fuerza.

Mientras que los grandes estados como Francia e Inglaterra podían funcionar a un nivel relativamente inconsciente, dotándose de grandes aparatos como el ejército o la policía, en Alemania la pequeña dimensión propia de los Estados convirtió en necesaria y posible esa conciencia discursiva del funcionamiento estatal de la sociedad.

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

Después del primer desarrollo de Alemania, en la época del Renacimiento, surgió una burguesía, cuyo impulso económico fue bloqueado

en el siglo XVII y no pudo encontrar de qué ocuparse y subsistir en el comercio, en la manufactura y en la industria naciente.

Buscó entonces apoyo en los soberanos y los obligó a constituir cuerpos de funcionarios disponibles para los aparatos de Estado. Estos organismos estaban formados por ellos mismos y podían modificar, en su provecho, las relaciones de fuerza con sus vecinos.

Entre una burguesía económicamente desocupada y soberanos en lucha por la situación de enfrentamiento perpetuo, se produjo una complicidad, y la burguesía ofreció sus hombres, sus capacidades, sus recursos, etc., a la organización de los Estados. De ahí el concepto de Estado, en el sentido moderno del término, con sus aparatos, su funcionarios, su saber estatal, que se desarrolló en Alemania antes que en otros países políticamente más poderosos como Francia, o económicamente más desarrollados como Inglaterra.

Estado moderno, nació donde no había potencia política o desarrollo económico y es precisamente por esas razones negativas que Prusia, el primer estado moderno, nació en el corazón de Europa, más pobre, menos desarrollado económicamente, y más conflictivo en lo político; mientras que Francia e Inglaterra se arrastraban en las viejas estructuras, Prusia fue el primer modelo del Estado moderno.

Estos análisis históricos sobre el nacimiento de la ciencia y de la reflexión sobre el Estado en el siglo XVIII tiene solo por objeto explicar cómo y por qué la medicina de Estado pudo aparecer primeramente en Alemania.

Desde finales del siglo XVI y comienzos del siglo XVII, todas las naciones del mundo europeo se preocuparon por la salud de su población, en un clima político, económico y científico característico del período dominado por el mercantilismo.

El mercantilismo no ha sido simplemente una teoría económica sino también una práctica política, que consiste en controlar no solo los flujos monetarios entre las naciones sino que también ha supervisado los flujos de mercaderías correlativas y la actividad productora de la población.

La política mercantilista consiste esencialmente en hacer mayor la producción de la población, la cantidad de población activa, la producción de cada individuo activo y a partir de ahí, establecer flujos comerciales que posibiliten la entrada en el Estado de la mayor cantidad posible de moneda, gracias a la cual se podrá pagar los ejércitos y todo el aparato que asegura la fuerza real de un Estado con relación a los otros.

Con esta perspectiva, Francia, Inglaterra y Austria, comenzaron a calcular la fuerza activa de sus poblaciones. Es así, como en Francia se establecen estadísticas de nacimiento y mortalidad, y en Inglaterra las contabilidades de población aparecieron en el siglo XVII. Pero, tanto en Francia como en Inglaterra, la única preocupación sanitaria del Estado, fue el establecimiento de estas tablas de natalidad y mortalidad, índice

de salud de la población económicamente activa, preocupándose únicamente en aumentar la población, sin tener ninguna intervención efectiva u organizada para elevar su nivel de salud.

En Alemania por el contrario se desarrolló una práctica médica efectivamente centrada en la salud de la mayoría de la población, lo que se llamó por primera vez política médica de un Estado. La noción de "Medizinichepolizei" policía médica, fue creada en 1764 y trata de algo diferente a una contabilidad de mortalidad o natalidad.

La policía médica que fue programada en Alemania a mediados del siglo XVII, y que sería efectivamente puesta en aplicación a finales del siglo XIX, consistía en:

1) Un sistema mucho más complejo de observación de mortalidad que el existente con los simples cuadros de nacimiento y muerte. Observación de la morbilidad por la contabilidad llevada por los hospitales y los médicos que ejercen la medicina en diferentes ciudades o regiones y registro, a nivel del propio estado, de los diferentes fenómenos epidémicos o endémicos observados.

2) Un fenómeno importante de la normalización de la práctica y del saber médico fue dejar a la Universidad, y sobre todo a la propia colaboración de médicos, como encargada de decidir en qué consistiría la formación médica y cómo serían concedidos los títulos.

Aparece la idea de una normalización de la enseñanza médica y sobre todo de un control por el estado de los programas de enseñanza y de la concesión de los títulos. La medicina y el médico, son, por lo tanto, el primer objeto de la normalización. Antes de aplicar la noción de normal al enfermo, se comienza a aplicarla al médico. El médico fue el primer individuo normalizado en Alemania. Esa actividad de normalización en Europa es algo que debe ser estudiado por quien se interesa por la historia de la ciencia; hubo la normalización de los médicos en Alemania, pero en Francia, por ejemplo, la normalización de las actividades, al nivel del Estado, se dirigió, al principio, a la industria militar, o sea se normalizó primero la producción de cañones y de 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. Después de haber normalizado los cañones, Francia normalizó sus profesores. Las primeras Escuelas Normales destinadas a dar a todos los profesores el mismo tipo de formación y por consiguiente el mismo tipo de calificación apareció alrededor de 1775, antes de su institucionalización de 1790 y 1791. Francia normalizó sus cañones y sus profesores, Alemania normalizó sus médicos.

3) Una organización administrativa para controlar la actividad de los médicos. Tanto en Prusia como en los otros estados de Alemania,

a nivel de Ministerio o de administración central, surgió un departamento, un "bureau" especializado en acumular las informaciones que los técnicos transmiten; observar cómo es realizada la búsqueda médica de la población; verificar que tratamientos son dispensados; controlar cómo se reacciona ante la aparición de una enfermedad epidémica, y finalmente emitir órdenes en función de esas informaciones centralizadas. Hubo subordinación, por lo tanto, de la práctica médica a un poder administrativo superior.

4) La creación de funcionarios médicos nombrados por el gobierno que tienen la responsabilidad de una región, su dominio de poder o de ejercicio de la autoridad de su saber. Es así como un proyecto adoptado por Prusia, en el comienzo del siglo XIX, implicó una pirámide desde médicos para seis y diez mil habitantes, a oficiales médicos reponsables por una región mucho mayor y una población entre treinta y cinco y cincuenta mil habitantes. Aparece en este momento el médico como administrador de la salud.

Con la organización de un saber médico estatal, la normalización de la profesión médica, la subordinación de los médicos a una Administración General, y finalmente la integración de varios médicos en una organización médica-estatal, se tiene una serie de fenómenos enteramente nuevos que caracterizan lo que puede ser llamada Medicina de Estado.

Esa Medicina de Estado que apareció de manera bastante precoz antes de la formación de la gran Medicina Científica de Morgani y Bichat, no tuvo por objeto, de ningún modo, la formación de una fuerza de trabajo adaptada a las necesidades de las industrias que se desarrollaban en ese momento; no es el cuerpo que trabaja, el cuerpo del proletario el asumido por esa administración estatal de la salud, sino el propio cuerpo de los individuos que constituyen globalmente el Estado: es la fuerza, no del trabajo, sino estatal, la fuerza del Estado con sus conflictos económicos ciertamente, pero al mismo tiempo políticos, con sus vecinos. Es esa fuerza estatal la que la medicina debe perfeccionar y desarrollar. Hay una especie de solidaridad económico-política en esta preocupación de la Medicina de Estado. Sería por lo tanto, falso unir esto al cuidado inmediato de obtener una fuerza de trabajo posible y válida.

El ejemplo de Alemania es igualmente importante por mostrar cómo, de manera paradójica, se encuentra, en el inicio de la medicina moderna, el máximo de estatización. Desde esos proyectos que fueron realizados en gran parte a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, desde la Medicina de Estado de Alemania, ningún Estado osó proponer una medicina tan nítidamente funcional, colectiva, estatal como la Alemania de esta época.

Se nota, por consiguiente, que no pasó de una medicina individual a una medicina poco a poco y cada vez más estatizada, y socializada.

Lo que se encuentra antes de la gran medicina clínica del siglo XIX es una medicina estatizada al máximo. Los otros modelos de medicina social de los siglos XVIII y XIX son atenuaciones de ese modelo profundamente estatal y administrativo ya presentado en Alemania.

Esta es la primer serie de fenómenos a la que pretendía referirme, episodio que los historiadores de la medicina en general han descuidado totalmente, pero que fue estudiado de cerca por George Rosen en la serie de estudios sobre las relaciones entre el cameralismo; el mercantilismo y la noción de la policía médica. El escribió en 1953, un artículo sobre el problema en el "Bulletin of history of medicine", titulado "Cameralism and Concept of Medical Police" y lo estudió posteriormente en su libro "A History of Public Health", de 1958.

II—Medicina urbana

La segunda dirección en el desarrollo de la medicina social es presentada por el ejemplo de Francia, donde, a finales del siglo XVIII apareció una medicina social que no aparentó tener por soporte la estructura del Estado, como en Alemania, sino un fenómeno enteramente diferente; la urbanización. Es con el desarrollo de las estructuras urbanas que se desarrolló en Francia, la medicina social.

¿Cómo y por qué eso sucedió? Hagamos un poco de historia. Es necesario imaginarse una gran ciudad francesa al final del siglo XVIII, entre 1750 y 1780, no como una unidad territorial sino como multiplicidad enmarañada de territorios heterogéneos y poderes rivales.

París, por ejemplo, no formaba una unidad territorial, una región en que se ejercía un único poder. Se trataba de un conjunto de poderes señoriales detentados por legos, por la iglesia, por comunidades religiosas y corporaciones, poderes estos con autonomía y jurisdicción propias. Y además de eso todavía existían los representantes del poder estatal: el representante del rey, el intendente de la policía, los representantes de los poderes parlamentarios. El río Sena, por ejemplo, y sus márgenes, estaban bajo la soberanía del "prévot des marchants," pero bastaba pasar esas orillas para caer en otra jurisdicción, la del lugar-teniente de policía o la del parlamento.

Ahora bien, en la segunda mitad del siglo XVIII se planteó el problema de la unificación del poder urbano. Se sintió necesidad, al menos en las grandes ciudades, de construir la ciudad como unidad, de organizar el cuerpo urbano de modo coherente, homogéneo, dependiendo de un poder único y bien reglamentado.

Y eso por varias razones: en primer lugar, ciertamente por razones económicas. A medida que la ciudad se vuelve un importante lugar de mercado que unifica las relaciones comerciales, no simplemente a nivel de una región, sino a nivel de la nación e inclusive internacionalmente, la multiplicidad de la jurisdicción y el hecho de que la ciudad no era

solo un lugar de mercado sino un lugar de producción, hizo que se recurriera a un mecanismo de regulación, homogéneo y coherente.

La segunda razón es política. El desarrollo de las ciudades y la aparición de una clase operaria pobre que va a ser, en el siglo XIX el proletariado, aumentará las tensiones políticas en el interior de las ciudades. La existencia de diferentes grupos, corporaciones, oficios, cuerpos, etc., que se oponían unos a otros, pero se equilibraban y se neutralizaban, se comenzó a simplificar en una especie de enfrentamiento entre ricos y pobres, plebe y burguesía, que se tradujo en agitaciones y sublevaciones urbanas cada vez más numerosas y frecuentes.

Las llamadas revueltas de subsistencia (el hecho de que en momentos de alza de precios o baja de salarios, los más pobres no pudiendo alimentarse saquearon los silos, mercados y bodegas), eran fenómenos que, aún no siendo enteramente nuevos en el siglo XVIII, ganaron intensidad cada vez mayor y condujeron a las grandes revueltas contemporáneas de la Revolución Francesa.

De manera esquemática se puede decir que hasta el siglo XVII, en Europa, el gran peligro social estuvo en el campo. Los campesinos paupérrimos, en el momento de más colectas o de los impuestos, empuñaban la hoz e iban a atacar los castillos o las ciudades. Las revueltas del siglo XVII fueron revueltas campesinas. Las revueltas urbanas se integraron a ellas después.

A fines del siglo XVIII, al contrario, las revueltas campesinas entraron en regresión, se calmaron como consecuencia de la elevación del nivel de la vida de los campesinos, y las revueltas urbanas se volvieron cada vez más frecuentes con la formación de una plebe con vías de proletariarse. De ahí la necesidad de un fuerte poder político capaz de controlar esta población urbana.

Fue entonces cuando apareció y se desarrolló una actitud de miedo, de angustia enfrente a la ciudad. Cabaniz, por ejemplo, filósofo del final del siglo XVIII, decía respecto de la ciudad: "Todas las veces que algunos hombres se reúnen, sus costumbres se alteran; todas las veces que se reúnen en lugares cerrados se alteran sus costumbres y su salud". Nació lo que llamaré miedo urbano, miedo de la ciudad, angustia delante de la ciudad, que se va a caracterizar por varios elementos: miedo a los talleres y fábricas que se están construyendo, al amontonamiento de la población, las casas demasiado altas; miedo, también, a las epidemias urbanas, a los cementerios que se vuelven cada vez más numerosos e invaden poco a poco la ciudad; miedo a las cloacas, a las cuevas sobre las cuales eran construidas las casas que estaban corriendo el peligro de desmoronarse.

Se tiene así cierto número de pequeños pánicos que atravesaron la vida urbana de las grandes ciudades del siglo XVIII, especialmente en París.

Daré el ejemplo del "Cementerio de los Inocentes" que existía en el centro de París, donde eran arrojados, unos sobre otros, los cadáveres de las personas que no eran bastante ricas o notables para merecer una tumba individual. El amontonamiento en el interior del cementerio era tal que los cadáveres se apilaban encima del claustro y caían del lado afuera. En torno del claustro, donde habían sido construidas casas, la presión debida al amontonamiento de cadáveres fue tan grande que las casas se demoraron y los esqueletos se esparcían en sus "CUEVAS" provocando pánico y también, inclusive, enfermedades. En todo caso, en el espíritu de las personas de la época, la infección causada por el cementerio era tan fuerte que, según ellas, por causa de la proximidad de los muertos, la leche cuajaba en el mismo instante, el agua se podría, etc. Este pánico urbano es característico de ese cuidado, de esta inquietud político-sanitaria que se forma a medida que se desarrolla el tejido urbano.

Para dominar esos fenómenos médicos y políticos que inquietaban tan fuertemente a la población de las ciudades particularmente a la burguesía, ¿qué medidas fueron tomadas?

Fue cuando intervino un nuevo mecanismo que se podía 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 poder, detentado por las autoridades profesionales, lo reivindicaba? Lanzó mano a un modelo de intervención muy bien establecido, pero raramente utilizado: el modelo médico y político de la cuarentena.

Desde fines de la Edad Media existía, no solo en Francia sino en todos los países europeos, "un reglamento de urgencia" como se llamaría en términos contemporáneos, que debía ser aplicado cuando la peste o una enfermedad epidémica, violenta, apareciese en una ciudad.

¿En qué consistía ese plano de urgencia?

1) Todas las personas debían permanecer en casa para ser localizados en un lugar único. Cada familia en su casa y, si fuera posible, cada persona en su propio compartimiento. Nadie se debía mover.

2) La ciudad debía dividirse en barrios los que se encontraban bajo la responsabilidad de una autoridad designada para eso. Ese jefe de distrito tenía bajo sus órdenes inspectores que debían recorrer las calles durante el día, o permanecer en sus extremos para verificar si alguien salía de su local. Sistema, por lo tanto, de vigilancia generalizada que dividía y controlaba el espacio urbano.

3) Esos vigías de calle o de barrio debían rendir todos los días un informe detallado de todo lo que habían observado al Alcalde de la ciudad. Síntoma, por lo tanto, no solo de vigilancia, sino también de registro centralizado.

4) Los inspectores debían pasar diariamente revista a todos los habitantes de la ciudad. En todas las calles por donde pasaban, pedían a cada habitante que se presentara en determinada ventana, de forma que se pudiera verificar, en el registro general, que cada uno estaba vivo. Si por casualidad alguna persona no aparecía, estaba por lo tanto enferma, había contraído la peste y era necesario ir a buscarla y colocarla fuera de la ciudad en una enfermería especial. Se trataba de una revista exhaustiva de los vivos y de los muertos.

5) Casa por casa se practicaba la desinfección, con la ayuda de perfumes que eran quemados en la ocasión.

Ese esquema de cuarentena fue un sueño 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: el modelo suscitado por la lepra y otro modelo motivado en el control de la peste.

En la Edad Media, el leproso era alguien que inmediatamente después de descubierto, era expulsado del espacio común, puesto fuera de los muros de la ciudad, desterrado en un lugar confuso donde iba a mezclar su lepra con la de los otros. El mecanismo de la exclusión era el mecanismo de la purificación del espacio urbano. Medicalizar a alguien era mandarlo para afuera y, por consiguiente, purificar los otros. La medicina era una medicina de exclusión, el propio internamiento de los locos, malhechores, etc., en el comienzo del siglo XVII, obedeció todavía a ese esquema.

En compensación, existió otro gran esquema político-médico que fue establecido ahora no contra la lepra, sino contra la peste. En este caso la medicina no excluía, no expulsaba a una región negra y confusa. El poder político de la medicina consistía en distribuir a los individuos unos al lado de los otros, aislarlos, individualizarlos uno a uno, constatar el estado de salud de cada uno, observar si estaba vivo o muerto. Fijar así la sociedad en un espacio controlado, dividido, inspeccionado, recorrido por un vistazo permanente y controlado por un registro, lo más completo posible, de todos los fenómenos. Se tomó en cuenta por lo tanto, por un lado el viejo esquema médico de reacción a la lepra que era de exclusión, de exilio de forma religiosa, de purificación de la ciudad, de chivo expiatorio, y, por otro lado, se utilizó el esquema para la peste: no más la exclusión sino el internamiento no más el agrupamiento en el interior de la ciudad, sino, al contrario, el análisis, minucioso de la ciudad, el registro permanente; no más un modelo religioso sino militar. Es la revista militar y no la purificación religiosa que sirvió fundamentalmente de modelo lejano a esta organización político-médica.

La medicina urbana con sus métodos de vigilancia, de hospitalización, etc., no fue más que un perfeccionamiento, en la segunda mitad

del siglo XVIII, del esquema político-médico de la cuarentena que había sido iniciada a fines de los siglos XVI y XVII. La higiene pública fue una variación sofisticada de la cuarentena, y es a partir de ahí de donde surge la gran medicina urbana que apareció en la segunda mitad del siglo XVIII y que se desarrolló sobre todo en Francia.

¿En qué consistió esa medicina urbana?

Esencialmente en tres objetivos:

1) Analizar los lugares de acumulación y amontonamiento de todo lo que, en el espacio urbano, podía provocar enfermedad, lugares de formación y difusión de fenómenos epidémicos o endémicos como eran esencialmente los cementerios. Fue así como aparecieron por los años 1740-1750 protestas contra el amontonamiento de los cementerios y, más o menos en 1780, se hicieron las primeras grandes emigraciones de cementerios hacia la periferia de la ciudad. Es en esta época que aparece el cementerio individualizado, esto es, el ataúd individual en la sepultura reservada para las familias, donde se escribe el nombre de cada uno.

Se cree frecuentemente que fue el cristianismo quien enseñó a la sociedad moderna el culto a los muertos. Pienso de manera diferente. Nada en la teología cristiana llevaba a creer que era necesario respetar el cadáver como tal. El Dios cristiano todopoderoso puede resucitar a los muertos aún 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 que los vivos estén al abrigo de la influencia nefasta de los muertos. Es necesario que los muertos sean bien clasificados como los vivos, o mejor si fuese posible.

Es así como apareció en la periferia de las ciudades, a fines del siglo XVIII, un verdadero ejército de muertos tan bien alineados como una tropa a la que se le pasa revista. Era necesario controlar, analizar y reducir ese peligro perpetuo que constituyen los muertos, iban por lo tanto a ser colocados en el campo y en regimiento, unos al lado de los otros, en las grandes planicies que circundaban las ciudades.

No era una idea cristiana, sino médica, política. La mejor prueba es que cuando se pensó en la transferencia del "Cementerio de los Inocentes" de París, se apeló a Fourcroy uno de los más grandes químicos de fines del siglo XVIII, a fin de saber lo que se debía hacer contra la influencia de ese cementerio. Es el químico el que pide la transferencia del cementerio. Es el químico, mientras estudia las relaciones del organismo vivo y el aire que se respira, quien estuvo encargado de esta primera policía médica urbana sancionada por el exilio de los cementerios.

Otro ejemplo es el caso de los mataderos que también estaban situados en el centro de París y que se decidió, después de consultar a la "Academia de Ciencias", colocarlos en los alrededores de París, al oeste, en la Villette.

Por lo tanto el primer objetivo de la medicina fue el análisis de las regiones de amontonamiento y de peligro en el espacio urbano.

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

Era una vieja creencia del siglo XVIII que el aire tenía influencia directa sobre el organismo por transportar "miasmas", o porque las cualidades del aire frío, caliente, seco, o húmedo en demasía, se comunicaban con el organismo o, finalmente, porque se pensaba que el aire actuaba por acción mecánica, presión directa sobre el cuerpo. El aire era considerado uno de los grandes factores patológicos.

Entonces, ¿cómo mantener las cualidades del aire en una ciudad? ¿qué hacer para que el aire fuera sano, si existían impidiendo su circulación los muros, las casas, los recintos, etc.?

De ahí la necesidad de abrir largas avenidas en el espacio urbano para mantener el buen estado de salud de la población. Se pidió por lo tanto, a las comisiones de la "Academia de Ciencias" de médicos, de químicos, etc., que opinaran sobre los mejores métodos de ventilación de las ciudades. Uno de los casos más conocidos fue la destrucción de casas que se encontraban en los puentes de las ciudades.

Por causa del alza del precio del terreno, durante la Edad Media y también en los siglos XVII y XVIII, algunas casas de habitación fueron construidas en los puentes. Se consideró, entonces, que esas casas impedían la circulación del aire encima de los ríos, retenían aire húmedo entre sus cimientos y fueron sistemáticamente destruidas. Marmontel llegó al calcular cuantas muertes fueron evitadas con la destrucción de tres casas encima del Pont Neuf: 400 personas por año, 20.000 en 50 años, etc.

Se organizaron por lo tanto, corredores de aire, como también corredores de agua. En París, en 1767, de modo bastante precoz, un arquitecto llamado Moreau propuso un plan directriz para la organización de las márgenes e islas del Sena, que fue aplicado hasta comienzos del siglo XIX, con el fin de que el agua lavara con su corriente los miasmas de la ciudad.

La medicina urbana tuvo, por lo tanto, como segundo objeto, el control y establecimiento de una buena circulación del agua y del aire.

3) Otro gran objeto de la medicina urbana fue la organización de lo que llamaré distribuciones y secuencias. ¿Dónde colocar los diferentes elementos necesarios a la vida común de la ciudad? Era el problema de la posición recíproca de las fuentes y de las cloacas o de las

bombas y de las lavanderías fluviales. ¿Cómo evitar que se filtre agua de cloaca en las fuentes donde se va a buscar agua de beber?, ¿cómo evitar que la bomba que trae agua de beber para la población no aspire agua sucia de las lavanderías vecinas?

Ese desorden fue considerado, en la segunda mitad del siglo XVIII, responsable de las principales enfermedades epidémicas de las ciudades.

De ahí la elaboración del primer Plan Hidrográfico de París, en 1742, intitulado "Exposé d'un plan Hydrographique a la ville de Paris", que fue la primera investigación sobre los lugares en que se podía dragar agua que no estuviera contaminada por las cloacas, y sobre policía de la vía fluvial. De tal modo que en 1789, cuando comienza la Revolución Francesa, la ciudad de París ya había sido controlada por una policía médica urbana que había establecido la línea directriz de lo que una verdadera organización de salud de la ciudad debería realizar.

Un punto entre tanto no había sido tocado hasta el final del siglo XVIII. El que hablaba sobre el conflicto entre la medicina y los otros tipos de poder: la propiedad privada. La policía con respecto a la propiedad privada, a la habitación privada, fue esbozada en el siglo XVIII solo bajo un aspecto: las cuevas. Las cuevas, que pertenecen al propietario de la casa, son reglamentadas en cuanto a su uso y en cuanto a las galerías que pueden ser construidas en ellas.

Este es el problema de la propiedad del subsuelo en el siglo XVIII, puesto a partir de la tecnología minera. A partir del momento en que se supo construir minas en profundidad surgió el problema de saber a quién pertenecían. Se elaboró una legislación autoritaria sobre la posesión del subsuelo, que estipulaba, a mediados del siglo XVIII, que el subsuelo no pertenecía al propietario del suelo, sino al Estado y al Rey.

Fue así como el subsuelo de París fue controlado por las autoridades colectivas, mientras que la superficie, al menos lo que concierne a la propiedad privada, no lo fue.

Los espacios comunes como los lugares de circulación, los cementerios, los osarios y los mataderos fueron controlados; esto no sucedió con la propiedad privada antes del siglo XIX. La burguesía que para su seguridad política y sanitaria pedía el control de la ciudad, no podía contradecir la legislación sobre la propiedad que ella reivindicaba y procuraba establecer. Sólo lo conseguirá en el momento de la Revolución Francesa. De ahí, por lo tanto, el carácter sagrado de la propiedad privada y de la inercia de todas las políticas médico-urbanas con relación a la propiedad privada.

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

1) Por intermedio de la medicina social urbana la práctica médica se puso directamente en contacto con las ciencias extra-médicas, funda-

mentalmente la química. Desde el período confuso en que Paracelso y Vahelmont procuraron establecer las relaciones entre la medicina y la química, no hubo más relaciones verdaderas entre las dos. Fueron necesarios los análisis del aire, de la corriente de aire, de las condiciones de vida y de la respiración, para que la medicina y la química entraran en contacto. Fourcroy y Lavoisier se interesaron por el problema del organismo utilizando el control del aire urbano.

La inserción de la práctica médica en el cuerpo de la ciencia físico-química se hizo por intermedio de la urbanización. El pasaje para una medicina científica no se dio a través de la medicina privada, individualista, ni a través de un ojo médico más atento al individuo. La inserción de la medicina en el funcionamiento general del discurso y del saber científico, se hizo a través de la socialización de la medicina; debido al establecimiento de una medicina colectiva, social, urbana. A eso se debe la importancia de la medicina urbana.

2) La medicina urbana no es verdaderamente una medicina de los hombres, cuerpos y organismos, sino una medicina de las cosas: aire, agua, descomposiciones, fermentos; una medicina de las condiciones de vida del medio de existencia.

Esta medicina de las cosas ya definía, sin emplear todavía palabras, la noción de medio que los naturalistas del final del siglo XVII como Cuvier, desarrollaron. La relación entre organismo y medio fue hecha simultáneamente, en el orden de las ciencias naturales y de la medicina, por intermedio de la medicina urbana. No se pasó del análisis del organismo al análisis del medio ambiente. La medicina pasó del análisis del medio a la de los efectos del medio sobre el organismo, y, finalmente al análisis del propio organismo. La organización de la medicina urbana fue importante para la constitución de las medicinas científicas.

3) Con la medicina apareció, poco antes de la Revolución Francesa, la noción de salubridad, que tuvo una importancia considerable para la medicina social. Una de las decisiones tomadas por la Asamblea Constituyente en 1790 ó 1791 fue, por ejemplo, la creación de comités de Salubridad en los Departamentos y demás ciudades.

Salubridad no es la misma cosa que salud, y sí el estado de las cosas del medio y sus elementos constitutivos que permiten la mejor salud posible; salubridad es la base material y social capaz de asegurar la mejor salud posible a los individuos. Y es, correlativamente a ella, que apareció la noción de higiene pública, como la técnica de control y de modificación de los elementos del medio que pueden favorecer o perjudicar la salud.

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

La noción de salubridad apareció por lo tanto, en el inicio de la Revolución Francesa y la noción de higiene pública fue la gran noción que en Francia, en los comienzos del siglo XIX, recubrió lo esencial de la medicina social. Una de las grandes revistas médicas de esta época, la "Revue d'hygiène publique" que apareció en la década de 1820, será la revista de la medicina social francesa.

Se observa como aún se estaba bastante distante de la medicina de Estado tal como se definía en Alemania, pues se trataba de una medicina mucho más próxima a las pequeñas comunidades, a las ciudades, a los barrios; al mismo tiempo no estaba todavía dotada de ningún instrumento específico de poder. El problema de la propiedad privada, principio sagrado, impidió que esta medicina fuera dotada de un poder fuerte.

Pero si perdió el poder de la "Staatsmedizin" alemana, ciertamente ganó en fineza de observación, en la científicidad de las observaciones hechas y de las prácticas establecidas.

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

III—Medicina de la fuerza de trabajo

La tercera dirección de la medicina social puede ser analizada a través del ejemplo inglés.

La medicina de los pobres, de la fuerza de trabajo, del operario, no fue el primer blanco de la medicina social, sino el último. En primer lugar el estado, en seguida la ciudad y finalmente los pobres y trabajadores fueron objeto de la medicalización.

Lo que caracterizó a la medicina urbana francesa fue el hecho de que la habitación privada no debe ser tocada; el pobre, la plebe, el pueblo, no debía ser claramente considerado un elemento peligroso para la salud de la población. El pobre, el operario no fue analizado como los cementerios, los osarios, los mataderos, etc.

¿Por qué los pobres no fueron problematizados como fuente de peligro médico en el siglo XVIII? Existieron varias razones para eso:

Una de orden cuantitativo: El amontonamiento no era todavía tan grande para que la pobreza apareciera como peligro. Pero existió una razón más importante: la de que el pobre funcionaba en el interior de la ciudad como una condición de la existencia urbana.

Los pobres de la ciudad eran personas que realizaban incumbencias, llevaban cartas, se encargaban de vaciar la basura, recoger muebles viejos, trapos, paños viejos y retirarlos de la ciudad, redistribuirlos, venderlos, etc. Ellos hacían parte de la instrumentación de la vida urbana. En esa época las casas no eran numeradas, no había servicio postal y nadie mejor que el pobre conocía la ciudad, detentaba el

saber urbano en su meticulosidad, y aseguraba varias funciones fundamentales de la ciudad, como el transporte de agua o la eliminación de basura.

En la medicina, en la medida en que formaban parte del paisaje urbano como las cloacas o la canalización, los pobres no podían ser puestos en cuestión, no podían ser vistos como un peligro.

En el nivel en que se colocaban ellos eran bastante útiles.

Fue solamente en la tercera parte del siglo XIX que el pobre apareció como peligro. Las razones son varias:

1) Razón pública. Durante la Revolución Francesa y en Inglaterra durante las grandes agitaciones sociales del principio del siglo XIX, la población pobre se tornó 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 de dispensar en parte los servicios prestados por la población; como el establecimiento, por ejemplo, de un sistema postal y un sistema de cargadores, lo que produjo una serie de revueltas populares contra esos sistemas que retiraban a los más pobres el pan y la posibilidad de vivir.

3) El cólera de 1832, que comenzó en París y se propagó por toda Europa, cristalizó en torno de la población proletaria o plebeya una serie de miedos políticos y sanitarios.

A partir de esa época, se decidió dividir el espacio urbano en espacios pobres y ricos. La cohabitación en un mismo espacio urbano de pobres y ricos fue considerada un peligro sanitario y político para la ciudad, lo que ocasionó la organización de barrios pobres y ricos, de habitaciones ricas y pobres. El poder político comenzó entonces a tocar el derecho de la propiedad y de la habitación privadas. Fue este el momento de la gran redistribución, en el segundo Imperio Francés, del espacio urbano de París.

Estas son las razones por las cuales durante mucho tiempo las plebes urbanas fueron consideradas un peligro médico, y, a partir del siglo XIX, comenzaron a constituir un gran problema.

Fue en Inglaterra, país en que el desarrollo industrial y por consiguiente el desarrollo del proletariado fue más rápido e importante, donde apareció una nueva forma de medicina social. Eso no significa que no se encuentran en Inglaterra proyectos de medicina de Estado al estilo alemán; Chadwich, por ejemplo, se inspiró bastante en los métodos alemanes para la elaboración de sus proyectos alrededor de 1840. Además de eso, Ramsay escribió en 1846 un libro llamado "Health and sickness of town populations" que retoma el contenido de la medicina urbana francesa.

Es evidente en la "Ley de los pobres" que la medicina inglesa comienza a tornarse social, en la medida en que el conjunto de esa

legislación comportaba un control médico del pobre. A partir del momento en que el pobre se beneficia del sistema de asistencia, debió por eso mismo someterse a varios controles médicos.

Con la "Ley de los pobres" apareció, de manera ambigua, algo importante en la historia de la medicina social: la idea de una asistencia controlada, de una intervención médica que era una manera de ayudar a los pobres satisfaciendo sus necesidades de salud. Ya que su pobreza no les permitía que lo hicieran por sí mismos, se tenía un control por el cual las clases ricas o sus representantes en el gobierno, aseguraban la salud de las clases pobres; por consiguiente, la protección de las clases ricas. Un cordón sanitario autoritario se extendió en el interior de las ciudades entre ricos y pobres: los pobres encontraron la posibilidad de tratarse gratuitamente o sin grandes gastos y los ricos se garantizaron el no ser víctimas de fenómenos epidémicos originarios de la clase pobre.

Se ve claramente la transposición, en la legislación médica, del gran problema político de la burguesía en esa época: ¿a qué precio?, ¿en qué condiciones?, ¿cómo asegurar su seguridad política? La legislación médica contenida en la "Ley de los pobres" correspondía a ese proceso. Pero esta ley y la asistencia-protección y asistencia-control que ella implica, fue solo el elemento de un complejo sistema cuyos otros elementos aparecieron más tarde, alrededor de 1870. Son los grandes fundadores de la medicina social inglesa, principalmente John Simon, quienes completaron la legislación médica de un servicio autoritario, no de los cuidados médicos, sino de control médico de la población.

Se trata de los sistemas de "health service", de "health offices", que comenzaron en Inglaterra en 1875; eran más o menos mil al final del siglo XIX y su función era:

1) Control de vacunación, obligando a los diferentes elementos de la población a vacunarse.

2) Organización del registro de las epidemias y enfermedades capaces de tornarse epidémicas, obligando a las personas a la declaración de enfermedades peligrosas.

3) Localización de lugares insalubres y eventual destrucción de esos focos de insalubridad.

El "Health service" era el segundo elemento que prolongaba la "Ley de los pobres". Mientras la "Ley de los pobres" comportaba un servicio médico destinado a los pobres como tales, el "Health service" tenía como características:

1) Actuar igualmente sobre toda la población.

2) Ser constituido por médicos que dispensaban cuidados que no eran individuales, sino tenían por objeto la población en general, las medidas preventivas que debían ser tomadas, y, al igual que en la medicina urbana francesa, las cosas, los locales, el espacio social, etc.

Ahora, cuando se observa que efectivamente funcionó el "Health service", se nota que era un modo de completar, a nivel colectivo, los mismos controles garantizados por la "Ley de los pobres". La intervención en los locales insalubres, las verificaciones de vacuna, los registros de enfermedades tenían de hecho por objetivo, el control de las clases más pobres.

Es esta la razón por la cual el control médico inglés, garantizado por los "Health offices" suscitó, desde su creación, una serie de reacciones violentas de la población, de resistencia popular, de pequeñas insurrecciones anti-médicas en la Inglaterra de la segunda mitad del siglo XIX.

Esas resistencias médicas fueron indicadas por McKeown en una serie de artículos en la revista "Public Law", en 1967. Creo que sería inherente analizar no solamente en Inglaterra, sino en diversos países del mundo, cómo esa medicina organizada en forma de control de la población pobre suscitó resistencias. Es por ejemplo curioso constatar que los grupos de disidencia religiosa, tan numerosos en los países anglo-sajones de religión protestante, tenían esencialmente por objetivo, en los siglos XVII y XVIII, luchar contra la religión de Estado y la intervención del Estado en materia religiosa.

Ahora bien, los que reaparecieron en el siglo XIX eran grupos de disidencia religiosa, de diferentes formas en los distintos países, que tenían como objetivo luchar contra la medicalización, reivindicar el derecho de las personas a vivir, de estar enfermo, de curarse o morir como quisiera. Ese deseo de escapar de la medicalización autoritaria era uno de los temas que caracterizaron a varios grupos aparentemente religiosos, con vida intensa, en el final del siglo XIX y aún hoy.

En los países católicos la cosa no fue diferente. ¿Qué otro significado tiene la peregrinación de Lourdes, desde finales del siglo XIX hasta hoy día, para los millones de peregrinos pobres que ahí van todos los años, sino una especie de resistencia difusa a la medicalización autoritaria de sus cuerpos y enfermedades?

En lugar de ver en esas prácticas religiosas un fenómeno residual de actuales creencias arcaicas todavía no desaparecidas, ¿no serán ellas una forma actual de lucha política contra la medicalización políticamente autoritaria, la socialización de la medicina, el control médico que pesa esencialmente en la población pobre? ¿No serán esas, luchas, que reaparecen en esas formas aparentemente arcaicas, aunque sus instrumentos sean ambiguos, tradicionales y supongan un sistema de creencias más o menos abandonadas? El vigor de esas prácticas todavía actuales, es el de ser una reacción contra esa "social medicine", medicina de

los pobres, al servicio de una clase, de la que la medicina social inglesa es un ejemplo.

De manera general se puede decir, que diferentemente de la medicina de Estado alemana del siglo XVIII, apareció en el siglo XIX y sobre todo en Inglaterra, una medicina que era esencialmente un control de la salud y del cuerpo de las clases más pobres, para volverlas más aptas al trabajo y menos peligrosas a las clases más ricas.

Esa fórmula de la medicina social inglesa, fue la que tuvo futuro, diferentemente de la medicina urbana y sobre todo de la medicina de Estado.

El sistema inglés de Simon y sus sucesores posibilitó por un lado reunir tres cosas: asistencia médica al pobre, control de la salud de la fuerza de trabajo y control general de la salud pública; permitiendo a las clases más ricas protegerse de los peligros generales. Y, por otro lado, la medicina social inglesa, (esta es 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 de pagarla.

Mientras el sistema alemán de la medicina de Estado era pesado y la medicina urbana francesa era un proyecto general de control sin instrumento preciso de poder, el sistema inglés posibilita la organización de una medicina con claras formas de poder, diferentes según se tratase de la medicina asistencial, administrativa o privada. Sectores bien delimitados que permitieron, durante el final del siglo XIX y primera mitad del siglo XX, la existencia de un control médico bastante completo. Con el plan Beveridge y los sistemas médicos de los países más ricos e industrializados de la actualidad, se trata siempre de hacer funcionar esos tres sectores de la medicina, aunque sean articulados de manera diferente.

Sistemas de Atención en Salud

CONFEDERACION UNIVERSITARIA CENTROAMERICANA

Roberto Valdeavellano: Presidente
Sergio Ramírez M.: Secretario General

PROGRAMA CENTROAMERICANO DE CIENCIAS DE LA SALUD

Fabio Castillo: Director
Jaime Sepúlveda S.: Subdirector

CONSEJO DIRECTIVO DEL PROGRAMA

Eduardo Meyer	Luis Bekker
Rolando Castillo	Gustavo Fontecha
Leonardo Mata	Ricardo Zambrana
Carlos Alfaro	Jaime Manzanares

DIRECTORIO ACADEMICO

GUATEMALA

CARLOS ARMANDO SOTO
Decano Facultad de Ciencias Médicas
VICTOR MANUEL ORELLANA
Decano Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia
JOSE F. CABARRUS P.
Decano Facultad de Odontología
LEONEL CARRILLO R.
Decano Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia
LUIS E. GARCIA
Director Escuela Regional de Ingeniería Sanitaria
MARTA S. DE QUIÑONES
Directora Escuela de Trabajo Social

NICARAGUA

MIGUEL ANGEL PINELL M.
Decano Facultad de Odontología
CARLOS URROZ L.
Director Departamento de Microbiología y Parasitología
JOAQUIN SOLIS P.
Decano Facultad de Ciencias Médicas
MARIA ELENA BERRIOS
Decano Facultad de Ciencias Químicas
JULIA OSIRIS DURAN
Directora Escuela de Trabajo Social
MIRIAM FONSECA
Directora Escuela de Enfermería

HONDURAS

DAGOBERTO ESPINOZA M.
Decano Facultad de Ciencias Médicas

REVISTA CENTROAMERICANA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Jaime Sepúlveda S.: Director

Las opiniones expresadas en los artículos son de exclusiva responsabilidad de los autores. Se solicita y acepta canje con revistas de Ciencias de la Salud de cualquier parte del mundo. Los materiales de esta Revista pueden ser utilizados libremente, citándose la fuente.

RENE SAGASTUME C.
Decano Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia
MANUEL FIGUEROA
Director Departamento de Microbiología
EDUARDO VILLEDA S.
Decano Facultad de Odontología
EVA LUZ DE ALVARADO
Directora Escuela de Enfermería

COSTA RICA

EUGENE RUDIN DE MONGE
Decano Facultad de Microbiología
RODRIGO GUTIERREZ S.
Decano Facultad de Medicina
GONZALO ADIS CASTRO
Director Instituto de Investigaciones Psicológicas
ROSA MARIA MORA
Directora Escuela de Trabajo Social
JOSE JOAQUIN ULLOA
Decano Facultad de Odontología
IRMA SANDOVAL
Directora Escuela de Enfermería
OSCAR RAMIREZ
Decano Facultad de Farmacia

PANAMA

RENAN ESQUIVEL
Director Hospital de Niños
MARCO A. GANDASEGUI (h.)
Departamento Sociología
Universidad de Panamá

CONTENIDO:

INVESTIGACION BASICA Y CLINICA

Parasitismo familiar	9
Ricardo Rosabal David Luna	
Los factores socio-económicos en las enfermedades cardiovasculares	19
Francisco León Gómez	

CIENCIAS SOCIALES Y SALUD

Lógica, Biología y sociología médicas	27
Juan Alfonso Samaja	
Modelo económico para evaluar el sistema de salud rural	69
Miguel von Hoegen Dieter Zschock	
Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social	79
Cristina Laurell	
El nacimiento de la medicina social	89
Michel Foucault	

SISTEMAS DE ATENCION EN SALUD

Crecimiento rápido de la población y satisfacción de las necesidades de salud en los países de la América Latina	111
Dr. Hugo Behm Rosas	

**REVISTA
CENTROAMERICANA
DE CIENCIAS DE LA SALUD.**

**ENERO — ABRIL
1977
AÑO 3
NUMERO 6**

**PROGRAMA
CENTROAMERICANO
DE CIENCIAS DE LA SALUD
CSUCA**