

# MEDICINA E HISTORIA

## El pensamiento de Michel Foucault



**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**  
**Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la**  
**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

1978

# MEDICINA E HISTORIA

El pensamiento de  
Michel Foucault



**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**  
525 Twenty-third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

1978

## CONTENIDO

Introducción—Dr. Miguel Márquez .....	v
La arqueología de la medicina—Dr. Sergio Arouca y Dr. Miguel Márquez .....	1
La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina— Prof. Michel Foucault .....	17
Historia de la medicalización—Prof. Michel Foucault .....	36
Incorporación del hospital en la tecnología moderna— Prof. Michel Foucault .....	59

## Introducción

En este volumen se presenta una recopilación de cuatro artículos publicados en la revista *Educación médica y salud*—Volúmenes 8, No. 4 (1974); 10, No. 2 (1976); 11, No. 1 (1977), y 12, No. 1 (1978)—referentes al pensamiento de Michel Foucault.

En el primero de los artículos: “La arqueología de la medicina”, se analiza la obra del pensador francés a través de sus libros más conocidos de los proyectados a las ciencias biológicas: *Historia de la locura en la época clásica*,<sup>1</sup> *El nacimiento de la clínica*<sup>2</sup> y *Las palabras y las cosas*.<sup>3</sup> Las tres obras son interdependientes, en la medida en que cada una trata de la exploración parcial de un aspecto limitado. Por lo tanto, según palabras del autor, han de ser leídas como un conjunto, apenas esbozado de experimentaciones descriptivas.

En el horizonte de las investigaciones referentes a las tres obras comentadas por Arouca y Márquez, Foucault esboza un tema general: el del modo de existencia de los acontecimientos discursivos en una cultura. Pone de manifiesto el conjunto de condiciones que rigen, en un momento dado y en una sociedad determinada, la aparición de los enunciados, su conservación, los lazos que se establecen entre ellos, la manera en que se los agrupa en conjuntos de estatutos, el papel que desempeñan, el juego de valores de que están afectados, la manera en que están investidos en prácticas o en conductas, los principios según los cuales circulan, son reprimidos, olvidados, destruidos o reactivados.

Los tres artículos siguientes reflejan el pensamiento y metodología seguidos por Foucault en el desarrollo del análisis histórico de hechos e ideas referentes a: “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”; “Historia de la medicalización” e “Incorporación del hospital en la tecnología moderna”.

El autor mantiene en el “discurso de sus artículos” permanentemente el concepto de la discontinuidad como elemento fundamental para el

<sup>1</sup>Fondo de Cultura Económica, México, D.F., 1967. (Primera edición en francés *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Editions Plon, 1964.)

<sup>2</sup>Siglo XXI Editores, S.A. México, D.F., 1966. (Primera edición en francés *Naissance de la clinique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1963.)

<sup>3</sup>Siglo XXI Editores, S.A. México, D.F., 1968. (Primera edición en francés *Les mots et les choses, une archéologie des sciences humaines*, Paris, Editions Gallimard, 1966.)

análisis histórico, constituyendo, ante todo, una operación deliberada que le permite establecer los niveles de análisis y fijar las periodizaciones descubriendo los límites del proceso, el punto de inflexión de una curva, la inversión de un movimiento regulador, los límites de una oscilación, el umbral de un funcionamiento, la emergencia de un mecanismo. En la obra de Foucault, la discontinuidad es, a la vez, instrumento y objeto de investigación; delimita el campo de análisis del que es el efecto; permite individualizar sus dominios, y rompe unidades para establecer otras nuevas.

Los tres artículos corresponden a la serie de conferencias dictadas por el Profesor Foucault en el curso de medicina social ofrecido en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil. Estamos seguros de que su reproducción permitirá a estudiantes y profesores de las diferentes escuelas del área de la salud, revisar con más detenimiento el pensamiento filosófico-histórico expuesto por Foucault en relación con temas polémicos por excelencia, como son, el cuestionamiento de la práctica médica, la medicalización masiva de la sociedad y la incorporación del hospital en la tecnología moderna.

*Miguel Márquez*  
División de Recursos Humanos e  
Investigación, OPS/OMS

# La arqueología de la medicina

DR. SERGIO AROUCA<sup>1</sup> Y DR. MIGUEL MARQUEZ<sup>2</sup>

---

## INTRODUCCION

Con la publicación de las obras de Michel Foucault *El nacimiento de la clínica*<sup>3</sup> e *Historia de la locura en la época clásica*<sup>4</sup> se abrieron nuevos horizontes al estudio de los aspectos sociales e históricos de la medicina. Sin embargo, dado su carácter complejo y polémico, por un lado, y la extraordinaria riqueza analítica de su arsenal de nuevos conceptos, por el otro, estas obras no tuvieron la difusión esperada en el campo de la salud.

El presente artículo trata de ofrecer una breve introducción a la nueva disciplina creada por Foucault -la historia arqueológica- concretamente en el aspecto relativo a la medicina.

## LA HISTORIA ARQUEOLOGICA Y LA HISTORIA DE LAS CIENCIAS

Según Canguilhem, la historia de las ciencias se define en relación con el discurso metódico que constituye su objeto científico. Por lo tanto, "el objeto del discurso es la 'historicidad' del discurso científico, en la medida en que esta historicidad representa la realización de un proyecto interiormente regulado, pero surcado por accidentes, retrasado o desviado por obstáculos, interrumpido por crisis, es decir, momentos de enjuiciamiento y de verdad" (1). En estas condiciones, la ciencia tiene su propio aspecto, su ritmo y, para expresarnos mejor, su temporalidad específica: procede por reorganizaciones, rupturas y mutaciones; pasa por puntos críticos en los que el tiempo se acelera o se hace más pesado, efectúa bruscas aceleraciones y retrocesos repentinos.

<sup>1</sup>Profesor Asistente del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Estatal de Campinas, Brasil.

<sup>2</sup>Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS/OMS.

<sup>3</sup>Siglo XXI Editores, S.A. México, D.F., 1966. (Primera edición en francés *Naissance de la clinique*, Presses Universitaires de France, París, 1963.)

<sup>4</sup>Fondo de Cultura Económica, México, D.F. 1967. (Primera edición en francés *Histoire de la folie à l'âge classique*, Editions Plon, París, 1964.)

Foucault, situándose dentro de este contexto, responde a las preguntas formuladas por el círculo epistemológico sobre sus obras, y discute la función del concepto de discontinuidad en la historia, en los términos que se precisan a continuación.

La noción de discontinuidad fue elaborada por Bachelard (2), quien afirma su existencia en varios niveles:

1. Discontinuidad entre los conocimientos comunes y los científicos.
2. Discontinuidad a nivel de la historia de las ciencias, cuya evolución no es lineal sino dialéctica.
3. Discontinuidad a nivel de la labor de los científicos, lo que revela el carácter social de la ciencia contemporánea, cuya evolución ha sido fecundada por las críticas recíprocas y los debates, provocando nuevas investigaciones y progresos. Estas críticas de las teorías inducen a una ruptura entre la ciencia adquirida y la investigación, con lo cual el conocimiento adquiere dinamismo.
4. Discontinuidad a nivel del lenguaje científico en relación con el lenguaje común.

La obra de Bachelard, al romper con la idea de la acumulación indefinida de conocimientos, atribuye a la noción de discontinuidad una función fundamental en la historia de las ciencias que, según Foucault, es triple:

1. Actuación deliberada del historiador (en la que la noción de discontinuidad funciona como un elemento que determina la fijación de periodizaciones).
2. Resultado de la descripción (la discontinuidad establece la incidencia de las rupturas).
3. Un concepto en continua especificación (según el campo en que se aplique la noción).

La noción de discontinuidad, convertida en instrumento fundamental de trabajo del historiador, se opone a la historia continua, cuya correlativa es la conciencia. Y oponerse a la conciencia es oponerse a la historia que favorece al sujeto y colocarse en la línea de las investigaciones de la economía política, el psicoanálisis, la lingüística y la etnología, que "despojan al sujeto de las leyes de su deseo, de las formas de su lenguaje, de las normas de su actuación y de los sistemas de sus discursos míticos" (3).

A base de la aplicación sistemática del concepto de discontinuidad dentro de la historia de las ideas (o de las ciencias, el pensamiento o los conocimientos), Foucault realiza primero un trabajo desde un ángulo negativo, identificando las nociones que están vinculadas a la historia continua, a saber:

1. Conjunto de nociones vinculadas al postulado de la continuidad:
  - a) Tradición: que permite al mismo tiempo delimitar cualquier novedad a

partir de un sistema de coordenadas permanentes y de dar un estatuto a un conjunto de fenómenos constantes.

- b) **Influencia:** que ofrece un apoyo, más bien mágico que sustancial, a los hechos de transmisión y de comunicación.
  - c) **Evolución:** que permite describir una serie de acontecimientos como manifestación de un principio organizador único.
  - d) **Teleología:** que opera como una noción inversa y simétrica de la anterior, de una evolución hacia una fase normativa.
  - e) **Mentalidad o espíritu de una época:** que permite establecer, entre fenómenos simultáneos o sucesivos, una comunidad de sentidos, de lazos simbólicos, una serie de semejanzas e imágenes (representaciones).
2. **Recortes o agrupamientos familiares:** es preciso dejar pendiente clasificaciones tales como literatura, ficción, arte, ciencia, etc., que, además de constituir un hecho histórico, son elementos aptos para el análisis.
3. **Las unidades impuestas naturalmente:** se debe poner en discusión el libro o la obra como unidad inmediata para disolverla en un campo del discurso.
4. **Postulados:** es preciso apartarse de los postulados íntimamente vinculados:
- a) Que en el orden del discurso nunca se puede señalar la irrupción de un acontecimiento verdadero; que además del inicio aparente hay siempre un origen secreto.
  - b) Que todo discurso manifiesto se basa secretamente en algo que ya ha sido dicho, que no es simplemente una frase ya pronunciada o un texto escrito, sino un volver a decir lo que "jamás se ha pronunciado".

Luego, Foucault toma la noción de discontinuidad desarrollada por Bachelard, que le obliga a situarse en un círculo del método donde la noción es, al mismo tiempo, objeto e instrumento de la investigación y delimita el campo de análisis del que ella es el efecto. De ahí la necesidad de establecer una polémica con la historia de las ideas continuistas, debatiendo sus postulados y especificando las nociones que la sostienen. Según el autor (4) la historia de las ideas tiene dos funciones: narrar no la historia de las ciencias sino de los acontecimientos que nunca lograron la "cientificidad", y penetrar en las disciplinas existentes para analizarlas y darles una nueva interpretación.

En este sentido, Lecourt (5) sintetiza los postulados de la historia de las ideas en la forma siguiente:

"1. **Génesis:** donde todas las regiones del saber se refieren a la unidad de un sujeto individual o colectivo como a su origen.

2. **Continuidad:** la continuidad del desarrollo constituye la correlativa necesaria de la unidad de origen.

3. **Totalización:** la homogeneidad de las partes constituye la correlativa necesaria de la unidad de origen".

Foucault (6) rechaza la instancia del sujeto-creador y, por tanto, la



unidad de origen; asume el "descentramiento" sobre el sujeto, poniendo en tela de juicio toda la teoría "humanista o antropologista del conocimiento y de la historia", y define sus postulados en la negación del sujeto, en la discontinuidad y en la especificidad.

## LA HISTORIA ARQUEOLOGICA

Foucault se desvía de la noción de *archivo* en el sentido de textos conservados por una civilización, depósitos, colecciones y redefiniciones, como un juego de normas que determinan en una cultura la aparición y desaparición de enunciados, su permanencia, su expresión y su existencia paradójica de acontecimientos y de cosas. El autor concentra su análisis en los acontecimientos discursivos y los relaciona con otros de orden político, social, económico, etc. (7).

Se trata, por consiguiente, de estudiar las normas que históricamente determinan los discursos, aunque sea un discurso que ya no se considera como un documento conservado, sino como un *monumento*.

En este sentido, Foucault piensa que la arqueología "pretende definir no los pensamientos, las representaciones, las imágenes, los temas, las obsesiones que se ocultan o se manifiestan en los discursos, sino esos mismos discursos, esos discursos en tanto que prácticas que obedecen a unas reglas" (8). En consecuencia, la *historia arqueológica* parte de un conjunto de discursos considerados al nivel del análisis como *monumentos* para tratar de determinar sus *normas* históricas específicas y sus relaciones con *acontecimientos no discursivos* en la medida en que estos discursos dan lugar a un *saber*.

Pero queda pendiente la cuestión de determinar a qué tipo de discursos se dirige el análisis arqueológico: ¿a los discursos científicos, a los precientíficos o a los pseudocientíficos?

Foucault afirma (9) que "la arqueología recorre el eje: práctica discursiva-saber-ciencia", y define el saber como "el conjunto de elementos (objetos, tipos de formulación, conceptos y escuelas teóricas) formados de manera regular por una práctica discursiva y que son indispensables a la constitución de una ciencia" (10).

En otras palabras, el saber es el producto de una práctica discursiva que puede pasar a través de textos literarios, filosóficos y científicos, así como obras de ficción, reflexiones, narraciones, regulaciones institucionales y decisiones políticas.

Por eso, el saber y la ciencia no definirían relaciones de sustitución, exclusión o yuxtaposición; más bien "la ciencia aparece en el elemento

de una formación discursiva y sobre un fondo de saber" (11) y es en esta articulación donde se encuentra el funcionamiento ideológico de las ciencias.

En consecuencia, el problema consiste en tratar de analizar una serie de acontecimientos en el interior de un discurso, en general, admitiendo que estos acontecimientos constituyen un espacio finito donde se procura determinar esa singular existencia que surge en lo que se dice (12).

### LA OBRA DE MICHEL FOUCAULT

Para comprender los conceptos expuestos por Foucault en *Arqueología del saber*<sup>5</sup> es preciso considerar, aunque sea sucintamente, su recorrido intelectual. Rouanet, en su trabajo "La gramática del homicidio" (13) divide la obra de Foucault en dos momentos. El primero consiste en una descripción empírica del discurso de la medicina, del discurso de la locura y del discurso de la epísteme. El segundo es el de la reflexión teórica sobre los principios puestos o no en juego en las descripciones. Este es el momento de la sistematización de un trabajo que, según Foucault, sería muchas veces intuitivo y elaborado en cierto desorden, en el interior de una tarea que consiste en medir "las mutaciones que se operan en general en el dominio de la historia. En esta empresa se ponen en duda los métodos, los límites, los temas propios, y la historia de las ideas; se trata de deshacer las últimas sujeciones antropológicas, y se desea mostrar, en cambio, cómo pudieron formarse las sujeciones".

En la obra *Enfermedad mental y personalidad* (14), escrita en 1954, Foucault trata por primera vez de comprender estas enfermedades mediante el estudio de los análisis psicológicos y de los conceptos que revelan la existencia de aquellas en las culturas en que surgieron. Más adelante vuelve Foucault a elaborar este trabajo, dándole incluso un nuevo título: "Enfermedad mental y psicología" (*Maladie mentale et psychologie*), así como un nuevo significado, en el que empieza a aparecer el proyecto arqueológico cuando el autor se plantea la cuestión de la naturaleza de la enajenación y la de que el mundo enajena al hombre. La respuesta se formula en dos sentidos: por un lado, una reestructuración del espacio cultural en la que lo normal pasa a ser el comportamiento que se ajusta a la libertad burguesa, lo que está vinculado a toda

<sup>5</sup> Siglo XXI Editores, S.A., México, D.F., 1970. (Primera edición en francés *L'archéologie du savoir*, Editions Gallimard, París, 1969.)

una nueva formulación en el conjunto de la práctica médica, y por el otro, la afirmación positiva de una cultura, en el fenómeno que rechaza (la locura), cuando “la gran confrontación de la razón y la sin razón deja de hacerse en la dimensión de la libertad y cuando la razón deja de ser para el hombre una ética para convertirse en una naturaleza...” (15).

El primer libro del momento descriptivo de Foucault es la *Historia de la locura en la época clásica* (16), en el cual el autor desarrolla y amplía estudios iniciados en la obra *Enfermedad mental y psicología*, analizando la acción que instaura la locura y posibilita que sea objeto de conocimiento.

El problema central de la *Historia de la locura* fue la aparición de una nueva disciplina en el siglo XIX—la psiquiatría—la cual, por su contenido, organización interna y práctica se diferenciaba de la medicina del siglo XVIII. El estudio del nacimiento de esta nueva disciplina demuestra que las condiciones que permitieron su aparición estaban vinculadas a un juego de relaciones entre la hospitalización, el internamiento, las condiciones y los procedimientos de la exclusión social, las normas de jurisprudencia, las del trabajo industrial y las de la moral burguesa.

En los siglos XVII y XVIII las enfermedades mentales se trataban en el interior del discurso médico, obedeciendo al mismo estatuto que las afecciones orgánicas y, por consiguiente, sin ninguna autonomía. La práctica discursiva en la medicina para tratar las enfermedades mentales existía también en los reglamentos administrativos, en los textos literarios o filosóficos, en los proyectos de trabajo obligatorio o de asistencia a los necesitados.

La *Historia de la locura* es mucho más la historia de la lisura que establece la distancia entre la razón y la sinrazón, la historia de la represión de la sinrazón.

Así, Rouanet divide el trabajo en las etapas siguientes:

1. *La indiferenciación*: que corresponde a la visión renacentista de la locura en la que el “loco se considera como el hombre-esencial que en su naturaleza secreta es furor y sin razón” (17). La locura se trata en el campo del arte como el deseo de una inocencia utópica, y en la literatura, “la conciencia moral confisca la experiencia de la locura”. Pero el aspecto fundamental de esta fase estriba en que la locura es inmanente al mundo y no representa una alteración.

Foucault se refiere a la visión de la locura en el Renacimiento en los siguientes términos: “La locura está allí, en el corazón de las cosas y de los hombres, como signo irónico que disuelve las fronteras de la verdad

y la quimera, recordando sólo las grandes amenazas trágicas—vida más inquieta que inquietante, agitación frívola, movilidad de la razón” (16).

2. *La segregación*: al definir la locura como alteración inscrita en el plano moral de la ociosidad, el período clásico surge como la antítesis del Renacimiento. La locura está junto a los ociosos, los libertinos, los desempleados, en contra de la lógica de una sociedad mercantilista. La locura se convierte en la perversión de la esencia humana; un antimundo y, como tal, está sujeta a reclusión.

3. *El asilo*: con la aparición del capitalismo y la consecuente necesidad de fuerza laboral, la locura se separa de la pobreza, cuyo estatuto social queda modificado. La locura se aísla en la reclusión, siendo liberada para el conocimiento.

Foucault, al revisar la historia de la locura, considera que se trataba de una formación discursiva en la cual los puntos de opción teóricos, los sistemas conceptuales o los regímenes enunciativos eran poco complejos y en la que el problema estriba en la manifestación de una serie de objetos mezclados y complejos. En función de la metodología, el problema se situaba a nivel de las normas de formación de los objetos.

Se trataba, pues, de delimitar las *superficies de emergencia* de esa pluralidad de objetos a las que en el siglo XIX, además de la familia, el grupo social inmediato, el medio de trabajo, la comunidad religiosa, se añadieron otras nuevas, como el arte, la sexualidad y la penalidad, y esos campos ofrecieron al discurso psiquiátrico posibilidades de “limitar su dominio, de definir aquello de que se habla, de darle el estatuto de objeto, o sea de hacerlo aparecer, de volverlo nominable y descriptible” (18). Se trataba de determinar las *instancias de delimitación* que reconocieron a la medicina como la instancia superior que define la locura como objeto, junto con la justicia penal, la autoridad religiosa, la crítica literaria y artística. Se trataba también de analizar los *grados de especificación* que se constituían en los sistemas, según los cuales se clasificaban, separaban, agrupaban y derivaban las diferentes locuras como objetos del discurso psiquiátrico, y se trataba de determinar las relaciones establecidas entre las categorías psiquiátricas y judiciales, entre las instancias de decisión médica y la instancia de decisión judicial, entre las normas familiares, sexuales, penales, del comportamiento de los individuos y el cuadro de síntomas patológicos y las enfermedades que indican, etc.

El segundo momento descriptivo de la obra de Foucault se refiere al análisis de *El nacimiento de la clínica* (19), en donde el autor examina las modificaciones que experimentaron las formas de enunciación del discurso médico a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX.

Situándose en el plano de la especialización y verbalización fundamentales de lo patológico, Foucault, frente a las nuevas formas de racionalidad médica basadas en la percepción empírica, encuentra los fundamentos de la posibilidad de un discurso científico sobre el individuo y, por lo tanto, la aparición de las denominadas ciencias humanas.

Para realizar ese estudio, ante las conjeturas que caracterizan la trayectoria intelectual del autor, había que discutir el significado del término *comentario*. “¿Es fatal, por lo mismo, que no conozcamos otro uso de la palabra que el del comentario?” (19), pregunta Foucault, y llega a la conclusión de que en esta actitud encontramos la idea de que en el lenguaje hay siempre un exceso de significado sobre el significante, algo que se quiere decir y que se oculta en lo que ya se ha dicho. Comentar sería mantener el significante y abrir una posibilidad infinita de significados, como si los dos tuvieran autonomía e independencia completas y, al final, uno podría existir sin el otro y hablar de sí mismo.

La proposición metodológica de Foucault en este libro consiste en dejar en su adecuación de origen los términos significado y significante, para realizar un análisis del significado que escape al comentario. Así, la clínica aparece como un nuevo corte del significado, y el principio de su articulación es un significante que corresponde al lenguaje de una “ciencia positiva”.

En una entrevista concedida a la revista *Esprit* (20), Foucault expone las hipótesis en que se basó para establecer las relaciones entre las prácticas discursivas y las no discursivas en *El nacimiento de la clínica*:

*Primera hipótesis*: lo que se modificó es la conciencia de los hombres (por el efecto de los cambios económicos, sociales y políticos), y por la misma razón se alteró su percepción de la enfermedad, y reconocieron las consecuencias políticas (malestar, descontento, disturbios en las poblaciones en malas condiciones de salud); percibieron las repercusiones económicas (deseo de los empleadores de disponer de una fuerza laboral sana, de la burguesía en el poder, de transferir al Estado las obligaciones asistenciales); transfirieron su concepto de la sociedad (una sola medicina de valor universal, pero con dos campos de aplicación distintos: el hospital para las clases necesitadas, y la profesión liberal para los adinerados); transcribieron su nuevo concepto del mundo (profanación del cadáver, lo que permitió la autopsia; mayor importancia al organismo vivo como instrumento de trabajo, y preocupación por la salud en lugar de la preocupación por la salvación).

*Segunda hipótesis*: las nociones fundamentales de la medicina clínica

procederían, por transposición, de una práctica política o, por lo menos, de las formas teóricas en las que ella se refleja. Las ideas de solidaridad orgánica, cohesión funcional, comunicación tisular, abandono del principio de clasificación en favor de un análisis de la totalidad corporal, correspondían a una práctica política que, bajo estratificaciones todavía feudales, revelaban relaciones sociales de tipo funcional y económico. O incluso, la negativa de ver en las enfermedades una gran familia de especies casi botánicas y el esfuerzo por encontrar para lo patológico su punto de inserción, su mecanismo de desarrollo, su causa y, por último, su terapéutica, no corresponden al proyecto, en la clase dominante, de no dominar más el mundo solamente con el saber teórico, sino con una serie de conocimientos aplicables, su decisión de dejar de aceptar como naturaleza lo que se le impusiese como límite y como mal (21).

Foucault rechaza las dos hipótesis preliminares. La primera por el hecho de que los efectos observados sólo se produjeron en la medida en que el discurso médico había adquirido un nuevo estatuto, aparte de que esta hipótesis no da cuenta de la formación de un discurso científico. La segunda hipótesis plantea problemas en cierto modo no pertinentes a la cuestión que es, "en el medio de otros discursos y de manera general en otras prácticas, el modo de existencia y de funcionamiento del discurso médico para que se produzcan esas transposiciones o transferencias" (22). El rechazo de esta hipótesis sirve de base al autor para elaborar la tercera.

*Tercera hipótesis:* si existe en realidad un vínculo entre la práctica política y el discurso médico no es porque esta práctica cambió primero la conciencia de los hombres, su manera de percibir el mundo y, finalmente, la forma de su conocimiento y el contenido del saber; ni tampoco porque esta práctica se reflejó, al principio, de manera más o menos clara y sistemática, en conceptos y nociones o temas importados por la medicina. Fue de una manera mucho más directa: la práctica política transformó no el sentido en la forma del discurso sino sus condiciones de emergencia, de inserción y de funcionamiento, *transformó el modo de existencia del discurso médico.*

Al igual que en la obra anterior, se encuentran en el análisis tres fases distintas:

1. *La medicina clasificadora.* Esta medicina se caracteriza por un concepto de la enfermedad en que su espacio de configuración no depende de su espacio de localización en el organismo del enfermo, en el que la enfermedad forma parte de una organización jerarquizada en familias, géneros y especies y está contenida en un espacio donde la

vertical delimita las complicaciones y la horizontal las homologías. Las analogías definen la esencia de las enfermedades y la forma de las analogías sirve de ley de su propia producción. El médico, para aprender la esencia del hecho patológico, debe necesariamente abstraerse del enfermo. Uno de los aspectos importantes de la medicina clasificadora es que, por las características de la naturaleza de la enfermedad, esta posee una "espacialización" libre, sin estar sujeta al hospital.

2. *La medicina clínica.* A fines del siglo XVIII comienza a surgir la medicina clínica, proveniente de una experiencia inicialmente pedagógica que implanta una nueva relación entre la mirada médica y la esencia de las enfermedades, originando por tanto la posibilidad de su enunciación. Foucault afirma: "la clínica es probablemente el primer intento desde el Renacimiento de formar una ciencia únicamente sobre el campo perceptivo y una práctica sólo sobre el ejercicio de la mirada" (19).

3. *La medicina anatomopatológica.* La anatomopatología, al instituir la muerte como una forma de conocer la vida, abre el campo de la medicina en tres dimensiones y promueve el encuentro de la configuración de la enfermedad con su espacio de localización. La muerte, definida como el fin de un proceso morboso, permite conocer las enfermedades mediante el estudio del individuo. "El cadáver abierto y exteriorizado es la verdad interior de la enfermedad, es la profundidad extendida de la relación médico-enfermo" (19).

En *El nacimiento de la clínica* Foucault considera que, dentro de las normas de formación, el análisis se dirigirá menos hacia la formación de los sistemas conceptuales o de las opciones teóricas que hacia el estatuto, el lugar institucional, la situación y los modos de inserción del sujeto del discurso.

En el siglo XIX el discurso médico es la formación por descripciones cualitativas, narraciones bibliográficas, demarcación, interpretación y recorte de los signos, raciocinios por analogía, verificaciones experimentales y otras formas, pero lo importante para definir la *formación de las modalidades enunciativas* es encontrar la ley de todas esas enunciaciones y el lugar de donde proceden.

La primera pregunta que habría que responder es la de ¿quién habla? El médico, estudiado a través del estatuto que define su competencia y sus límites, sus relaciones con otros grupos y con la sociedad, su definición reivindicada de ser el personaje que posee el poder de conjurar el sufrimiento y la muerte, estas modificaciones surgidas en el estatuto con la sociedad industrial en cuanto a la salud de

las poblaciones, la forma de fuerza laboral, pasó a constituir uno de los elementos importantes para la producción.

El segundo problema se refiere a la especificación de los lugares institucionales de donde el médico obtiene su discurso, lo pronuncia y encuentra su punto de aplicación. Así, en el siglo XIX el hospital, la clínica particular, el laboratorio y la biblioteca se articulan, permitiendo la práctica discursiva de la medicina.

A continuación se trata de determinar la posición del sujeto en relación con los diversos dominios y grupos de objetos. En el propio siglo XIX vuelve a definirse el campo perceptivo de la medicina con la utilización de innovaciones instrumentales, las técnicas quirúrgicas, la anatomía patológica, nuevos sistemas de registro de datos, la institución de nuevas formas de enseñanza y las relaciones con otros campos no médicos.

El tercer trabajo del momento descriptivo de Foucault consiste en una obra más compleja que las anteriores que trataban de campos específicos del saber, ya que el estudio *Las palabras y las cosas*<sup>6</sup> es una descripción de totalidades culturales. La unidad de este estudio es la episteme, o sea "el conjunto de las relaciones que se pueden descubrir para una época determinada entre las ciencias cuando se analizan a nivel de las regularidades discursivas" (18). Se trataba de estudiar las redes de conceptos y sus normas de formación en la gramática general, en la historia natural y en el análisis de las riquezas.

Según Foucault, la historia de las ideas y de las ciencias ha pasado, desde el Renacimiento hasta nuestros días, por tres epistemes: la renacentista, la clásica y la moderna.

1. *La episteme del Renacimiento*. El concepto fundamental de esta episteme es el de la *similitud*, ya que el saber es el saber de las semejanzas. Pero no hay semejanza sin signaturas (marcas impresas en las cosas) que permiten descifrar lo real. Así, saber es descifrar, y las palabras y las cosas encuentran en la similitud un punto de reunión.

2. *La episteme clásica*. En el período clásico se sustituye el concepto de similitud por el de la representación, constituyendo un nuevo espacio de identidades y diferencias. El proyecto general de la episteme consiste en establecer una ciencia general del orden, constituido por un sistema articulado de una *mathesis* (orden de las naturalezas simples) que abarca las ciencias de la cantidad; una *taxonomía* (orden de las naturalezas complejas) que abarca las ciencias de la calidad, y un *análisis genético* (orden de las constituciones de los órdenes).

<sup>6</sup>Siglo XXI Editores, S.A., México, D.F., 1968. (Primera edición en francés *Les mots et les choses, une archéologie des sciences humaines*, Editions Gallimard, París, 1966.)



Foucault encuentra en la gramática general teorías del lenguaje en que los sistemas de signos tienen capacidad para representar todas las cosas; en la historia universal, la teoría de la clasificación de los seres en que todo lo visible puede reducirse a un esquema clasificador de familias, géneros y especies; en el análisis de las riquezas, las teorías de la moneda, en que toda riqueza puede ser intercambiable con la moneda, un fundamento de una teoría de los signos y la representación. En resumen, “todo lenguaje es nombrable, todo ser es clasificable y toda riqueza monetizable: tres manifestaciones convergentes de la visión clásica, basada en la certeza de que todo lo real puede ser representado y de que toda representación, expresada por el discurso, puede ser inscrita en un cuadro, instancia suprema del orden” (18).

3. *La episteme moderna.* La episteme moderna se caracteriza por la sustitución del orden por la edad de la *historia*, en que el *hombre* surge como objeto del conocimiento. Para el mundo moderno, la historia impone sus leyes a todo lo que se ofrece a la experiencia. Así, la historia de las riquezas se transforma en la economía, en la que el concepto fundamental ya no es la moneda sino el proceso de producción y por lo tanto el trabajo; la historia natural se transforma en la biología, sustituyendo la noción de ser vivo por la noción de la vida, separándola definitivamente de lo inorgánico y atribuyéndole una organización interna y un conjunto de relaciones con el mundo exterior, lo que permitió la aparición de las teorías evolucionistas; la gramática general se convierte en la filología, en la que la palabra sólo tiene significado dentro de una organización gramatical que le garantiza la coherencia del lenguaje.

En la episteme moderna las cosas se prestan a la experiencia dentro de la subjetividad de un ser que piensa—el hombre—“una invención reciente, una figura que no tiene dos siglos, un simple pliegue de nuestro saber . . . que desaparecerá apenas este saber haya encontrado una forma nueva”.

Rouanet encuentra cierta unidad entre los tres trabajos del momento descriptivo de Foucault, ya que siguen el mismo plan formal; el orden de sucesión se delimita en un esquema siempre ternario (medicina de las especies, medicina clínica, anatomopatología; período renacentista, clásico y moderno; indiferencia, segregación y asilo); hay una correspondencia general entre las diversas fases de los tres trabajos, como por ejemplo en la episteme moderna, cuando el hombre aparece en su propia finitud (la historia) y las cosas están dotadas de una interioridad propia, la medicina anatomopatológica instaura la “tridimensionalidad”

sobre un telón de fondo de la muerte, y la psiquiatría define al loco en función de su propia patología.

Terminado el momento descriptivo, Foucault procede a la sistematización de los principios y conceptos utilizados en la fase anterior, comenzando a darles un estatuto teórico, trabajo que, según el autor, no entraba perfectamente en el campo teórico ni en el metodológico, puesto que se trataba más bien de "una tentativa de identificar el nivel en el que debía situarse (el autor) para hacer surgir esos objetos que había manipulado durante mucho tiempo sin conocer su existencia y, por consiguiente, sin poder nombrarlos" (13). Esta labor fue realizada en *Arqueología del saber*.

## RESUMEN

Este artículo pretende servir a manera de introducción a la nueva disciplina creada por Michel Foucault —la historia arqueológica— en el aspecto relativo a la medicina. Los autores analizan la obra del pensador francés principalmente a través de tres de sus más conocidos libros: *Historia de la locura en la época clásica*, *El nacimiento de la clínica* y *Las palabras y las cosas*.

En el primero de ellos Foucault desarrolla y amplía trabajos anteriores y analiza la acción que instaura la locura. Parte de un análisis de la visión de la locura en el Renacimiento (en donde se la considera inmanente al mundo) y en el período clásico, en que se la identifica con la perversión, el libertinaje, la ociosidad; más tarde la locura "se separa de la pobreza" y es aislada en la reclusión, siendo "liberada para el conocimiento".

En *El nacimiento de la clínica* examina Foucault las modificaciones en las formas de enunciación del discurso médico a fines del siglo XVIII y principios del XIX. Expone las hipótesis en que se basa para establecer las relaciones entre las prácticas discursivas y las no discursivas y describe tres fases distintas en el análisis: la medicina clasificadora, la clínica y la medicina anatomopatológica.

En *Las palabras y las cosas* la unidad de estudio es la episteme, que describe como "el conjunto de las relaciones que se pueden descubrir para una época determinada entre las ciencias cuando se analizan a nivel de las regularidades discursivas". Según Foucault la historia de las ideas ha pasado por tres epistemes: la renacentista, la clásica y la moderna.

## REFERENCIAS

- (1) Canguilhem, G. *O objeto da história das ciências em epistemologia*. Rio de Janeiro, Editorial Tempo Brasileiro, Jan.-Marco, 1972, pág. 15.
- (2) César, C. M. "A influencia de Brunschvig na concepção evolutiva do conhecimento científico em Gaston Bachelard". Tesis de doctorado, 1972, págs. 74-75.
- (3) Foucault, M. "Reposta ao circulo epistemologico". En *Estructuralismo e teoria da linguagem*. Rio de Janeiro, Editorial Voze, 1970, pág. 16.
- (4) *Ibid.*, pág. 25.
- (5) Lecourt, D. *Para una crítica de la epistemología*. México, D.F., Siglo XXI Editores, S.A., 1973, pág. 102.
- (6) Foucault, M. *Op. cit.* Pág. 101.
- (7) Foucault, M. *Arqueología del saber*. Siglo XXI Editores, S.A., 1970, pág. 231.
- (8) *Ibid.*, pág. 233.
- (9) *Ibid.*, pág. 307.
- (10) *Ibid.*, pág. 306.
- (11) *Ibid.*, pág. 309.
- (12) *Ibid.*, pág. 44.
- (13) Rouanet, S. P. "A gramática do homicídio." En *O homem e o discurso*. Rio de Janeiro, Editorial Tempo Brasileiro, 1973, pág. 24.
- (14) Foucault, M. *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1964.
- (15) *Ibid.*, pág. 98.
- (16) Foucault, M. *Historia de la locura en la época clásica*. México, D.F., Fondo de Cultura Económica, 1967.
- (17) Rouanet, S. P. "A gramática do homicídio". En *O homem e o discurso*. Editorial Tempo Brasileiro, 1973, pág. 25.
- (18) Foucault, M. *Arqueología del saber*. México, D.F., Siglo XXI Editores, S.A., 1970, pág. 67.
- (19) Foucault, M. *El nacimiento de la clínica*. México, D.F., Siglo XXI Editores, S.A., 1966.
- (20) Foucault, M. En *Resposta a uma questão in epistemologia*. Rio de Janeiro, Editorial Tempo Brasileiro, 1972.
- (21) *Ibid.*, págs. 73-74.
- (22) *Ibid.*, pág. 74.

---

### ARCHEOLOGY OF MEDICINE (Summary)

An introduction is given to the new discipline created by Michel Foucault—archeological history—as it relates to medicine. In analyzing the work of the French thinker, the authors confine themselves for the most part to his three best known works: *Madness in Civilization*, *The Birth of the Clinic*, and *The Order of Things*.

In the first, Foucault develops and expands his earlier essays and analyzes the context of madness. He deals first with the Renaissance view of madness—i.e., that it was immanent in the world—and then the Classical conception, in which it was identified with perversion, licentiousness, and idleness. Later it is "separated from poverty" and isolated in reclusion, thus "freed for knowledge".

In *The Birth of the Clinic* Foucault examines the changes which took place in the enunciation of medical discourse at the end of the 18th century and the beginning of the 19th. He sets forth hypotheses to be used for establishing the relationship between discursive and nondiscursive practices and describes three separate phases in the analysis: classificatory medicine, clinical medicine, pathological anatomy.

In *The Order of Things*, the study unit is the episteme, which he defines as "the set of relationships that may be uncovered for a specific epoch between the sciences when analyzed at the level of discursive regularities." According to Foucault, the history of ideas has passed through three epistemes: the Renaissance, the Classical, and the Modern.

#### A ARQUEOLOGIA DA MEDICINA (*Resumo*)

Este artigo pretende servir como introdução à nova disciplina criada por Michel Foucault—a arqueologia da medicina. Os autores examinam a obra do pensador francês principalmente através de três dos seus livros mais conhecidos: *A História da Loucura na Idade Clássica*, *O Nascimento da Clínica* e *As Palavras e As Coisas*.

No primeiro livro, Foucault desenvolve e amplia trabalhos anteriores e analisa a ação que implanta a loucura. Parte de uma análise da visão da loucura no Renascimento (onde se a considera imanente ao mundo) e na idade clássica, em que se a identifica com a perversão, a libertinagem, a ociosidade; mais tarde, a loucura "separa-se da pobreza" e é isolada na reclusão, sendo "liberada para o conhecimento".

Em *O Nascimento da Clínica*, examina Foucault as modificações nas formas de enunciação do discurso médico em fins do Século XVIII e em princípios do Século XIX. Expõe as hipóteses em que se baseia para estabelecer as relações entre as práticas discursivas e as não discursivas, e descreve três diferentes fases de análise: a medicina classificadora, a clínica e a medicina anatomopatológica.

Em *As Palavras e As Coisas*, a unidade de estudo é o epistema, por ele descrito como "o conjunto das relações que se podem descobrir para uma época determinada entre as ciências, quando analisadas ao nível das regularidades discursivas". Segundo Foucault, a história das idéias passou por três epistemas: o renascentista, o clássico e o moderno.

#### ARCHÉOLOGIE DE LA MÉDECINE (*Résumé*)

Le présent article a pour objet de servir d'introduction à la nouvelle discipline créé par Michel Foucault l'histoire archéologique dans le domaine de la médecine. Les auteurs analysent l'oeuvre du penseur français à travers trois de ses ouvrages les plus connus: *Histoire de la folie à l'époque classique*, *La naissance de la clinique* et *Les mots et les choses*.

Dans le premier, Foucault développe et amplifie des ouvrages antérieurs pour ensuite analyser l'action qui engendre la folie. Il part d'une analyse de la vision de la folie pendant la Renaissance (qui la considère comme immanente au monde) puis pendant la période classique qui la compare à la perversion, au libertinage et à l'oisiveté. Plus tard, la folie "se sépare de la pauvreté" et se retrouve isolée en réclusion, pour être "libérée par la connaissance".

Dans la *Naissance de la clinique*, Foucault examine les modifications dont ont été l'objet les formes rhétoriques du discours médical à la fin du XVIIIe siècle et au début du XIXe. Il expose les hypothèses sur lesquelles on se fonde pour établir les

relations entre les pratiques oratoires et il non oratoires et décrit trois phases distinctes de l'analyse: la médecine de classification, la médecine clinique et la médecine anatomopathologique.

Dans *Les mots et les choses*, l'unité d'étude est le saron qu'il décrit comme "l'ensemble des rapports que l'on peut découvrir pour une époque donnée entre les sciences lorsqu'on les analyse au niveau des régularités oratoires". Selon Foucault, l'histoire des idées est passée par trois époques: la renaissance, l'époque classique et l'époque moderne.

# La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina<sup>1</sup>

DR. MICHEL FOUCAULT<sup>2</sup>

---

Como punto de partida de esta conferencia quiero referirme a un asunto que empieza a ser discutido en todo el mundo: la crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. Mencionaré al respecto el libro de Ivan Illich *Medical Nemesis—The Expropriation of Health*<sup>3</sup> el cual, dada la gran resonancia que ha tenido y continuará teniendo en forma creciente en los próximos meses, señala a la opinión pública mundial el problema del funcionamiento actual de las instituciones del saber y del poder médicos.

Pero para analizar este fenómeno partiré de una fecha bastante anterior, los años de 1940-1945, más exactamente el de 1942, en que se elaboró el famoso Plan Beveridge, que en Inglaterra y en otros muchos países sirvió de modelo a la organización de 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 40 millones de personas—se consolida no el derecho a la vida sino un derecho diferente, más cuantioso y complejo: el derecho a la salud. En un momento en que la guerra causaba grandes estragos, una sociedad asume la tarea explícita de garantizar a sus miembros no solo la vida sino también la vida en buen estado de salud.

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 esta no era una innovación, pues desde el siglo XVIII una de las funciones del Estado, si no fundamental por lo menos

---

<sup>1</sup> Conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup> Profesor del Colegio de Francia, París.

<sup>3</sup> Londres, Calder and Boyars, 1975.

importante, era la de garantizar la salud física de los ciudadanos. Sin embargo, creo que hasta mediados del siglo XX la función de garantizar la salud de los individuos significaba para el Estado, esencialmente, asegurar la fuerza física nacional, garantizar su capacidad de trabajo y de producción, así como la de defensa y ataques militares. Hasta entonces, la medicina estatal consistió en una función orientada principalmente hacia fines nacionalistas—cuando no raciales. Con el Plan Beveridge la salud se transforma en objeto de preocupación de los Estados, no básicamente para ellos mismos sino para los individuos, es decir, el derecho del hombre a mantener su cuerpo en buena salud se convierte en objeto de la propia acción del Estado. Por consiguiente, se invierten los términos: el concepto del individuo en buena salud para el Estado se sustituye por el del Estado para el individuo en buena salud.

2. No se trata solo de una inversión en el derecho sino de lo que podría denominarse 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 garantizar su salud, la de su familia, etc. El concepto de limpieza, de higiene como limpieza, 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 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 los que le 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 necesite. El derecho a interrumpir el trabajo empieza a tomar cuerpo y es más importante que la antigua obligación de la limpieza que caracterizaba la relación moral de los individuos con su cuerpo.

3. Con el Plan Beveridge la salud entra en el campo de la macroeconomía. Los déficit debidos a la salud, a la interrupción del trabajo y a la necesidad de cubrir esos riesgos dejan de ser simplemente fenómenos que podrían ser resueltos con las cajas de pensiones o con 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 un desembolso por su cuantía, a nivel de las grandes partidas del presupuesto estatal, cualquiera que fuese el sistema de financiamiento. La salud empieza a entrar en los cálculos de la macroeconomía. Por intermedio de la salud, de las enfermedades y de la manera en que se cubrirán 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 los comienzos del presente siglo era la de asegurar, mediante el sistema de impuestos, una cierta igualación, si no de los bienes por lo menos de los ingresos. Esta redistribución ya no dependería del presupuesto sino del sistema de regulación y de la cobertura económica de la salud y las enfermedades. Al garantizar a todas las personas las mismas posibilidades de recibir tratamiento y curarse se pretendió corregir en parte la desigualdad en los 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 es objeto de una verdadera lucha política. A partir del fin de la guerra y de la elección triunfante de los trabajadores en Inglaterra en 1945, no hay partido político ni campaña política, en cualquier país más desarrollado, que no plantee el problema de la salud y la manera en que 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 de Francia en 1947, con la victoria mayoritaria de los representantes de la Confederación General de Trabajadores, señalan la importancia de la lucha política por la salud.

Tomando como punto de referencia simbólica el Plan Beveridge, se observa en el decenio de 1940-1950 la formulación de un nuevo derecho, una nueva moral, una nueva economía, una nueva política del cuerpo. Los historiadores acostumbran a 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 la historia del cuerpo humano en el mundo occidental moderno deberían seleccionarse estos años de 1940-1950 como fechas de referencia que marcan el nacimiento de este nuevo derecho, esta nueva moral, esta nueva política y esta nueva economía del cuerpo. Desde entonces, el cuerpo del individuo se convierte en uno de los objetivos principales de la intervención del Estado, uno de los grandes objetos de los que el propio Estado debe hacerse cargo.

En tono humorístico podríamos hacer una comparación histórica. Cuando el Imperio Romano se 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 solo debía cumplir las funciones tradicionales del Imperio sino permitir que las almas lograran su salvación e incluso forzarlas a ello. Así, el alma se



convirtió en uno de los objetivos de la intervención del Estado. Todas las grandes teocracias, desde Constantino hasta las teocracias mitigadas del siglo XVIII en Europa, fueron regimenes políticos en los que la salvación del alma 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 que una de las finalidades de la intervención estatal es el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre las enfermedades y la salud, etc. Es precisamente el nacimiento de esta somatocracia, que desde un principio vivió en crisis, lo que trato de analizar.

En el momento en que la medicina asumía sus funciones modernas, mediante la estatización 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 al nacimiento de los grandes sistemas de seguro social. Fue un progreso tecnológico vertiginoso, en el momento en que se producía una gran mutación política, económica, social y jurídica de la medicina.

A partir de este momento se establece la crisis, con la manifestación simultánea de dos fenómenos: el avance tecnológico importante que significó progreso capital en la lucha contra las enfermedades y el nuevo funcionamiento económico y político de la medicina, sin conducir al mejor bienestar sanitario que cabía esperar, sino a un curioso estancamiento de los beneficios posibles resultantes de la medicina y de la salud pública. Este es uno de los primeros aspectos de la crisis que pretendo analizar, haciendo referencia a algunos de sus efectos para mostrar que ese desenvolvimiento reciente de la medicina y su estatización y socialización—de lo que el Plan Beveridge da una visión general—es de origen anterior.

En realidad no hay que pensar que la medicina permaneció hasta nuestros tiempos como actividad de tipo individual, contractual, entre el enfermo y su médico, y que solo recientemente esta actividad individualista de la medicina se enfrentó con 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 ya 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, puesto que fue un mito con el cual se defendió y justificó cierta

forma de práctica social de la medicina: el ejercicio privado de la profesión.

De esta manera, si en verdad la medicina es social, por lo menos desde que cobró su gran impulso en el siglo XVIII, la crisis actual no es realmente actual, sino que sus raíces históricas deben buscarse en la práctica social de la medicina.

Por consiguiente no plantearé el problema en los términos en que lo enuncian Illich o algunos de sus discípulos: medicina o antimedicina, ¿debemos continuar o no la medicina? El problema no debe ser el de si se requiere una medicina individual o social, sino el del modelo de desarrollo de la medicina a partir del siglo XVIII, cuando se produjo lo que podríamos denominar el "despegue" de la medicina. Este "despegue" sanitario del mundo desarrollado fue acompañado de un desbloqueo técnico y epistemológico de considerable importancia de la medicina y de toda una serie de prácticas sociales. Y son estas formas propias del "despegue" las que conducen hoy a una crisis. La cuestión estriba en saber: 1) ¿cuál fue ese modelo de desarrollo? 2) ¿en qué medida se puede corregir? y 3) ¿en qué medida puede ser utilizado actualmente en sociedades o poblaciones que no experimentaron el modelo de desarrollo económico y político de las sociedades europeas y americana? En resumen, ¿cuál es ese modelo de desarrollo? ¿puede ser corregido y aplicado en otros lugares?

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

## CIENTIFICIDAD Y EFICACIA DE LA MEDICINA

En primer lugar, me referiré a la separación o la distorsión entre la científicidad de la medicina y la positividad de sus efectos, o entre la científicidad y la eficacia de la medicina.

No hubo que esperar a Illich ni a los antimédicos para saber que una de las propiedades y una de las capacidades 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 solo una rapsodia de conocimientos mal fundados, mal establecidos y verificados. La nocividad de la medicina se juzgaba en proporción a su no científicidad.

Pero lo que surge desde comienzos del siglo XX, es el hecho de que la

medicina podría ser peligrosa, no en la medida de su ignorancia y falsedad, sino en la medida de su saber, en la medida en que constituye 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 estén bien elaborados. 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 (EUA) según la cual en 1970 fueron hospitalizadas 1,500,000 personas por causa de la absorción de medicamentos. Estos datos estadísticos son pavorosos pero no aportan pruebas fehacientes puesto que no indican la manera en que se administraron estos medicamentos, quién los consumió, a consecuencia de qué acción médica y en qué contexto médico, etc. Tampoco analizaré la famosa investigación de Robert Talley quien demostró que en 1967 murieron 30,000 norteamericanos en hospitales debido a intoxicaciones por medicamentos. Todo eso así tomado en conjunto no tiene un gran significado ni estará fundamentado en un análisis válido. Es preciso conocer otros factores. Por ejemplo, se deberá saber la manera en que se administraron esos medicamentos, si fue a consecuencia de un error del médico, del personal hospitalario o del propio enfermo; etc. No me extenderé tampoco respecto a las estadísticas sobre operaciones quirúrgicas, particularmente ciertos estudios sobre histerectomías en California que señalan que en 5,500 casos, el 14% de las intervenciones habían sido inútiles, que una cuarta parte de las pacientes eran mujeres jóvenes, y que solo en el 40% de los casos se pudo determinar la necesidad de esta operación.

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

En cambio lo que resulta mucho más interesante y plantea el verdadero problema es lo que podría denominarse no la iatrogenia, sino la iatrogenia positiva, los efectos médicamente nocivos debidos no a errores de diagnóstico ni a la ingestión accidental de esas sustancias, sino a la propia acción de la intervención médica en lo que 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.

Sabido es, por ejemplo, que el tratamiento antiinfeccioso, la lucha llevada a cabo con el mayor éxito contra los agentes infecciosos, condujo a una disminución general del umbral de sensibilidad del organismo a los agentes agresores. Ello significa que en la medida en que el organismo se sabe defender mejor, se protege, naturalmente, pero por otro lado se deja al descubierto y expuesto si se impide el contacto con los estímulos que desarrollan las defensas.

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

En definitiva, no se sabe a lo que conducirán las manipulaciones genéticas efectuadas en el potencial genético de las células vivas, en los bacilos o en los virus. Se tornó posible técnicamente elaborar agentes agresores del organismo humano para los que no hay medios de defensa ni destrucción. Se pudo forjar un arma biológica absoluta contra el hombre y la especie humana sin que simultáneamente se desarrollaran los medios de defensa contra esta arma absoluta. Esto hizo que los laboratorios estadounidenses pidieran que se prohibieran las manipulaciones genéticas que actualmente pueden realizarse.

Así pues, entramos en una dimensión bastante nueva de lo que podría denominarse riesgo médico. El riesgo médico, el vínculo difícil 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 fue acompañado, por su propia causa, de varias consecuencias negativas y nocivas.

A este respecto abundan los ejemplos en la historia de la medicina moderna que comienza en el siglo XVIII. En ese siglo la medicina adquirió, por primera vez, suficiente fuerza para lograr que ciertos enfermos salieran del hospital. Hasta la mitad 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 en vida. El hospital representaba un claustro para morir, era un verdadero "mortuorio".

Otro ejemplo de un considerable progreso médico acompañado de un gran déficit a nivel de la morbilidad 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, y después de la guerra de ese mismo año y del relativo éxito obtenido por los médicos alemanes, se convierte en una práctica corriente en todos los países del mundo.

A partir del momento en que se logra adormecer a las personas desaparece la barrera del sufrimiento—la protección conferida al organismo por el umbral de tolerancia al dolor—y se puede proceder a cualquier operación. Ahora bien, en ausencia de asepsia, no cabe duda de que toda operación no solo constituye un riesgo sino, casi con toda seguridad, irá acompañada de la muerte. Por ejemplo, durante la guerra de 1870, un célebre cirujano francés, Guerin, practicó amputaciones a varios heridos pero solo consiguió salvar a uno de los operados; los restantes fallecieron. Este es un ejemplo típico de la manera en que siempre ha funcionado la medicina a base de sus propios fracasos e inconveniencias y de que no existe un gran progreso médico que no haya pagado el precio de las diversas consecuencias negativas directamente vinculadas al progreso de que se trate.

Este fenómeno característico de la historia de la medicina moderna adquiere actualmente una nueva dimensión en la medida en que, hasta los últimos decenios, el riesgo médico concernía únicamente al individuo que podría morir en el momento en que iba a ser curado. A lo sumo se podría alterar su descendencia directa, es decir, el dominio de la posible acción negativa se limitaba a una familia o una descendencia. En la actualidad, con las técnicas de que dispone la medicina, la posibilidad de modificar el armamento genético de las células no solo afecta al individuo o a su descendencia sino a toda la especie humana; todo el fenómeno de la vida entra en el campo de acción de la intervención médica. No se sabe aún si el hombre es capaz de fabricar un ser vivo de tal naturaleza que toda la historia de la vida, el futuro de la vida, se modifique.

Surge pues, una nueva dimensión de posibilidades médicas, a la que denominaré la cuestión de la biohistoria. El médico y el biólogo ya no trabajan a nivel del individuo y de su descendencia sino que empiezan a hacerlo a nivel de la propia vida y de sus acaecimientos fundamentales. Estamos en la biohistoria y este es un elemento 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 índole histórica. Darwin sabía, por ejemplo, que el

aislamiento en Inglaterra, práctica puramente económica y jurídica, había modificado la fauna y la flora inglesas. Pero eran las leyes generales de la vida que en esa época se vinculaban a ese acontecimiento histórico.

En nuestros días se descubre algo nuevo: la historia del hombre y la vida tienen implicaciones profundas. La historia del hombre no continúa simplemente la vida, ni la reproduce, sino que la reanuda, hasta cierto punto, y puede ejercer varios efectos totalmente fundamentales sobre sus procesos. Este es uno de los grandes riesgos de la medicina actual y una de las razones del tipo de malestar que se comunica de los médicos a los pacientes, de los técnicos a la población general, en lo que se refiere a los efectos de la acción médica.

Una serie de fenómenos, como el rechazo radical y bucólico de la medicina en favor de una reconciliación no técnica con la naturaleza, temas como el milenarismo y el temor a un apocalipsis de la especie, representan de manera difusa en la conciencia de las personas, el eco, la respuesta a esta inquietud técnica que los biólogos y los médicos empiezan a demostrar en cuanto a los efectos de su propia práctica y del propio saber. El no saber ya ha dejado de ser peligroso y el peligro radica en el propio saber. El saber es peligroso, no solo por sus consecuencias inmediatas a nivel del individuo o de grupos de individuos, sino a nivel de la propia historia. Esto constituye una de las características fundamentales de la crisis actual.

### MEDICALIZACION INDEFINIDA

La segunda característica es lo que voy a denominar 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 definido por la demanda del enfermo, su sufrimiento, sus síntomas, su malestar, lo que promueve la intervención médica y circunscribe su campo de actividad, definido por un dominio de objetos denominado enfermedades y que da un estatuto médico a la demanda. Así es como se define el dominio propio de la medicina.

No cabe duda de que si este es su dominio 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, lo que solo acontece en casos más bien limitados. Con mucha más frecuencia la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como 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. Estos son simplemente algunos ejemplos de un tipo de intervención médica bastante familiar que no proviene de la demanda del enfermo.

En segundo lugar, tampoco el dominio de objetos de la intervención médica se refiere a las enfermedades sino a otra cosa. Mencionaré dos ejemplos. Desde comienzos del siglo XX, la sexualidad, el comportamiento sexual, las desviaciones o anomalías sexuales se relacionan con la intervención médica, sin que un 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.

De un modo más general se puede afirmar que la salud se convirtió en un objeto de intervención médica. Todo lo que garantiza la salud del individuo, ya sea el saneamiento del agua, las condiciones de vivienda o el régimen urbanístico es hoy un campo de intervención médica que, en consecuencia, ya no está vinculado exclusivamente a las enfermedades.

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

Si bien es cierto que los juristas de los siglos XVII y XVIII inventaron un sistema social que debería ser dirigido por un sistema de leyes codificadas, puede afirmarse que en el siglo XX los médicos están inventando una sociedad, ya no de la ley, sino de la norma. Lo que rige a la sociedad no son los códigos sino la perpetua distinción entre lo normal y lo anormal, la perpetua empresa de restituir el sistema de normalidad.

Esta es una de las características de la medicina actual, aunque se puede demostrar fácilmente que se trata de un viejo fenómeno, de una manera propia de desarrollo del "despegue" médico. Desde el siglo XVIII la medicina siempre se ocupó de lo que no se refería a ella, es decir, de

otros aspectos distintos de los enfermos y las enfermedades, y precisamente así logró ese 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 liberó del estancamiento científico y terapéutico en que se encontraba desde la época medioeval, cuando empezó 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 empezar a ser social.

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

1. Aparición de una autoridad médica, que no es simplemente la autoridad del saber, una persona erudita que sabe referirse a los buenos autores. La autoridad médica es una autoridad social que puede tomar decisiones a nivel de una ciudad, un barrio, una institución, un reglamento. Es la manifestación de lo que los alemanes denominaban "Staatsmedizin", medicina del 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 ello se convierte en objeto de la medicina.

3. Introducción de un aparato de medicalización colectiva, a saber, el hospital. Antes del siglo XVIII el hospital no era una institución de medicalización sino de asistencia a los pobres en espera de la muerte.

4. Introducción de mecanismos de administración médica; registro de datos, comparación, establecimiento de estadísticas, etc.

Con base en el hospital y en todos esos 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 en lugar de individual, se abrieron las posibilidades a la anatomía patológica, a la gran medicina hospitalaria y a los progresos que simbolizan los nombres de Bichat, Laennec, Bayle, etc.

Por consiguiente, la medicina se dedica a otros campos que no son las enfermedades, y con arreglo a un sistema de relaciones no regido por la demanda del paciente; es un viejo fenómeno que forma parte de las características fundamentales de la medicina moderna.

Pero lo que caracteriza al período presente en esta curva general es que la medicina de los últimos decenios, además de ocuparse de otros



aspectos distintos de los pacientes y las enfermedades, comienza a no tener campo exterior.

En el siglo XIX la medicina había rebasado los límites de los enfermos y las enfermedades, pero todavía existían cosas que seguían siendo no médicas y 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., no 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 deberían estar en modo alguno bajo control de los médicos; se concebía una especie de régimen político feliz, en que la gestión del cuerpo humano, la higiene, la alimentación o el control de la sexualidad corresponderían a una conciencia colectiva y espontánea. Este ideal de una regulación no médica del cuerpo y de la conducta humana continuó durante el siglo XIX y lo encontramos por ejemplo en Raspail.

En la situación actual, lo diabólico es que cuando queremos recorrer a un dominio exterior a la medicina hallamos que ya ha sido medicalizado. Y cuando se quiere objetar a la medicina sus deficiencias, sus inconvenientes y sus efectos nocivos esto 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 en su sentido estricto la portadora o el centro de elaboración? La antimedicina solo puede contraponer a la medicina hechos o proyectos revestidos de cierta forma de medicina.

Voy a citar otro ejemplo en el 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 del propio siglo había clasificado como enfermedades. Esta antipsiquiatría es el psicoanálisis, no solamente de la histeria y la neurosis que Freud trató de retirar de los psiquiatras, sino una medicalización importante, pues la propia conducta cotidiana está actualmente sujeta a la actividad psicoanalítica, y aunque ahora se opone al psicoanálisis una antipsiquiatría o un antipsicoanálisis, se trata todavía de una actividad y

un discurso de tipo médico más o menos elaborado con una perspectiva médica o a base de un saber médico. No se logra salir de la medicalización, y todos los esfuerzos en este sentido se remiten a un saber médico.

Por último quisiera citar otro ejemplo en el campo de la criminalidad y la pericia psiquiátrica en materia de delitos. 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. El que es loco no es delincuente, y el acto cometido es un síntoma, no un delito, y por lo tanto no cabe la condena.

Ahora bien, en la actualidad el individuo considerado como delincuente, y que como tal va a ser condenado, se somete 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 pregunta al perito psiquiatra llamado por el tribunal para que dictamine si el sujeto fue responsable del delito. La pregunta se limita a averiguar si el individuo es peligroso o no.

Y ¿cuál es este concepto de peligro? Uno de dos, o el psiquiatra responde que el sujeto no es peligroso, es decir, que no está enfermo ni muestra ningún signo patológico y que al no ser peligroso no hay razón para que se le condene (su no patologización significa llevar aparejada la supresión de la condena), o bien el médico afirma que el individuo es peligroso pues tuvo una infancia frustrada, su superego es débil, no tiene noción de la realidad, muestra una constitución paranoica, etc. En este caso el individuo ha sido "patologizado" y se le puede castigar, y se le castigará en la medida en que se identificó como enfermo. Así pues, la vieja dicotomía que, en los términos del código, calificaba al sujeto de delincuente o de enfermo, quedó totalmente eliminada. Ahora solo hay dos posibilidades, la de un poco enfermo, siendo realmente delincuente, o un poco delincuente siendo un verdadero enfermo. El delincuente no se libra de la patología. Recientemente en Francia un ex recluso escribió un libro para hacer comprender que si robó no fue porque su madre lo destetó antes de tiempo ni porque su superego es débil ni tampoco porque sufre de paranoia, sino porque le dio por robar y ser ladrón.

La preponderancia conferida a la patología se convierte en una forma general de regulación de la sociedad. La medicina ya no tiene campo exterior. Fichte hablaba de "Estado comercial cerrado" para describir la situación de la Prusia de 1810. Se podría afirmar en relación con la sociedad moderna que vivimos en "Estados médicos abiertos" en los que la dimensión de la medicalización ya no tiene límite: ciertas resistencias

populares a la medicalización se deben precisamente a esta investidura de predominio perpetuo y constante.

### ECONOMIA POLITICA DE LA MEDICINA

Por último quisiera exponer otra característica de la medicina moderna, a saber, lo que podría denominarse la economía política de la medicina.

Tampoco se trata de un fenómeno reciente, pues desde el siglo XVIII la medicina y la salud fueron presentadas como problema económico. Por exigencias económicas la medicina surgió a fines del siglo XVIII. No hay que olvidar que la primera gran epidemia estudiada en Francia en el siglo XVII y que dio lugar a un acopio nacional de datos no era realmente una epidemia sino una epizootia. Se trataba de una mortandad catastrófica en una serie de rebaños del sur de Francia lo que contribuyó al origen de la Real Sociedad de Medicina. La Academia de la Medicina en Francia nació de una epizootia, no de una epidemia, lo que demuestra que los problemas económicos fueron los que motivaron el comienzo de la organización de esta medicina.

Puede afirmarse también que la gran neurología de Duchenne de Boulogne, de Charcot, etc., nació con los accidentes ferroviarios y accidentes del trabajo ocurridos alrededor de 1860, en el momento en que se planteaba el problema de los seguros, la incapacidad para el trabajo, la responsabilidad civil de los empleadores o los transportadores, etc. La base económica de la medicina moderna estuvo presente en su historia.

Pero lo que resulta peculiar en la situación actual es que la medicina se vinculó a los grandes problemas económicos a través de un aspecto distinto del tradicional. En otro momento lo que se exigía a la medicina era el efecto económico de dar a la sociedad individuos fuertes, es decir, capaces de trabajar, de asegurar la constancia de la fuerza laboral, su mejoramiento y reproducción. Se recurrió a la medicina como un instrumento de mantenimiento y reproducción de la fuerza laboral para el funcionamiento de la sociedad moderna.

En la actualidad la medicina encuentra la economía por otro conducto. No simplemente porque es capaz de reproducir la fuerza de trabajo sino porque puede producir directamente riqueza en la medida en que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros. La salud en cuanto se convirtió en objeto de consumo, que puede ser producido por unos laboratorios farmacéuticos, médicos, etc., y consumido por otros—los enfermos posibles y reales—adquirió importancia económica, y se introdujo en el mercado.

El cuerpo humano se introdujo dos veces en el mercado: la primera por el asalariado, cuando el hombre vendió su fuerza de trabajo, y la segunda por intermedio de la salud. Por consiguiente el cuerpo humano entra de nuevo en un mercado económico en cuanto es susceptible a las enfermedades y a la salud, al bienestar o al malestar, a la alegría o al sufrimiento, en la medida en que es objeto de sensaciones, deseos, etc.

Desde el momento en que el cuerpo humano entra en el mercado, por intermedio del consumo de salud, aparecen varios fenómenos que causan disfunciones en el sistema de salud y de la medicina contemporánea.

Contrariamente a lo que cabía esperar, la introducción del cuerpo humano y de la salud en el sistema de consumo y mercado no elevó de una manera correlativa y proporcional el nivel de salud. La introducción de la salud en un sistema económico que podía ser calculado y medido indicó que el nivel de salud no operaba en la actualidad como el nivel de vida. En cuanto el nivel de vida se define por la capacidad de consumo de los individuos, el crecimiento del consumo humano, que aumenta igualmente el nivel de salud, no mejora en la misma proporción en que aumenta el consumo médico. Los denominados economistas de la salud estudiaron varios 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 descendió en un 0.1% el nivel de mortalidad, desviación que puede considerarse como normal pero que solo ocurre en un medio puro y ficticio. En el momento en que el consumo médico se coloca 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. Por ejemplo, el aumento de los ingresos puede ejercer un efecto negativo sobre la mortalidad, y es dos veces mayor que el consumo de medicamentos. Es decir, si los ingresos solo aumentan en la misma proporción que el consumo de servicios médicos, el beneficio que representa el aumento del consumo médico quedará anulado e invertido por el 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 una vida prolongada, es preferible un nivel de educación que el consumo médico.

Así pues, si el consumo médico se coloca en el conjunto de variables que pueden actuar sobre la tasa de mortalidad se observará que este factor es el más débil de todos. Las estadísticas de 1970 indican que, a pesar de un aumento constante del consumo médico, la tasa de mortalidad, que es uno de los indicadores más importantes de salud, no

disminuyó, y resulta todavía mayor para los hombres que para las mujeres.

Por consiguiente, el nivel de consumo médico y el nivel de salud no guardan relación directa, lo que revela una paradoja económica de un crecimiento de consumo que no va acompañado de ningún fenómeno positivo del lado de la salud, la morbilidad y la mortalidad. Otra paradoja de esta introducción de la salud en la economía política es el hecho de que las transferencias sociales que se esperaban de los sistemas del seguro social no desempeñan la función deseada. En realidad, la desigualdad de consumo de los servicios médicos es casi tan importante como antes. Los más adinerados continúan utilizando los servicios médicos mucho más que los pobres, como ocurre hoy en Francia, lo que da lugar a que los consumidores más débiles, o sea, los más pobres, paguen con sus contribuciones el superconsumo de los más ricos. Por añadidura, las investigaciones científicas y la mayor parte del equipo hospitalario más valioso y caro se financian con la cuota del seguro social, mientras que los sectores en manos de la medicina privada son los más rentables porque técnicamente resultan menos complicados. Lo que en Francia se denomina albergue médico, es decir, una hospitalización breve por motivos leves, como una pequeña operación, pertenece al sector privado y de esa manera lo sostiene el financiamiento colectivo y social de las enfermedades.

Así vemos que la igualación del consumo médico que se esperaba del seguro social se adulteró 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. Hoy, el derecho a la salud igual para todos pasa por un engranaje que lo convierte en una desigualdad.

Se plantea a los médicos el siguiente problema: ¿cuál es el destino del financiamiento social de la medicina, el lucro derivado de la salud? Aparentemente este financiamiento va a pasar a los médicos, pero en realidad no sucede así. La remuneración que reciben los médicos, por importante que sea en ciertos países, no representa nada en los beneficios económicos derivados de la enfermedad y la salud. Los que realmente obtienen el mayor lucro de la salud son las grandes empresas farmacéuticas. En efecto, la industria farmacéutica está sostenida por el financiamiento colectivo de la salud y la enfermedad, por mediación de las instituciones del seguro social que obtienen fondos de las personas que obligatoriamente deben protegerse contra las enfermedades. Si esta situación todavía no está bien presente en la conciencia de los consumidores de salud, es decir los asegurados sociales, los médicos la

conocen perfectamente. Estos profesionales se dan cada vez más cuenta de que se están convirtiendo en intermediarios casi automáticos entre la industria farmacéutica y la demanda del cliente, es decir, en simple distribuidores de medicamentos y medicación.

Vivimos una situación en que ciertos hechos fueron llevados a un paroxismo. Y estos hechos, en el fondo, son los mismos de todo el desarrollo médico del sistema a partir del siglo XVIII cuando surgió una economía política de la salud, los procesos de medicalización generalizada, los mecanismos de la biohistoria. La denominada crisis actual de la medicina no es más que una serie de fenómenos suplementarios exacerbados que modifican algunos aspectos de la curva pero que no la crearon.

La situación actual no se debe considerar en función de medicina o antimedicina, de interrupción o no interrupción de los costos, de retorno o no a una especie de higiene natural, al bucolismo paramédico. Estas alternativas carecen de sentido. En cambio sí tiene sentido, y por eso ciertos estudios históricos pueden resultar de cierta utilidad, el tratar de comprender en que consistió el "despegue" sanitario y médico de las sociedades de tipo europeo a partir del siglo XVIII. Importa saber cuál fue el modelo utilizado y en qué medida se puede modificar, y por último, en el caso de las sociedades que no conocieron ese modelo de desarrollo de la medicina, que por su situación colonial o semicolonial solo tuvieron una relación remota o secundaria con esas estructuras médicas y ahora piden una medicalización, a la que tienen derecho porque las enfermedades infecciosas afectan a millones de personas y no sería válido emplear argumento, en nombre de un bucolismo antimédico, de que cuando estos países no sufran de estas infecciones experimentarán enfermedades degenerativas como en Europa. Es preciso averiguar si el modelo de desarrollo médico de Europa a partir de los siglos XVIII y XIX se debe reconstituir o modificar y en qué medida debe hacerse para su aplicación eficaz en esas sociedades sin que produzcan consecuencias negativas.

Por eso creo que la revisión de la historia de la medicina que podamos realizar tiene cierta utilidad: se trata de conocer mejor no tanto la crisis actual de la medicina, lo que constituye un concepto falso, sino cuál fue el modelo de funcionamiento histórico de esa disciplina desde el siglo XVIII, para saber en qué medida se puede modificar.

Es el mismo problema que se plantea a los economistas modernos que se vieron obligados a estudiar el "despegue" económico de Europa a partir de los siglos XVII y XVIII para ver si ese modelo de desarrollo se podía adaptar a sociedades todavía no industrializadas.

Se requiere la modestia y el orgullo de los economistas y afirmar que la medicina no debe ser rechazada ni adoptada como tal; 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 determinar los vínculos entre la medicina, la economía, el poder y la sociedad para ver en qué medida se puede rectificar o aplicar el modelo.

## RESUMEN

En esta conferencia, el Profesor Michel Foucault hace un profundo análisis de los problemas que afectan en el momento actual a las instituciones del saber médico y al ejercicio de la medicina. Se refiere a la tesis expuesta por Ivan Illich en su libro *Medical Nemesis—The Expropriation of Health*, así como al Plan Beveridge de 1942, pero va más atrás en su búsqueda por la historia para descubrir el origen de la crisis que atraviesa la medicina en todo el mundo. Por eso se remonta hasta el siglo XVIII en donde encuentra las raíces de la práctica social de la medicina.

Pone de manifiesto igualmente las fases por las que desde entonces ha pasado la actividad médica y llega hasta nuestros días para referirse a lo que denomina la economía política de la medicina.

Por último, llega a la conclusión de que lo que debe de conocerse mejor no es tanto la crisis actual de la medicina, que considera un concepto falso, sino cuál fue el modelo de funcionamiento histórico de esa disciplina desde el siglo XVIII, para saber entonces en qué medida se puede modificar.

### THE CRISIS OF MEDICINE OR THE CRISIS OF ANTIMEDICINE (Summary)

In this lecture, Professor Michel Foucault makes an in-depth study of the problems currently afflicting medical institutions and the medical practice. He deals with the thesis set forth by Ivan Illich in his book *Medical Nemesis—The Expropriation of Health*, as well as the 1942 Beveridge Plan, but goes even further back in history to discover the origin of the medical crisis common throughout the world—back to the XVIII century roots of the social practice of medicine.

He also describes the phases through which medical activity has passed from then until now and deals with what he calls the political economy of medicine.

Finally, he reaches the conclusion that what matters is not so much the present crisis of medicine, which he considers to be a false concept, but the discipline's historical model dating from the XVIII century and serving to determine to what extent it can be modified.

#### A CRISE DA MEDICINA OU A CRISE DA ANTIMEDICINA (*Resumo*)

Nessa conferência, o Prof. Michel Foucault faz uma profunda análise dos problemas que afetam atualmente as instituições de ciências médicas e o exercício da medicina. Refere-se o conferencista à tese exposta por Ivan Illich, em seu livro *Medical Nemesis— The Expropriation of Health*, bem como ao Plano Beveridge, de 1942, mas retrocede ainda mais em sua busca histórica da descoberta da origem da crise por que passa a medicina em todo o mundo. Por essa razão, remonta ao século XVIII, onde encontra as raízes da prática social da medicina.

Destaca igualmente as fases por que passou a atividade médica desde então, e chega até os nossos dias para se referir ao que chama de economia política da medicina.

Finalmente, chega à conclusão que se deve conhecer melhor não tanto a crise atual da medicina, que considera um conceito falso, como o modelo de funcionamento histórico dessa disciplina a partir do século XVIII, para então saber-se até que ponto esse modelo é possível de modificações.

#### CRISE DE LA MÉDECINE OU CRISE DE L'ANTI-MÉDECINE (*Résumé*)

Lors de cette conférence, le Professeur Michel Foucault analyse en profondeur les problèmes qui affectent actuellement les institutions d'enseignement de la médecine et la profession médicale. Il se réfère à la thèse énoncée par Ivan Illich dans son livre intitulé: *Némésis médicale: L'Expropriation de la Santé* ainsi qu'au Plan Beveridge de 1942, mais il va encore plus loin dans ses recherches dans l'histoire pour découvrir l'origine de la crise qui affecte actuellement la médecine au niveau de notre planète. Pour cela, il remonte jusqu'au XVIII siècle d'où date les débuts de la pratique sociale de la médecine.

Il met également en évidence les diverses phases par lesquelles est passée la profession médicale de cette époque jusqu'à nos jours, pour parler de ce que l'on appelle l'économie politique de la médecine.

En dernier lieu, il parvient à la conclusion qu'il vaut mieux connaître plus à fond non pas tant la crise actuelle de la médecine qu'il considère comme un concept erroné, mais plutôt quel fut le modèle de fonctionnement de cette discipline à travers l'histoire depuis le XVIII siècle, afin de mieux trouver le moyen de le modifier.



# Historia de la medicalización<sup>1</sup>

DR. MICHEL FOUCAULT<sup>2</sup>

---

En mi primera conferencia<sup>3</sup> traté de demostrar que el problema fundamental no reside en la antimedicina contra la medicina, sino en el desarrollo del sistema médico y el modelo seguido por el "despegue" médico y sanitario de Occidente a partir del siglo XVIII. Procuré, pues, situar tres puntos a mi juicio importantes:

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

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

Otro caso célebre es el de la tuberculosis. Por cada 700 enfermos que en 1812 morían de tuberculosis solo 350 corrían la misma suerte en 1882, año en que Koch descubrió el bacilo que lleva su nombre; y cuando en 1945 se introdujo la quimioterapia, la cifra quedó reducida a 50. ¿Cómo y por qué razón se produjo esta regresión de la enfermedad? ¿Cuáles son, a nivel de la biohistoria, los mecanismos que intervinieron? No cabe la menor duda de que el cambio de las condiciones socioeconómicas, los fenómenos de adaptación, los de resistencia del organismo, el propio debilitamiento del bacilo y las medidas de higiene y de aislamiento ejercieron una función importante. Los

---

<sup>1</sup>Segunda conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup>Profesor del Colegio de Francia, París.

<sup>3</sup>Véase *Educ méd salud* 10(2), 152-169, 1976.

conocimientos al respecto distan de ser completos, pero sería interesante estudiar la evolución de las relaciones entre la especie humana y su campo bacilar o vírico y las intervenciones de la higiene, de la medicina, de las diferentes modalidades terapéuticas.

En Francia, un grupo de historiadores—como Le Roy Laudurie y Jean-Pierre Petter—han comenzado a analizar esos fenómenos, y a base de estadísticas de reclutamiento militar en el siglo XIX, examinaron ciertas evoluciones somáticas de la especie humana.

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

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

3) *La economía de la salud*, o sea la integración del mejoramiento de la salud, los servicios de salud y el consumo de salud en el desarrollo económico de las sociedades más privilegiadas. Se trata de un problema difícil y complejo cuyos antecedentes no se conocen bien. En Francia hay un grupo que se dedica a este tema, el "Centre d'études et de Recherches du Vienêtre" (CEREBRE), del que forman parte Letourmy, Karsenty, y Charles Dupuy, que estudia principalmente los problemas de consumo de salud en los últimos 30 años.

## HISTORIA DE LA MEDICALIZACION

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

Con frecuencia se observa que ciertos críticos de la medicina actual

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

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

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

A este respecto quisiera hacer referencia al libro de Varn L. Bullough, *The Development of Medicine as a Profession: The Contribution of the Medieval University to Modern Medicine*<sup>4</sup> en el que se muestra claramente el tipo individualista de la medicina medieval y unas dimensiones colectivas de la actividad médica extraordinariamente discretas y limitadas.

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

---

<sup>4</sup>Nueva York, Hafner Publications, 1965.

¿Cómo procedió esta socialización?

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

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

## MEDICINA DEL ESTADO

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

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

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

El Estado, como objeto de conocimiento y como instrumento y lugar de adquisición de conocimientos específicos, se desarrolló con más rapidez e intensidad en Alemania que en Francia e Inglaterra. No es fácil determinar la razón de este fenómeno, y hasta ahora los historiadores no se han ocupado demasiado del asunto o del problema del

nacimiento de una ciencia del Estado o una ciencia estatal en Alemania. A mi juicio ello se debe al hecho de que Alemania no se convierte en Estado unitario hasta el siglo XIX, después de una yuxtaposición de casi-Estados, pseudo-Estados, pequeñas unidades muy poco "estatales". Y precisamente a medida que se forman los Estados, se van desarrollando esos conocimientos estatales y la preocupación por el propio funcionamiento del Estado. Las pequeñas dimensiones de los Estados, las yuxtaposiciones, sus perpetuos conflictos y sus confrontaciones, la balanza de fuerzas siempre desequilibradas y variables, les obligaron a ponderarse y a compararse unos con otros, a imitar sus métodos y a tratar de sustituir la fuerza por otras relaciones.

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

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

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

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

El Estado moderno surgió donde no había poder político ni desarrollo económico y precisamente por esas razones negativas Prusia, el primer Estado moderno, nació en el corazón de Europa, más pobre, con menos desarrollo económico, y más conflictivo políticamente. Mientras Francia e Inglaterra se aferraban a las viejas estructuras, Prusia se convirtió en 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 solo pretenden explicar cómo y por qué la medicina del Estado pudo aparecer primero en Alemania.

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

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

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

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

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

a nivel del propio Estado, de los diferentes fenómenos epidémicos o endémicos observados.

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

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

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

4. La creación de funcionarios médicos nombrados por el gobierno que asumen la responsabilidad de una región, su dominio por el poder que poseen o el ejercicio de autoridad que les confiere su saber. Esto es como un proyecto adoptado por Prusia en los comienzos del siglo XIX. Forma una pirámide de médicos que incluye desde el médico de distrito

encargado de una población de 6,000 a 10,000 habitantes hasta los responsables por una región mucho mayor y una población entre 35,000 a 50,000. Aparece en ese momento el médico como administrador de salud.

La organización de un saber médico estatal, la normalización de la profesión médica, la subordinación de los médicos a una administración general y, por último, la integración de varios médicos en una organización médica estatal, llevan aparejados una serie de fenómenos enteramente nuevos que caracterizan lo que podría denominarse medicina de Estado.

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

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

Esta es la primera serie de fenómenos a la que he querido referirme, lo cual, en general, no ha recibido ninguna atención por parte de los historiadores de la medicina pero que fue analizado muy de cerca por George Rosen en la serie de estudios sobre las relaciones entre el cameralismo, el mercantilismo y el concepto de policía médica. El



propio autor publicó en 1953, en el *Bulletin of History of Medicine*, un artículo sobre el problema, titulado "Cameralism and concept of medical police" y lo estudió posteriormente en su libro *A History of Public Health*.<sup>5</sup>

## MEDICINA URBANA

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

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

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

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

La segunda razón fue política. El desarrollo de las ciudades, la

<sup>5</sup>Nueva York, MD Publications, 1958.

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

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

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

La vida de las grandes ciudades del siglo XVIII, especialmente París, suscitaba una serie de pequeños pánicos. A este respecto puede citarse el ejemplo del Cementerio de los Inocentes en el centro de París, donde eran arrojados, unos sobre otros, los cadáveres de las personas cuyos recursos o categoría social no bastaban para costear o

merecer una sepultura individual. El pánico urbano es característico de la preocupación, de la inquietud político-sanitaria que se va creando a medida que se desarrolla el engranaje urbano. Para dominar esos fenómenos médicos y políticos que causaban una inquietud tan intensa a la población de las ciudades, particularmente a la burguesía, había que tomar medidas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La medicina urbana, con sus métodos de vigilancia, 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 iniciado a fines de la Edad Media, en los siglos XVI y XVII. La higiene pública fue una variación refinada de la cuarentena y de ahí parte la gran medicina urbana que aparece en la segunda mitad del siglo XVIII y que se desarrolla sobre todo en Francia.

Los objetivos de la medicina urbana esencialmente eran los siguientes:

1. Analizar los lugares de acumulación y amontonamiento de todo lo que en el espacio urbano podía provocar enfermedades, lugares que generaban y difundían fenómenos epidémicos o endémicos. Se trataba

fundamentalmente de los cementerios. Fue así como surgieron entre 1740 y 1750 las protestas contra el hacinamiento de los cementerios, y comenzaron las primeras grandes emigraciones de los cementerios hacia la periferia de la ciudad alrededor de 1780. En esta época aparece el cementerio individualizado, es decir, el ataúd individual, la sepultura reservada para las familias, donde se inscribe el nombre de cada uno de sus miembros.

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

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

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

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

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

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

2. La medicina urbana tuvo un nuevo objetivo: el control de la

circulación, no de la circulación de los individuos sino de las cosas o de los elementos, esencialmente el agua y el aire.

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

Pero ¿cómo mantener las cualidades del aire en una ciudad y lograr un aire sano cuando este está bloqueado y no puede circular entre los muros, las casas, los recintos, etc.? Surge entonces la necesidad de abrir grandes avenidas en el espacio urbano para mantener el buen estado de salud de la población. Por consiguiente se solicitó la opinión de comisiones de la Academia de Ciencias, de médicos, químicos, etc., acerca de los mejores métodos de ventilación de las ciudades. Uno de los casos más conocidos fue la destrucción de casas que se encontraban en los puentes de las ciudades. Por causa de la aglomeración y el precio del terreno, durante la Edad Media y también en los siglos XVII y XVIII algunas viviendas se construyeron en los puentes. Se consideró, entonces, que esas casas impedían la circulación del aire por encima de los ríos y que retenían el aire húmedo en sus márgenes, y fueron sistemáticamente demolidas. Se llegó incluso a calcular las muertes que fueron evitadas gracias al derribo de tres casas construidas sobre el Pont Neuf: 400 personas por año, 20,000 en 50 años, etc.

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

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

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

En la segunda mitad del siglo XVIII se consideraba que esa desorga-

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

Sin embargo, hasta fines del siglo XVIII no se tocó el tema del conflicto entre la medicina y los otros tipos de poder: la propiedad privada. La política autoritaria con respecto a la propiedad privada, a la habitación privada, no fue esbozada en el siglo XVIII salvo en uno de sus aspectos: las cuevas. Las cuevas que pertenecen al propietario de la casa quedan sujetas a ciertas regulaciones en cuanto a su uso y a la construcción de galerías.

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

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

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

La intercalación de la práctica médica en un cuerpo de ciencia físico-química se hizo a través de la urbanización. No se pasó a una medicina científica a través de la medicina privada, individualista, ni

a través de una mayor atención del individuo. La introducción de la medicina en el funcionamiento general del discurso y del saber científico se hizo a través de la socialización de la medicina, del establecimiento de una medicina colectiva, social, urbana. A ello se debe la importancia de la medicina urbana.

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

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

3. Con la medicina urbana aparece poco antes de la Revolución Francesa—que habría de tener importancia considerable para la medicina social—la noción de salubridad. Una de las decisiones tomadas por la Asamblea Constituyente en 1790 ó 1791 fue, por ejemplo, la creación de comités de salubridad en los departamentos y ciudades principales.

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

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

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



Esta medicina distaba mucho de la medicina del Estado tal como se definía en Alemania, pues estaba mucho más cerca de las pequeñas comunidades, las ciudades y los barrios, y al mismo tiempo no contaba todavía con 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 bien la "Staatsmedizin" alemana le gana en poder, no cabe duda de que su agudeza de observación y su científicidad son superiores.

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

### MEDICINA DE LA FUERZA LABORAL

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

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

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

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

En la medida en que formaban parte del contexto urbano, como las

cloacas o la canalización, los pobres desempeñaban una función indiscutible y no podían ser considerados como un peligro.

En el nivel en que se situaban eran bastante útiles. Hasta el segundo tercio del siglo XIX no se planteó el problema como un peligro. Las razones son varias:

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

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

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

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

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

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

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

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

En la legislación médica se ve claramente la transposición del gran problema político de la burguesía en esa época: ¿a qué precio? ¿en qué condiciones? ¿cómo garantizar su seguridad política? La legislación médica contenida en la "Ley de los pobres" correspondía a ese proceso. Pero esta ley—y la asistencia-protección y asistencia-control que implica—fue solo el primer elemento de un complejo sistema cuyos otros elementos aparecieron más tarde, alrededor de 1870, con los grandes fundadores de la medicina social inglesa, principalmente John Simon, quienes completaron la legislación médica de un servicio autoritario, no de los cuidados médicos, sino de control médico de la población. Se trata de los sistemas de "health service", de "health offices", que comenzaron en Inglaterra en 1875 y que a fines del siglo XIX se aproximaban a 1,000, con las funciones siguientes:

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

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

Sin embargo, el análisis del funcionamiento del "health service" revela 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 la vacunación, los registros de enfermedades, en realidad tenían por objeto el control de las clases más necesitadas.

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

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

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

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

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

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

Mientras el sistema alemán de la medicina del Estado era oneroso y la medicina urbana francesa era un proyecto general de control sin instrumento preciso de poder, el sistema inglés hizo posible la organización de una medicina con facetas y formas de poder, diferentes según se tratara de la medicina asistencial, administrativa o privada, de sectores bien delimitados que permitieron, durante los últimos años del siglo XIX y primera mitad del XX, la existencia de una indagación médica bastante completa. 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.

## RESUMEN

En esta conferencia, el Profesor Michel Foucault analiza el desarrollo del sistema médico y el modelo seguido en Occidente a partir del siglo XVIII en base a tres aspectos: la biohistoria, la medicalización y la economía de la salud, para luego profundizar el estudio sobre la historia de la medicalización a partir del siglo XIX, tomando como referencia el ejemplo francés.

El autor plantea como hipótesis de trabajo que la medicina moderna es una medicina social y, por lo tanto, una práctica social que se desenvuelve en la sociedad capitalista desde fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, determinando la estructuración de tres formas de medicina: la medicina del Estado; la medicina urbana y la medicina de la fuerza laboral.

En relación con cada una de las formas de medicina analiza históricamente su desarrollo y su ligazón con la estructura social vigente en Alemania, Francia e Inglaterra, definiendo el por qué en Alemania a partir de fines del siglo XVIII y comienzos del XIX se estableció una medicina "burocratizada, colectivizada y estatizada"; en Francia la medicina urbana, con sus métodos de vigilancia; y en Inglaterra la medicina de la fuerza laboral.

#### HISTORY OF MEDICALIZATION (*Summary*)

In this lecture, Professor Michel Foucault discusses the development of the medical system and the model adopted in the West beginning in the XVIII century from three viewpoints: biohistory, medicalization and health economics, and then deals in detail with the history of medicalization from the XIX century onward, using the French example as a frame of reference.

The working hypothesis of the author is that modern medicine is social medicine, and therefore a social practice that has been developing in capitalist society since the end of the XVIII century and the beginning of the XIX century, and this is responsible for three forms of medicine: State medicine, urban medicine and industrial medicine.

He analyzes each of these forms of medicine and its relations to the current social structure in Germany, France and England, and explain why a bureaucratized, collectivized and state-controlled system of medicine developed in Germany from the end of the XVIII century and beginning of the XIX century; urban medicine in France, based on methods of surveillance; and industrial medicine in England.

#### HISTÓRIA DA SOCIALIZAÇÃO DA MEDICINA (*Resumo*)

Em sua conferência, o Prof. Michel Foucault analisa o desenvolvimento do sistema médico e o modelo seguido no Ocidente a partir do século XVIII, com base em três aspectos: a bio-história, a socialização e a economia da saúde. A seguir, aprofunda-se no exame da história da socialização da medicina a partir do século XIX, adotando como referência o exemplo da França.

Sustenta o autor a tese de que a medicina moderna é uma medicina social e, portanto, uma prática social desenvolvida na sociedade capitalista desde fins do século XVIII e princípios do século XIX, o que determina a estruturação de três formas de medicina: a medicina estatal, a medicina urbana e a medicina do trabalhador.

Analisando o desenvolvimento histórico e a vinculação de cada uma dessas formas com a estrutura social vigente na Alemanha, França e Inglaterra, define por que, a partir de fins do século XVIII e princípios do século XIX, foi estabelecida uma medicina "burocratizada, coletivizada e estatizada" na Alemanha; a medicina urbana, com seus métodos de vigilância, na França; e a medicina do trabalhador na Inglaterra.

### HISTOIRE DE LA MEDICALISATION (*Résumé*)

Dans cette conférence, le professeur Michel Foucault analyse l'évolution du système médical et le modèle suivi en Occident à partir du XVIII<sup>e</sup> siècle sur la base de la biohistoire, de la médicalisation et de l'économie de la santé pour ensuite approfondir l'étude de l'histoire même de la médicalisation à partir du XIX<sup>e</sup> siècle en prenant pour référence l'exemple de la France.

L'auteur avance comme hypothèse de travail que la médecine moderne est une médecine sociale et, partant, une pratique sociale qui conçoit la société capitaliste depuis la fin du XVIII<sup>e</sup> et le début du XIX<sup>e</sup> siècles et qui détermine la structuration de trois formes de médecine: la médecine de l'Etat, la médecine urbaine et la médecine de la force de travail.

Pour chacune des formes de médecine, l'auteur analyse leur évolution d'un point de vue historique et leur lien avec la structure sociale en vigueur en Allemagne, en France et en Angleterre, expliquant la raison pour laquelle en Allemagne au début à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle et au début du XIX<sup>e</sup> s'est établie une médecine "bureaucratisée, collectivisée et étatisée"; en France une médecine urbaine avec ses méthodes de surveillance et en Angleterre une médecine de la force de travail.

# Incorporación del hospital en la tecnología moderna<sup>1</sup>

PROF. MICHEL FOUCAULT<sup>2</sup>

---

¿Cuándo empezó a programarse el hospital como un instrumento terapéutico, instrumento de intervención en la enfermedad o el enfermo, instrumento capaz, por sí mismo o por alguno de sus efectos, de curar?

El hospital como instrumento terapéutico es un concepto relativamente moderno que data de fines del siglo XVIII. Alrededor de 1760, se crea una conciencia de que el hospital puede y debe ser un instrumento destinado a curar al enfermo y que se refleja en una nueva práctica: la visita y la observación sistemática y comparada de los hospitales.

En Europa empiezan a realizarse una serie de viajes-encuesta, entre ellos el del inglés Howard, quien recorrió los hospitales, prisiones y lazaretos de ese continente en el período de 1775-1780, y el del francés Tenon, a petición de la Academia de Ciencias, en el momento en que se planteaba el problema de la reconstrucción del "Hôtel Dieu" de París.

Esos viajes-encuesta tenían varias características:

1. Su finalidad consistía en definir, con base en la encuesta, un programa de reforma o de reconstrucción de los hospitales. Cuando en Francia la Academia de Ciencias decidió enviar a Tenon a diversos países de Europa para indagar acerca de la situación de los hospitales, este expresó una importante frase: "Son los propios hospitales existentes los que deben juzgar los méritos o defectos del nuevo hospital".

Se considera que ninguna teoría médica es suficiente, por sí misma,

---

<sup>1</sup>Tercera conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil. Los textos de las dos primeras conferencias aparecieron en *Educ méd salud* 10(2), 152-169, 1976, y 11(1), 3-25, 1977, respectivamente.

<sup>2</sup>Profesor del Colegio de Francia, París.



para definir un programa hospitalario. Además, ningún plano arquitectónico abstracto puede ofrecer una fórmula para un buen hospital. Se trata de una cuestión compleja cuyos efectos y consecuencias no se conocen bien, que actúa sobre las enfermedades y es capaz de agravarlas, multiplicarlas o atenuarlas.

Únicamente una indagación empírica sobre ese nuevo objeto, el hospital, interrogado y aislado de una manera también nueva, será capaz de ofrecer una idea de un nuevo programa de construcción de hospitales. El hospital deja entonces de ser una simple figura arquitectónica y pasa a formar parte de un hecho médico-hospitalario que debe estudiarse de la misma manera en que se estudian los climas, las enfermedades, etc.

2. Estas encuestas proporcionaban pocos detalles sobre el aspecto externo del hospital y la estructura general del edificio. Ya no eran descripciones de monumentos, como las que hacían los clásicos viajeros de los siglos XVII y XVIII, sino descripciones funcionales. Howard y Tenon daban cuenta del número de enfermos por hospital, de la relación entre el número de pacientes, del número de camas, del espacio útil de la institución, de la extensión y altura de las salas, de las unidades cúbicas de aire de que dispone cada enfermo, y de la tasa de mortalidad o de cura.

También incluían una investigación de las relaciones entre fenómenos patológicos y especiales. Por ejemplo, Tenon investigaba en qué condiciones especiales se curaban mejor los casos hospitalizados por heridas y cuáles eran las circunstancias más peligrosas para ellos. Así, establecía una correlación entre la tasa creciente de mortalidad entre los heridos y la proximidad a enfermos de fiebre maligna, como se le llamaba en aquella época, correlación que era nociva para los primeros. Explicaba también que la tasa de mortalidad de las parturientas aumentaba si estas se encontraban alojadas en una sala situada encima de la de los heridos; por consiguiente, no debía situarse a los heridos debajo de las salas donde estaban las gestantes.

Tenon estudiaba asimismo los recorridos, desplazamientos y movimientos en el seno del hospital, particularmente el trayecto que seguía la ropa blanca, sábanas, ropa vieja, trapos utilizados para curar a los heridos, etc. Investigaba quién transportaba este material y a dónde se llevaba, se lavaba y se distribuía. Según él, ese trayecto explicaría varios hechos patológicos propios de los hospitales.

Analizaba también por qué la trepanación, una de las operaciones practicadas con más frecuencia en aquella época, solía resultar más satisfactoria en el hospital inglés de Rethleem que en el Hôtel-Dieu de

París. ¿Habría factores internos de la estructura hospitalaria y la distribución de los enfermos que explicaran esa circunstancia? La cuestión se plantea en función de la situación recíproca de las salas, su ventilación y la transferencia de la ropa blanca.

3. Los autores de esas descripciones funcionales de la organización médico-espacial del hospital ya no eran arquitectos. Tenon era médico y, como tal, la Academia de Ciencias le designó para que visitara hospitales; Howard no lo era, pero fue precursor de los filántropos y poseía una competencia casi sociomédica.

Surge, pues, un nuevo modo de ver al hospital, al que se considera como mecanismo para curar, y que si ejerce efectos patológicos debe corregirse.

Se podría alegar que eso no es ninguna novedad, pues desde hace milenios existen hospitales dedicados a curar a los enfermos; lo único que tal vez se puede afirmar es que en el siglo XVIII se descubrió que los hospitales no curaban tanto como debían. No se trata más que de un refinamiento de las exigencias formuladas sobre el instrumento hospitalario.

Quisiera expresar varias objeciones a esa hipótesis. El hospital que funcionaba en Europa desde la Edad Media no era, por ningún concepto, un medio de cura, ni había sido concebido para curar.

En la historia del cuidado del enfermo en Occidente hubo en realidad dos clases distintas que no se superponían, que a veces se encontraban, pero que diferían fundamentalmente, a saber: la médica y la hospitalaria.

El hospital, como institución importante e incluso esencial para la vida urbana de Occidente desde la Edad Media, no constituye una institución médica y, en esa época, la medicina es una profesión no hospitalaria. Conviene recordar esa situación para comprender la innovación que en el siglo XVIII representó la introducción de una medicina hospitalaria o un hospital médico-terapéutico.

Trataré de mostrar las divergencias de esas dos categorías a fin de situar dicha innovación.

Con anterioridad al siglo XVIII el hospital era esencialmente una institución de asistencia a los pobres, pero al mismo tiempo era una institución de separación y exclusión. El pobre, como tal, necesitaba asistencia y como enfermo, era portador de enfermedades y posible propagador de estas. En resumen, era peligroso. De ahí la necesidad de la existencia del hospital, tanto para recogerlo como para proteger a los demás contra el peligro que él entrañaba. Hasta el siglo XVIII el personaje ideal del hospital no era el enfermo al que había que curar

sino el pobre que estaba ya moribundo. Se trata de una persona que necesita asistencia material y espiritual, que ha de recibir los últimos auxilios y los últimos sacramentos. Esta era la función esencial del hospital.

Decíase en aquellos tiempos—y con razón—que el hospital era un lugar para ir a morir. El personal hospitalario no estaba destinado a curar al enfermo sino a conseguir su propia salvación. Era un personal caritativo (religioso o laico) que estaba en el hospital para hacer obras de misericordia que le garantizaran la salvación eterna. Por consiguiente, la institución servía para salvar el alma del pobre en el momento de la muerte y también la del personal que lo cuidaba. Ejercía una función en la transición de la vida a la muerte, en la salvación espiritual más que en la material, unida a la función de separar los individuos peligrosos para la salud general de la población.

Para el estudio del significado general del hospital en la Edad Media y el Renacimiento debe considerarse el texto titulado *Le livre de la vie active de l'Hôtel-Dieu*, escrito por un parlamentario que fue administrador del Hôtel-Dieu, en un lenguaje lleno de metáforas—una especie de “Roman de la Rose” de la hospitalización—pero que refleja claramente la mezcla de funciones de asistencia y de transformación espiritual que incumbían al hospital.

Estas eran las características del hospital hasta principios del siglo XVIII. El “hospital general”, lugar de internamiento, donde se yuxtaponen y mezclan enfermos, locos, prostitutas, etc., es todavía a mediados del siglo XVII una especie de instrumento mixto de exclusión, asistencia y transformación espiritual del que está ausente la función médica.

En cuanto a la práctica médica, ninguno de los elementos que la integraban y le servían de justificación científica la predestinaban a ser una medicina hospitalaria. La medicina medieval y de los siglos XVII y XVIII era profundamente individualista. Individualista por parte del médico al que se le reconocía esta condición después de una iniciación garantizada por la propia corporación médica y que comprendía un conocimiento de los textos y la transmisión de recetas más o menos secretas o públicas. La experiencia hospitalaria no se incluía en la formación ritual del médico. Lo que le autorizaba era la transmisión de recetas, no las experiencias que hubiera adquirido, asimilado e integrado.

La intervención del médico en la enfermedad giraba en torno al concepto de crisis. El médico debía observar al enfermo y a la enfermedad desde la aparición de los primeros signos para descubrir el

momento en que se produciría la crisis. La crisis era el momento en que en el enfermo se enfrentaban su naturaleza sana y el mal que lo aquejaba. En esta lucha entre la naturaleza y la enfermedad, el médico debía observar los signos, pronosticar la evolución, y favorecer en la medida de lo posible el triunfo de la salud y la naturaleza sobre la enfermedad. En la cura entraban en juego la naturaleza, la enfermedad y el médico. En esta lucha el médico desempeñaba una función de pronosticador, árbitro y aliado de la naturaleza contra la enfermedad. Esta especie de batalla en que consistía la cura solo podía desenvolverse en forma de relación individual entre el médico y el enfermo. La idea de una larga serie de observaciones en el seno del hospital, que permitieran registrar las generalidades, los elementos particulares, etc., no figuraba en la práctica médica.

Así, no había nada en la práctica médica de esta época que permitiera la organización de los conocimientos hospitalarios, ni tampoco la organización del hospital permitía la intervención de la medicina. En consecuencia, hasta mediados del siglo XVIII el hospital y la medicina siguieron siendo campos independientes.

¿Cómo ocurrió la transformación, es decir, cómo se "medicalizó" el hospital y cómo se llegó a la medicina hospitalaria?

El factor principal de la transformación no fue la búsqueda de una acción positiva del hospital sobre el enfermo o la enfermedad sino simplemente la anulación de los efectos negativos del hospital. No se trató primero de medicalizar al hospital sino de purificarlo de los efectos nocivos, del desorden que ocasionaba. Y en este caso se entiende por desorden las enfermedades que esa institución podía suscitar en las personas internadas y propagar en la ciudad en que estaba situado, así como el desorden económico y social del que era un foco perpetuo.

Esta hipótesis de que la "medicalización" del hospital se produjo gracias a la eliminación del desorden que causaba puede confirmarse por el hecho de que la primera gran organización hospitalaria de Europa se encuentra en el siglo XVII, esencialmente en los hospitales marítimos y militares. El punto de partida de la reforma hospitalaria no fue el hospital civil sino el marítimo, lo que se debió a que este último era un lugar de desorden económico. A través de él se traficaban mercancías, objetos preciosos, materias raras, especies, etc., procedentes de las colonias. El traficante fingía estar enfermo y al desembarcar lo llevaban al hospital, donde escondía los objetos y eludía así el control económico de la aduana. Los grandes hospitales marítimos de Londres, Marsella o La Rochelle eran lugares de un enorme tráfico contra el que protestaban las autoridades fiscales.

Así pues, el primer reglamento de hospital, que aparece en el siglo XVII, se refiere a la inspección de los cofres que los marineros, médicos y boticarios retenían en los hospitales. A partir de ese momento se podían inspeccionar los cofres y registrar su contenido; si se encontraban mercancías destinadas al contrabando, sus dueños serían castigados. Así surge en este reglamento una primera indagación económica.

Aparece también en esos hospitales marítimos y militares el problema de la cuarentena, es decir, de las enfermedades epidémicas que pueden traer las personas que desembarcan. Los lazaretos establecidos, por ejemplo, en Marsella y La Rochelle, constituyen la programación de una especie de hospital perfecto. Pero se trata esencialmente de un tipo de hospitalización que no pretende que el hospital sea un instrumento de cura sino de impedir que constituya un foco de desorden económico o médico.

Si los hospitales militares y marítimos se convirtieron en modelo, en punto de partida de la reorganización hospitalaria, es porque con el mercantilismo las reglamentaciones económicas se hicieron más estrictas y también porque el precio del hombre aumentaba cada vez más. Y precisamente en esa época la formación del individuo, su capacidad, sus aptitudes, empiezan a tener un precio para la sociedad.

Examinemos el ejemplo del ejército. Hasta la segunda mitad del siglo XVII no había dificultad alguna para reclutar soldados, bastaba con tener recursos monetarios. Había por toda Europa desempleados, vagabundos, miserables, dispuestos a ingresar en el ejército de cualquier nacionalidad o religión.

A fines del siglo XVII, con la introducción del fusil, el ejército se vuelve mucho más técnico, sutil y costoso. Para aprender a manejar un fusil se requerían ejercicios, maniobras, adiestramiento. Así es como el precio de un soldado excede del de un simple trabajador y el costo del ejército se convierte en un importante capítulo presupuestario de todos los países. Una vez formado un soldado no se le puede dejar morir. Si muere ha de ser en debida forma, como soldado, en una batalla, no por causa de una enfermedad. No hay que olvidar que en el siglo XVII el índice de mortalidad de los soldados era muy elevado. Por ejemplo, un ejército austríaco que salió de Viena hacia Italia perdió 5/6 de sus hombres antes de llegar al lugar de combate. Estas pérdidas por causa de enfermedades, epidemias o desertión constituían un fenómeno relativamente común.

A partir de esta transformación técnica del ejército, el hospital militar se convierte en una cuestión técnica y militar importante: 1)

era preciso vigilar a los hombres en el hospital militar para que no desertaran, ya que habían sido adiestrados a un costo considerable; 2) había que curarlos para que no fallecieran de la enfermedad; 3) había que evitar que, una vez restablecidos, fingieran estar todavía enfermos y permaneciesen en cama, etc.

En consecuencia, surge una reorganización administrativa y política, una nueva fiscalización por parte de la autoridad en el recinto del hospital militar. Y lo mismo ocurre con el hospital marítimo a partir del momento en que la técnica marina se complica mucho más y tampoco se puede perder la persona formada a un considerable costo.

¿Cómo se llevó a cabo esta reorganización del hospital? La reordenación de los hospitales marítimos y militares no partió de una técnica médica sino, esencialmente, de una tecnología que podría denominarse política: la disciplina.

La disciplina es una técnica de ejercicio de poder que no fue totalmente inventada sino elaborada en sus principios fundamentales durante el siglo XVIII. En el curso de la historia había existido en la Edad Media e incluso en la antigüedad. Los monasterios constituyen un ejemplo de región de dominio, en el seno de los cuales reinaba un sistema disciplinario. La esclavitud y las grandes compañías esclavistas existentes en las colonias españolas, inglesas, francesas, holandesas, etc., eran también modelos de mecanismos de disciplina. Podríamos remontarnos a la legión romana y en ella también encontraríamos un ejemplo de disciplina.

Por consiguiente los mecanismos disciplinarios datan de tiempos antiguos, pero de una manera aislada, fragmentada, hasta llegar a los siglos XVII y XVIII, cuando el poder disciplinario se perfecciona en una nueva técnica de gestión del hombre. Con frecuencia se habla de las invenciones técnicas del XVII—la tecnología química, metalúrgica, etc.—y sin embargo no se menciona la invención técnica de esa nueva forma de gobernar al hombre, controlar sus multiplicidades, utilizarlas al máximo y mejorar el efecto útil de su trabajo y sus actividades, gracias a un sistema de poder que permite controlarlo.

En los grandes talleres que empiezan a crearse, en el ejército, en las escuelas, cuando se observa en Europa un gran progreso de la alfabetización, aparecen esas nuevas técnicas de poder que constituyen los grandes inventos del siglo XVIII.

A base de los ejemplos del ejército y la escuela, ¿qué es lo que surge en esa época?

1. Un arte de distribución espacial de los individuos. En el ejército del siglo XVII los individuos estaban amontonados, formando un conglomerado, con los más fuertes y más capaces al frente y los que no sabían luchar, los que eran cobardes y deseaban huir en los flancos y en el medio. La fuerza de un cuerpo militar radicaba en el efecto de la densidad de esta masa de hombres.

En el siglo XVIII, por el contrario, a partir del momento en que el soldado recibe un fusil, es preciso estudiar la distribución de los individuos y colocarlos debidamente en el lugar en que su eficacia pueda llegar al máximo. La disciplina del ejército empieza en el momento en que se enseña al soldado a colocarse, desplazarse y estar en el lugar que se requiera.

También en las escuelas del siglo XVII los alumnos estaban aglomerados. El maestro llamaba a uno de ellos y durante unos minutos le proporcionaba alguna enseñanza y luego lo mandaba de nuevo a su lugar, continuando la misma operación con otro y así sucesivamente. La enseñanza colectiva ofrecida simultáneamente a todos los alumnos supone una distribución espacial de la clase.

La disciplina es ante todo un análisis del espacio; es la individualización por el espacio, la colocación de los cuerpos en un espacio individualizado que permita la clasificación y las combinaciones.

2. La disciplina no ejerce su control sobre el resultado de una acción sino sobre su desenvolvimiento. En los talleres de tipo corporativo del siglo XVII lo que se exigía al obrero o al maestro era la fabricación de un producto con determinadas cualidades. La manera de fabricarlo dependía de lo que se transmitía de una generación a otra. El control no afectaba al modo de acción. De la misma manera se enseñaba al soldado a combatir, a ser más fuerte que el adversario en la lucha individual en el campo de batalla.

A partir del siglo XVIII se desarrolla un arte del cuerpo humano. Empiezan a observarse los movimientos que se hacen, cuáles son los más eficaces, rápidos y mejor ajustados. Así es como aparece en los talleres el famoso y siniestro personaje del contramaestre, encargado no de observar si se hacía el trabajo, sino de qué manera podía hacerse con más rapidez y con movimientos mejor adaptados. En el ejército aparece el suboficial y con él los ejercicios, las maniobras y la descomposición de los movimientos en el tiempo. El famoso reglamento de infantería que aseguró las victorias de Federico de Prusia, comprende una serie de mecanismos de dirección de los movimientos del cuerpo.

3. La disciplina es una técnica de poder que encierra una vigilancia perpetua y constante de los individuos. No basta con observarlos de

vez en cuando o de ver si lo que hicieron se ajusta a las reglas. Es preciso vigilarlos durante todo el tiempo que se realice la actividad y someterlos a una pirámide perpetua de vigilantes. Así aparecen en el ejército una serie de grados que van, sin interrupción, desde el de general en jefe hasta el de soldado raso, así como sistemas de inspección, revistas, paradas, desfiles, etc., que permiten observar de manera permanente a cada individuo.

4. La disciplina supone un registro continuo: anotaciones sobre el individuo y transferencia de la información en escala ascendente, de suerte que a la cúspide de la pirámide no se le escape ningún detalle, acontecimiento o elemento disciplinario.

En el sistema clásico el ejercicio del poder era confuso, global y discontinuo. Se trataba del poder del soberano sobre grupos integrados por familias, ciudades, parroquias, es decir, por unidades globales, no de un poder que actuaba continuamente sobre el individuo.

La disciplina es el conjunto de técnicas en virtud de las cuales los sistemas de poder tienen por objetivo y resultado los individuos singularizados. Es el poder de la individualización cuyo instrumento fundamental estriba en el examen. El examen es la vigilancia permanente, clasificadora, que permite distribuir a los individuos, juzgarlos, medirlos, localizarlos y, por lo tanto, utilizarlos al máximo. A través del examen, la individualidad se convierte en un elemento para el ejercicio del poder.

La introducción de los mecanismos disciplinarios en el espacio confuso del hospital iba a permitir su medicalización. Todo lo que se acaba de exponer explicará por qué se disciplina el hospital. Las razones económicas, el precio atribuido al individuo, el deseo de evitar la propagación de las epidemias explican la fiscalización disciplinaria a que están sometidos los hospitales. Pero si esta disciplina adquiere carácter médico, si este poder disciplinario se confía al médico, se debe a una transformación del saber médico. La formación de una medicina hospitalaria hay que atribuirla, por un lado, a la introducción de la disciplina en el espacio hospitalario y, por el otro, a la transformación que en esa época experimenta la práctica de la medicina.

En el sistema epistémico o epistemológico del siglo XVIII, el gran modelo de la inteligibilidad de las enfermedades es la botánica, la clasificación de Linneo. Ello significa la necesidad de entender las enfermedades como un fenómeno natural. Como en las plantas, en las enfermedades habrá especies, características observables, cursos de



evolución. La enfermedad es la naturaleza, pero una naturaleza debida a una acción particular del medio sobre el individuo. La persona sana, cuando se somete a ciertas acciones del medio, sirve de apoyo a la enfermedad, fenómeno límite de la naturaleza. El agua, el aire, la alimentación, el régimen general constituyen las bases sobre las cuales se desarrollan en un individuo las diferentes especies de enfermedades.

En esa perspectiva la cura está dirigida por una intervención médica que ya no se encamina hacia la enfermedad propiamente dicha, como en la medicina de la crisis, sino que, un poco al margen de la enfermedad y del organismo, se orienta hacia el medio que la rodea: el aire, el agua, la temperatura ambiente, el régimen, la alimentación, etc. Es una medicina del medio que se está constituyendo, en la medida en que la enfermedad se concibe como un fenómeno natural que obedece a las leyes naturales.

Por consiguiente, es en el ajuste de esos dos procesos, el desplazamiento de la intervención médica y la aplicación de la disciplina en el espacio hospitalario, donde se encuentra el origen del hospital médico. Esos dos fenómenos, de distinto origen, iban a poder ajustarse con la introducción de una disciplina hospitalaria cuya función consistiría en garantizar las averiguaciones, la vigilancia, la aplicación de la disciplina en el mundo confuso de los enfermos y de la enfermedad, y en transformar las condiciones del medio que rodeaba a los enfermos. Asimismo se individualizarían y distribuirían los enfermos en un espacio donde se pudiera vigilarlos y registrar lo que ocurriera; también se modificaría el aire que respiraban, la temperatura del medio, el agua para beber, el régimen, de manera que el panorama hospitalario que imponía la disciplina fuera un instrumento de modificaciones con función terapéutica.

Si se admite la hipótesis de que el hospital nace de las técnicas de poder disciplinario y de la medicina de intervención sobre el medio, se comprenderán varias características que poseyó esa institución:

1. La localización del hospital y la distribución interna del espacio. La cuestión del hospital a fines del siglo XVIII es fundamentalmente la cuestión del espacio o espacios diferentes a los que este se encuentra vinculado. En primer lugar, ¿dónde se situará el hospital para que no siga siendo un lugar sombrío, oscuro, confuso, en pleno corazón de la ciudad, en el que iban a parar las personas a la hora de la muerte y desde donde se difundían peligrosamente miasmas, aire contaminado, agua sucia, etc.? Era preciso que el lugar en que estuviera situado el

hospital se ajustara al control sanitario de la ciudad. La localización del hospital debía calcularse en el seno de la medicina del espacio urbano.

En segundo lugar había que calcular también la distribución interna del espacio del hospital y esto había que hacerlo en función de algunos criterios: si era cierto que una acción ejercida sobre el medio curaba las enfermedades, habría que crear en torno de cada enfermo un pequeño medio espacial individualizado, específico, modificable según el paciente, la enfermedad y su evolución. Se necesitaría obtener una autonomía funcional, médica, del espacio de supervivencia del enfermo. De esta manera se establece el principio de que las camas no deben estar ocupadas por más de un paciente, y por lo tanto se suprimirá el lecho-dormitorio en el que a veces se amontonaban hasta seis personas.

También habrá que crear alrededor del enfermo un medio manejable que permita aumentar la temperatura ambiente, refrescar el aire y orientarlo hacia un solo enfermo, etc. De ahí que se realizaran investigaciones para individualizar el espacio de existencia, de respiración de los enfermos, incluso en las salas colectivas. Así por ejemplo, hubo el proyecto de encapsular la cama de cada enfermo empleando una tela que permitiese la circulación del aire pero que bloqueara las miasmas.

Todo ello muestra cómo, en una estructura especial, el hospital constituye un medio de intervención sobre el enfermo. La arquitectura hospitalaria debe ser factor e instrumento de cura y el hospital, a donde iban a parar los enfermos para morir, debía dejar de existir. La arquitectura hospitalaria es un instrumento de cura de la misma categoría que un régimen de alimentación, una sangría o una acción médica. El espacio hospitalario se medicaliza en su función y efectos. Esta es la primera característica de la transformación del hospital a fines del siglo XVIII.

2. Transformación del sistema de poder en el seno del hospital. Hasta mediados del siglo XVIII quien ejercía el poder era el personal religioso, raramente laico, encargado de la vida cotidiana del hospital, la salvación y la asistencia alimentaria de las personas internadas. Se llamaba al médico para atender a los enfermos más graves, y más que una acción real, se trataba de una garantía, una justificación. La visita médica era un ritual muy irregular, en principio se hacía una vez al día y para centenares de enfermos. Por añadidura el médico dependía administrativamente del personal religioso, el cual podía incluso despedirlo.

Desde el momento en que el hospital se concibe como un instrumento de cura y la distribución del espacio se convierte en instrumento terapéutico, el médico asume la responsabilidad principal de la organización hospitalaria. A él se le consulta cómo se debe construir y organizar el hospital; por este motivo Tenon realizó la mencionada encuesta. A partir de entonces queda prohibida la forma de claustro, de comunidad religiosa, que se había empleado para organizar el hospital, en beneficio de un espacio que será objeto de una organización médica. Además, si el régimen alimentario, la ventilación, el ritmo de las bebidas, etc., habían de ser factores de cura, el médico, al controlar el régimen del enfermo, se hace cargo, hasta cierto punto, del funcionamiento económico del hospital, que hasta entonces era un privilegio de las órdenes religiosas.

Al mismo tiempo, la presencia del médico en el hospital se reafirma y se multiplica. Las visitas aumentan a un ritmo cada vez más acelerado durante el siglo XVIII. En 1680 en el Hôtel-Dieu de París el médico pasaba visita una vez al día; en cambio en el siglo XVIII se establecen varios reglamentos que especifican, sucesivamente, que debe efectuarse otra visita por la noche para los enfermos más graves, que cada visita debe durar dos horas y, por último, alrededor de 1770, que en el hospital debe residir un médico al que se pueda acudir a cualquier hora del día o de la noche en caso necesario.

Así se crea el personaje del médico de hospital que antes no existía. Hasta el siglo XVIII los grandes médicos no aparecían por el hospital, eran médicos de consulta particular que habían adquirido prestigio gracias a un cierto número de curas espectaculares. El médico al que recurrían las comunidades religiosas para las visitas a los hospitales era generalmente el peor de la profesión. El gran médico de hospital, el más preparado cuanto mayor sea su experiencia en esas instituciones, es un invento de fines del siglo XVIII. Por ejemplo, Tenon fue médico de hospital, y la labor que realizó Pinel en Bièvre fue posible gracias a que ejercía en el hospital.

Esta inversión del orden jerárquico en el hospital con la ocupación del poder por el médico se refleja en el ritual de la visita: el desfile casi religioso, encabezado por el médico, de toda la jerarquía del hospital: ayudantes, alumnos, enfermeras, etc., ante la cama de cada enfermo. Este ritual codificado de la visita, que señala la implantación del poder médico, se encuentra en los reglamentos de hospitales del siglo XVIII, en los que se indica dónde debe colocarse cada persona, que la presencia del médico debe ser anunciada por una campanilla, que la

enfermera debe estar en la puerta con un cuaderno en la mano y acompañar al médico cuando entre, etc.

3. Organización de un sistema de registro permanente y, en la medida de lo posible, completo de todo lo que ocurre. En primer lugar debemos referirnos a los métodos de identificación del enfermo. En la muñeca del enfermo se atará una pequeña etiqueta que permitirá distinguirlo tanto si sobrevive como si muere. En la parte superior de la cama se colocará una ficha con el nombre del enfermo y la afección que sufre. Asimismo empiezan a utilizarse una serie de registros que reúnen y transmiten información: el registro general de ingresos y altas, en el que se inscribe el nombre del enfermo, el diagnóstico del médico que lo recibió, la sala en que se encuentra y, por último, si falleció o fue dado de alta; el registro de cada sala, preparado por la enfermera jefe; el registro de la farmacia, en el que constan las recetas y para qué enfermos se despacharon; el registro de lo que el médico ordena durante la visita, las recetas y el tratamiento prescrito, el diagnóstico, etc.

Finalmente se implanta la obligación de los médicos de confrontar sus experiencias y sus registros—por lo menos una vez al mes, de acuerdo con el reglamento del Hôtel-Dieu en 1785—para averiguar los distintos tratamientos administrados, los que han resultado más satisfactorios, los médicos que tienen más éxito, si las enfermedades epidémicas han de pasar de una sala a otra, etc.

De esta manera se forma una colección de documentos en el seno del hospital, y este se constituye no solo en un lugar de cura sino también de registros y de adquisición de conocimientos. Por tanto, el saber médico, que hasta el siglo XVIII estaba localizado en los libros, en una especie de jurisprudencia médica concentrada en los grandes tratados clásicos de medicina, empieza a ocupar un lugar, no en los textos, sino en el hospital; ya no se trata de lo que fue escrito e impreso sino de lo que todos los días se registra en la tradición viva, activa y actual que representa el hospital.

Es así como llega a afirmarse, en el período de 1780-1790, la formación normativa del médico en el hospital. Esta institución, además de ser un lugar de cura, es también un lugar de formación médica. La clínica aparece como dimensión esencial del hospital, entendiéndose por clínica a este respecto la organización del hospital como lugar de capacitación y transmisión del saber. Pero sucede también que, con la introducción de la disciplina del espacio hospitalario, que permite curar así como registrar, capacitar y acumular conocimientos, la me-

dicina ofrece como objeto de observación un inmenso campo, limitado por un lado por el individuo y por el otro por la población.

Con la aplicación de la disciplina del espacio médico y por el hecho de que se puede aislar a cada individuo, instalarlo en una cama, prescribirle un régimen, etc., se pretende llegar a una medicina individualizante. En efecto, es el individuo el que será observado, vigilado, conocido y curado. El individuo surge como objeto del saber y de la práctica médica.

Pero también por el mismo sistema del espacio hospitalario disciplinado se puede observar a un gran número de individuos. Los registros obtenidos diariamente, cuando se confrontan entre hospitales y en las diversas regiones, permiten comprobar los fenómenos patológicos comunes a toda la población.

Gracias a la tecnología hospitalaria, el individuo y la población se presentan simultáneamente como objetos del saber y de la intervención de la medicina. La redistribución de esas dos medicinas será un fenómeno propio del siglo XIX. La medicina que se forma en el siglo XVIII es una medicina tanto del individuo como de la población.

## RESUMEN

En esta conferencia, el Profesor Foucault hace un recuento de la aparición del hospital como instrumento de intervención en la enfermedad y en el enfermo a partir del siglo XVIII.

Se refiere a los informes de Tenon y Howard en relación con la situación de los hospitales en diversos países de Europa, los cuales se apartan del análisis del hospital como "una simple figura arquitectónica" para formular recomendaciones en base al número de camas, el espacio útil de la institución, las dimensiones de las salas, las tasas de mortalidad, etc., estableciendo un nuevo concepto funcional de la organización "médico-espacial del hospital".

El autor profundiza en el estudio de las características del hospital y de la práctica médica del medioevo y de los siglos XVII y XVIII y de la vigente a partir de la segunda mitad del siglo XVIII. Destaca la relación directa de la organización hospitalaria con la reglamentación económica que emerge en el mercantilismo y la significación del hombre para el desarrollo social y militar, por una parte, y por la otra, con la aplicación de una tecnología que podría calificarse política: la disciplina. Considera que la introducción de los meca-

nismos disciplinares en el espacio confuso del hospital permitió su "medicalización" y el desarrollo del hospital médico-terapéutico.

---

### THE HOSPITAL AND MODERN TECHNOLOGY (*Summary*)

This address traces the emergence of the hospital in the 18th century as a facility for combating disease and tending to the sick.

Reference is made to the reports of Tenon and Howard on hospitals in several European countries, which instead of considering the hospital as a mere architectural object make recommendations based on the numbers of beds of an institution, its usable space, the dimensions of wards, mortality rates, etc.; the result is a new functional concept of the medical and physical organization of the hospital.

The author delves into the characteristics of the hospital and medical practice in the Middle Ages, the 17th and 18th centuries, and since the middle of the 18th. He brings out the direct relationship of hospital organization to the economic regulations that emerged with mercantilism. He stresses the importance of man for social and military development on the one hand, and, on the other hand, to the application of a technology that could be described as political: the discipline. He is of the view that the introduction of disciplinary mechanisms in the confused environment of the hospital permitted its "medicalization" and the development of the medical-therapeutic hospital.

### INCORPORAÇÃO DO HOSPITAL À TECNOLOGIA MODERNA (*Resumo*)

Mesta conferência, o Prof. Foucault passa em revista o aparecimento do hospital como instrumento de intervenção na doença e no doente, a partir do século XVIII.

Refere-se aos relatórios de Tenon e Howard sobre a situação dos hospitais em diversos países da Europa, trabalhos que se afastam da análise do hospital como "simples figura arquitetônica" para formular recomendações com base no número de leitos, no espaço útil da instituição, nas dimensões das salas, nas taxas de mortalidade, etc., estabelecendo um novo conceito funcional da organização "médico-espacial do hospital".

O autor penetra no estudo das características hospitalares e da prática médica da Idade Média e dos séculos XVII e XVIII, e da característica

vigente a partir da segunda metade do século XVIII. Destaca a relação direta da organização hospitalar, de um lado, com o ordenamento econômico que evolue no mercantilismo e na significação do homem para o desenvolvimento social e militar, e de outro, com a aplicação de uma tecnologia que se poderia classificar de política: a disciplina. Considera que a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital permitiu sua "medicalização" e o desenvolvimento do hospital médico-terapêutico.

### L'INTÉGRATION DE L'HÔPITAL À LA TECHNOLOGIE MODERNE (Résumé)

Le Professeur Foucault narre ici l'histoire de l'hôpital, établissement devenu à partir du XVIIIème siècle un instrument d'intervention pour la maladie et le malade.

Il se réfère aux rapports de Tenon et Howard sur la situation des hôpitaux dans divers pays d'Europe, lesquels s'écartent de l'analyse de l'hôpital considéré comme "une simple figure architectonique" pour formuler des recommandations sur la base du nombre de chambres, de l'espace utile de l'établissement, des dimensions des salles, des taux de mortalité, etc., créant ainsi un nouveau concept fonctionnel de l'organisation "médico-spatiale de l'hôpital".

L'auteur se penche dans son étude sur les caractéristiques de l'hôpital et de la pratique médicale du Moyen-Age et des XVIIème et XVIIIème siècles ainsi que de la pratique médicale à partir du milieu du XVIIIème siècle. Il souligne le rapport direct de l'organisation hospitalière d'une part avec la réglementation économique qui conduit au mercantilisme et à l'importance de l'homme pour le développement social et militaire, et d'autre part avec l'application d'une technologie que l'on pourrait qualifier de politique: la discipline. L'auteur estime enfin que l'introduction des mécanismes disciplinares dans l'espace confus de l'hôpital a permis la "medicalisation" de celui-ci et le développement de l'hôpital médico-thérapeutique.