

LA CIUDAD MEDICALIZADA. MICHEL FOUCAULT Y LA ADMINISTRACIÓN DE LA POBLACIÓN EN EUROPA DURANTE LOS SIGLOS XVIII Y XIX*

Nicolás Fuster Sánchez**

Resumen

El presente texto explora, principalmente desde los trabajos genealógicos de Michel Foucault, las diversas formas políticas, económicas y sociales que surgieron de la relación entre ciudad y medicina a la luz de la instalación del concepto de "población" como problema moderno. Centrando el análisis en el desarrollo de las estrategias de administración de la población, se busca explicar cómo en Europa durante los siglos XVIII y XIX, la medicina ejerció una acción que operó más allá de los límites clásicos definidos por la enfermedad y la asistencia, logrando instalarse progresivamente en diversos campos de la existencia individual y colectiva. Esto significó que el proceso de socialización de la medicina trajera consigo su estatización, la "medicalización" de la ciudad y de quienes la habitaban.

Palabras clave: ciudad, población, medicina, policía, Foucault.

THE MEDICALIZED CITY. MICHEL FOUCAULT AND THE ADMINISTRATION OF POPULATION IN EUROPE DURING THE XVIIITH AND XIXTH CENTURIES

Abstract

This paper explores, mainly from the genealogical work of Michel Foucault, the different ways of political, economic and social relationships that rose between city and medicine from the emergence of the concept of "population" as a modern problem. Focusing the analysis on the development of management strategies of population, this paper seeks to explain how medicine in Europe, during the eighteenth and nineteenth centuries, brought a social dynamics that was fulfilled beyond the classical limits defined by the concepts of disease and assistance, setting it up progressively in various fields of the individual and collective existence. Thus, the process of socialization of medicine caused its nationalization and the "medicalization" of the city and those who inhabited it.

Keywords: City, population, medicine, police, Foucault.

Recibido: 10 de septiembre de 2012

Aceptado: 19 de octubre de 2012

* El presente artículo es parte de la investigación doctoral realizada en la Universidad de Deusto, España, titulada La "Socialización de la Medicina en Chile. Hacia una Historia de la Medicalización de la Fuerza de trabajo. 1842-1925". Esta investigación se realizó bajo la dirección del Dr. Patxi Lanceros Méndez.

** Nicolás Fuster Sánchez, Doctor en Ciencias Sociales y Comunicación (U. de Deusto), Magíster en Comunicación Política (U. de Chile), Profesor de Castellano (UMCE). Departamento de Derecho, Universidad de Viña del Mar, nfusters@gmail.com.

1. INTRODUCCIÓN

Entre los siglos XVIII y XIX, la salud de los individuos se transformó en uno de los objetivos esenciales de las administraciones públicas de países como Francia, Alemania e Inglaterra. Las nuevas dinámicas demográficas que tendieron a disolver los límites de la antigua ciudad medieval y el avance ineluctable de un sistema de producción capitalista obligaron al diseño de dispositivos de regulación y social más extensivos y eficaces. Junto a la emergencia de la “población” como problema político-económico, comienza a desarrollarse toda una gama de instrumentos y técnicas (tasas de natalidad, morbilidad y mortalidad, campañas de vacunación e inoculación, estimaciones demográficas, estudios sobre la relación entre el aumento de la riqueza y el incremento poblacional, entre otros) que permitieron la formación de una tecnología de la población en la que el cuerpo del trabajador dejó en evidencia su utilidad, rentabilidad y maleabilidad. En esta dirección, el presente trabajo busca describir y explicar, desde la óptica del filósofo francés Michel Foucault, el rol protagónico que tuvo la ciencia médica, a través de la *medicalización* -es decir, por medio de un proceso que aseguró la absorción de la esfera de lo social dentro de la jurisdicción del tratamiento médico, favoreciendo el gobierno de las conductas individuales y grupales-, en la normalización y administración de los flujos poblacionales que comenzaban a habitar las nuevas ciudades industriales europeas.

2. LA ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD EN LA CIUDAD EUROPEA DEL SIGLO XVIII: DEL MODELO ASISTENCIALISTA AL DE POLICÍA MÉDICA

Hacia fines del siglo XVII y durante todo el siglo XVIII, se vivió un profundo interés por los procesos inherentes al crecimiento de la población, así como también un fuerte deseo de aumentar la cantidad de individuos que habitaban un territorio determinado, lo que marcó las estrategias políticas y económicas de la época (Rosen, 1985: 138). Posteriormente, con el crecimiento demográfico experimentado en pleno siglo XVIII en Europa, los Estados se vieron obligados a coordinar la expansión con el desarrollo de sus aparatos de producción. Como señala George Rosen (1974), “Una población más grande significaba una mayor producción así también un mayor consumo, dos ideas agudamente expresadas por Daniel Defoe. ‘Mientras más bocas más riquezas’, decía” (1985: 140). Políticos y pensadores estimaban que el aumento y la potencialización de la población debían ser la primera función de un buen Estado: “David Hume, el filósofo, recomendaba con insistencia que el Estado impulsara activamente el crecimiento de la población, estimulando a todas las instituciones que favorecieran el proceso y eliminando las que no lo hicieran” (Rosen, 1985: 139). Este interés comenzó a reflejarse, por ejemplo, en incentivos económicos para los matrimonios jóvenes y multas pecuniarias para los padres que no casaran tempranamente a sus hijas, medidas prácticas que buscaban las uniones precoces para el aumento del número de súbditos de un Estado.

En este contexto, la noción de *población* comienza a plantearse como problema político y económico, y con ello la necesidad de adecuar los mecanismos de poder a las nuevas exigencias de administración y normalización. La población ya no era solo un problema teórico, sino también un “objeto de vigilancia, de análisis, de intervenciones, de operaciones

modificadores, etc.” (Foucault, 1976: 332). Se establecerían, de esta manera, las bases para una verdadera *tecnología de la población* en la que el *cuerpo* reveló toda una gama de nuevas variables: utilidad, rentabilidad, maleabilidad, etc. Como señala Foucault,

(...) los rasgos biológicos de una población se convierten así en elementos pertinentes para una gestión económica, y es necesario organizar en torno a ellos un dispositivo que asegure su sometimiento, y sobre todo el incremento constante de su utilidad (1976: 333).

En esta dirección, la salud y el bienestar físico de la población pasaron a ser motivos de una reflexión social colectiva, convirtiéndose en uno de los objetivos esenciales del poder político. Por primera vez, durante el siglo XVIII, la salud y la enfermedad se plantean como un problema que requiere de un análisis transversal generado por la sociedad en su conjunto, impulsando ambas la discusión en múltiples instancias sociales. Tanto la medicina clínica centrada en el examen, el diagnóstico y la terapia individual, como la medicina centrada en la familia y en el conjunto de la sociedad, sufren la imposición de nuevas reglas, pasando a un nivel de “análisis explícito y concertado que nunca había conocido hasta entonces. Se entra, pues, no tanto en la edad de la medicina social cuanto en la de la nosopolítica reflexiva” (Foucault, 1976: 328). La gestión de los problemas médicos, la organización de las políticas sanitarias y el control de la salud en el siglo XVIII recayeron en diversos grupos sociales (religiosos, sociedades de socorro y beneficencia, sociedades científicas, administración estatal, etc.) que intentaron “organizar un saber general y cuantificable de los fenómenos mórbidos” (Foucault, 1976: 328). En este ámbito, el Estado también participó activamente realizando distintas funciones: desde la distribución de medicamentos, hasta la puesta en marcha de organismos de consulta e información. Esto significó que el problema de la nosopolítica en el siglo XVIII estuviera determinada por “orígenes direccionales múltiples: la salud de todos es algo que concierne a todos” (Foucault, 1976: 329). De esta manera, la salud y la enfermedad, en tanto que problemas que requerían de una organización colectiva, pasaron a ser un objetivo general de la sociedad en su conjunto.

Una de las principales consecuencias de este proceso de reflexión en torno a la salud de la población llevó a que la medicina abandonara el modelo asistencialista (la medicina entendida como *servicio*) característico del siglo XVII, para articularse desde el siglo XVIII como una verdadera tecnología del cuerpo social. Así, el modelo asistencialista compuesto por técnicas polivalentes y mixtas, subvencionadas principalmente por fundaciones de caridad (la asistencia a los pobres en la enfermedad, la normalización de elementos descarriados en los hospitales o ciertas formas de medicalización autoritarias como *la cuarentena*, todas técnicas ligadas orgánicamente a los *socorros*), comenzó una disolución progresiva debido a su imposibilidad de acción frente a este nuevo fenómeno que vivía la ciudad moderna: la llegada de la *población* y de sus externalidades (Foucault, 1976).

Esta disolución, que no se hará efectiva hasta el siglo XIX, propició toda una “analítica utilitaria de la pobreza en la que comienza a aparecer el problema específico de la enfermedad

de los pobres en relación con los imperativos del trabajo y las necesidades de la producción” (Foucault, 1976: 330). Tanto economistas como profesionales de la administración del Estado dieron origen a una reflexión crítica sobre el funcionamiento de las organizaciones de caridad. Para ellos, la inyección de grandes sumas de dinero destinadas a la mantención de una masa ociosa de individuos que quedaban fuera del sistema de producción generaba la inmovilización del capital. Su apuesta estaba enfocada en la transformación de los pobres en mano de obra útil y en el autofinanciamiento de los costos de la enfermedad de aquellos que no estuvieran aptos para laborar. La antigua asistencia a los huérfanos, por ejemplo, da paso a una práctica administrativa que buscará rentabilizar el dinero que se invierte en la instrucción. Dichas medidas exigían una recategorización de la pobreza (buena, mala; apta para el trabajo, no apta) que la hiciera útil al aparato productivo, aligerando el peso que esta representaba para la sociedad. Como señala Foucault, “este análisis de la ociosidad –de sus condiciones y de sus efectos- tiende a sustituir a la sacralización, un tanto global, del pobre” (Foucault, 1976: 330).

Así, la sociedad occidental se encamina hacia un proceso amplio y global en el que “El imperativo de la salud es a la vez un deber para cada uno y un objetivo general” (Foucault, 1976: 331). Ya no es sólo un pequeño sector de la población el que gozará de la asistencia sanitaria, sino que el ejercicio del poder médico recaerá sobre la totalidad de los cuerpos, gestionados ahora por los aparatos del Estado que tendrán como objetivo la instalación de un imperativo moral para la conservación de la salud. De este modo, se añadirán a las funciones políticas clásicas destinadas al mantenimiento del orden y a la organización del aumento de la riqueza del Estado, la mantención de la salud y de la longevidad de la población. Para la consecución de estos objetivos, fue necesario organizar a un conjunto de instituciones y articular una serie de reglamentos; proceso que se conocerá, a partir del siglo XVII, con el nombre de *policía*. Por policía se entenderá el “conjunto de los mecanismos mediante los cuales se asegura el orden, se canaliza el crecimiento de las riquezas y se mantienen las condiciones de salud en general” (Foucault, 1976, 331). Los efectos concretos de estas políticas se plasmaron en el desarrollo de una organización estatal cuyo fin estaba en la colocación de la vida -en todas sus dimensiones- como el sentido fundamental del poder político. Dicho proyecto histórico se conoce en Europa con los nombres de *mercantilismo* y *cameralismo* (Rosen, 1985).

Situado al interior de las relaciones y dinámicas que se dan entre los individuos y el Estado, el mercantilismo consideraba que el bienestar de los súbditos era idéntico al bienestar del Estado. En esta perspectiva, el poder era considerado uno de los intereses principales del Estado, por lo que la mayor parte de los elementos de la política mercantil estaban orientados hacia ese fin: “la razón de Estado era el punto de apoyo de la política social” (Rosen, 1985, 141). Bajo este prisma, los consejeros estatales sugerían una gran población, abastecida materialmente y dirigida por el control gubernamental para la satisfacción de las necesidades públicas; lo que requería un manejo prolijo y eficaz de su salud y bienestar.

Por otra parte, el *cameralismo* surgido en Alemania buscará darle contenido positivo a una acción estatal dirigida a afianzar la unidad territorial y administrativa de un conjunto de provincias unidas antiguamente solo por la figura del monarca. La organización cameral logró un estilo de trabajo administrativo sin precedentes, cuyo fin apuntaba al progreso integral del Estado. Aunque en un principio este proceso significó solamente la racionalización de los procedimientos administrativos, imprescindibles para el desempeño de los nuevos cometidos hacendarios del Estado; posteriormente dejó de ser un mero conjunto de trámites oficinescos y se convirtió en una tecnología de gobierno, destinada a potenciar el poder estatal. Dentro de esta tendencia progresiva, el cameralismo también configuró una doctrina aplicada que se encaminaba a explicar esos complejos procesos constructivos del Estado a través de la configuración de un programa docente para la trasmisión de sus fines políticos. Para los cameralistas, el problema central de la ciencia era el del Estado. Según ellos, el objeto de toda teoría social era mostrar cómo puede ser asegurado el bienestar del Estado, que era considerado como la fuente de todos los demás tipos de bienestar. La clave del bienestar estatal radicaba en el aumento sostenido de los ingresos pertinentes para satisfacer las necesidades de los súbditos. Su teoría social general circulaba alrededor de la tarea central de suministrar al Estado esos bienes.

En este marco, la población jugó un rol principal para el desarrollo práctico de esta disciplina, y la noción de *policía* fue clave en el manejo de los problemas relacionados con la salud y, por ende, el bienestar de los individuos. El concepto de policía, desarrollado por pensadores alemanes desde el siglo XVI, encerraba los principios básicos del cameralismo, proponiendo la administración de la población a través del control de los individuos desde su nacimiento hasta su muerte. Así, por ejemplo, Georg Obrecht proponía en 1617 un sistema completo de estadística de la población (Rosen, 1974). También podemos encontrar una interesante formulación del enfoque cameralista sobre la salud de la población en el escritor alemán Velt Ludwig von Seckendorff, quien estableció los deberes fundamentales del gobierno para asegurar el bienestar y la prosperidad del Estado. Para Seckendorff, dicha prosperidad se alcanzaría a través de la salud de la población. Para lograr este fin, un programa gubernamental debía

preocuparse por mantener y supervisar a la parteras, por el cuidado de los huérfanos, la designación de médicos y cirujanos, la protección contra las plagas y otras enfermedades contagiosas, el uso excesivo de bebidas alcohólicas y de tabaco, la inspección de los alimentos y del agua, las medidas para la limpieza y drenaje de las ciudades, el mantenimiento de hospitales y la provisión de ayuda a los pobres. (Rosen, 1985: 144-145).

Según Rosen, el trabajo de Seckendorff, al estar orientado hacia la administración de los recursos humanos y materiales, habría consolidado las bases de una rama de la administración pública conocida como ciencia de la policía o *Polizei-Wissenschaft*. De esta forma, la policía en su especialización médica encontró en la *Polizei-Wissenschaft* los principios básicos para su

posterior desarrollo. En este contexto, autores como Becher proponen la creación de oficinas encargadas de llevar a cabo dichos controles sobre la población. Un ejemplo del desarrollo y de la especialización administrativa lo encontramos en la formación del *Collegium Vitale*, oficina enfocada específicamente en el cuidado de la salud de los súbditos (Rosen, 1974). Comenzaron a realizarse distintos estudios e investigaciones que apuntaban a la población y a su administración: topografías políticas, estadísticas de población y mortalidad, registros de nacimiento y causa de muerte de los individuos que la forman, registros de mujeres en gestación, de hombres capaces de empuñar armas, etc. De esta forma, el concepto de policía y sus propuestas programáticas se fueron concretizando en formas institucionales definidas durante el siglo XVIII.

Aunque ya en 1685 se había creado en Prusia un *Collegium Sanitatis* encargado de la supervisión de la salud pública, solo a partir de 1727 se comienza a desarrollar una teorización sólida a través de la formación de cátedras específicas para la enseñanza del cameralismo, en las que se impartían los principios de la Policía y de la administración en general. En el desarrollo de estas cátedras, destacó el pensamiento de Justus Christoph Dithmar, quien consideraba que el bienestar y el poder del Estado dependían de una economía bien organizada y de un sistema policial y cameral. Para Dithmar, todo lo referente a la salud y al cuidado de la población debería estar a cargo de un *Collegium medicum et chirurgicum*: autoridad administrativa para la supervisión de la sanidad pública. Esta oficina, de acuerdo con Rosen, debía supervisar las capacitaciones de médicos y parteras, el aseo y la óptima conservación de los hospitales y farmacias, la disposición de medidas para la prevención de enfermedades contagiosas, entre otras cosas. De esta manera, la Policía se fue consolidando lentamente como una teoría y una práctica de la administración en los Estados Absolutistas.

Sumamente relevante para el desarrollo de esta disciplina fue la redacción de un manual titulado *Elementos de policía*, escrito por el principal representante del cameralismo alemán del siglo XVIII, Johann Heinrich Gottlob von Justi. Además de un prolijo estudio sobre el territorio del Estado en relación a su poblamiento (ciudad y campo) y a las características de sus habitantes (número, salud, mortalidad, emigración), el manual entregaba un detallado análisis sobre *los bienes y efectos* (mercancías, manufacturas y su circulación) y la conducta de los individuos que habitan este territorio (su moralidad, sus capacidades profesionales, su honradez y su respeto a la ley) (Foucault, 1990). Aquí, Von Justi señalará que las dos tareas fundamentales para el desarrollo de un Estado son la *Politik*, función básicamente *negativa* que consiste en luchar contra los enemigos internos y externos, y la *Polizei*, tarea *positiva* que apuntará a favorecer tanto a la vida de los ciudadanos como a la potencia del Estado. En este sentido, lo que resulta realmente significativo en Von Justi, según Foucault (1990), radica en su insistencia sobre la idea de *población*: concepto que será definido por él como el verdadero objeto de la Policía. Es decir, la Policía realizará su actuación sobre un grupo de individuos que viven en un área determinada. En este sentido, la finalidad del gobierno será el desarrollo de los elementos constitutivos de la población para el refuerzo de la potencia del Estado.

Lejos de los alcances que tuvo en Alemania el desarrollo de la *Polizeiwissenschaft*, en Francia, el historiador Nicolás Delamare publicó a comienzos del siglo XVIII una compilación de reglamentos de todo el reino que fijaba once asuntos que eran de absoluto cuidado de la Policía: 1) la religión, 2) la moralidad, 3) la salud, 4) los abastecimientos, 5) las carreteras, canales, puertos y edificios públicos, 6) la seguridad pública, 7) las artes liberales (artes y ciencias), 8) el comercio, 9) las fábricas, 10) la servidumbre y los labradores, y 11) los pobres (Foucault, 1990). Para Delamare, la policía debía velar por la *felicidad*, por las relaciones sociales y, en última instancia, por lo que está *vivo*. Como señala Foucault, lo que en Von Justi era entendido como el objeto de la policía, es decir, en la óptica de Delamare la *población* —y todo el análisis estratégico que la acompañaba—, es señalado de manera más difusa simplemente como *vida*: “La vida es el objeto de la policía: lo indispensable, lo útil y lo superfluo. Es misión de la policía garantizar que la gente sobreviva, viva e incluso haga algo más que vivir” (Foucault, 1990: 133). En este sentido, la verdadera distinción se observa, según Foucault, en la intención de Von Justi de elaborar una verdadera ciencia de la policía:

[...] un prisma a través del cual se puede observar el Estado, es decir, su territorio, riquezas, población, ciudades, etc. Von Justi asocia la “estadística” (la descripción de los Estados) y el arte de gobernar. La *Polizeiwissenschaft* es a la vez un arte de gobernar y un método para analizar la población que vive en un territorio (Foucault, 1990: 137).

De esta forma, la *Polizeiwissenschaft* se fue consolidando como una ciencia de la administración del poder estatal, cuyo objetivo estaba puesto en la regulación y manejo de las acciones que el Estado ejecutaba sobre la población para asegurar su bienestar. Gracias a esta, se hará posible pensar una estadística o aritmética política que funcionará como base para una teoría y para una práctica policial. Para Foucault, será esta base disciplinar la que conformará un:

[...] ámbito político-médico sobre una población que se ve encuadrada por toda una serie de prescripciones que conciernen no sólo a la enfermedad, sino también a las formas generales de la existencia y del comportamiento (alimentación y bebida, sexualidad y fecundidad, vestimenta, remodelación del hábitat) (Foucault, 1976: 338).

Estos fueron los elementos que permitieron la constitución de una medicina que ocuparía un lugar esencial en la estructura administrativa del Estado y del ejercicio del poder. Desde la administración se generaron los grandes estudios e investigaciones sobre la salud de la población, en la que los médicos fueron, en este juego recíproco de ejercicio del poder, los verdaderos “programadores de una sociedad bien gobernada” (Foucault, 1976: 338). Serían los médicos los grandes expertos encargados de corregir y observar la población para

lograr mantener un cuerpo social saludable, “Y su función higienista, más que sus prestigios de terapeuta, le aseguran esta posición políticamente privilegiada en el siglo XVIII, que en el XIX se hará económica y social” (Foucault, 1976: 338).

En este contexto, la medicina asume una importancia nunca antes vista en la historia de Occidente, relevancia nacida del cruce entre una nueva analítica económica sobre la pobreza y una consolidada policía. Las políticas de la salud se desplazan desde el “contexto específico de la asistencia caritativa hacia la forma más general de una *policía médica*, con sus coacciones y servicios” (Foucault, 1976: 332). Como explica Foucault, el desarrollo teórico y práctico que se realizó desde finales del siglo XVII y durante todo el siglo XVIII en torno a la idea de Policía deja en evidencia una racionalidad política enfocada en la administración prolija de la población y de sus conductas: “El gobierno de los hombres por lo hombres [...] supone cierta forma de racionalidad, y no de violencia instrumental” (Foucault, 1990:139). Esta forma de racionalidad, desarrollada en el siglo XVIII a partir de una nueva concepción de la medicina como técnica de conducción de la población en el espacio de la ciudad, recibió el nombre genérico de *policía*.

3. LA MEDICINA Y LA URBE EN EL SIGLO XIX: DE LA ESTATIZACIÓN MÉDICA A LA MEDICALIZACIÓN DE LA FUERZA DE TRABAJO

Desde el siglo XVIII, lo que encontramos en el campo de la medicina es una expansión de su saber y de su acción hacia espacios que le habían sido, hasta esos momentos, totalmente desconocidos. Como señalamos en el apartado anterior, el mercantilismo europeo y el cameralismo alemán posicionaron el saber médico en el centro de las tecnologías administrativas generadas para la regulación de la población. La medicina, ahora, buscaba regular los grandes procesos biológicos de las poblaciones ciudadinas, produciéndose un *despegue*, a decir de Foucault (1974a), de la actividad médica que operó desbloqueando epistemológicamente su saber y, por ende, su acción. La medicina deja de ser clínica para comenzar a ser social. Comienza, de esta forma, lo que podría denominarse un proceso de *medicalización indefinida* (Foucault, 1974a), en el que el saber médico deja de estar determinado por las enfermedades (demanda del enfermo, síntomas, malestar, etc.), para enfocarse en *todo* lo que garantice la salud del individuo: el saneamiento del agua, las condiciones de habitabilidad o el régimen urbano, la alimentación, entre otros. En este contexto, la *limpieza* o la *salubridad* se constituyen como herramientas cruciales para el desarrollo de la medicalización de la existencia. La *higiene*, entendida como la nueva política de salud de las poblaciones, se enfocó en la desaparición de las epidemias, en el descenso de la morbilidad y en la prolongación de la vida de los individuos. Tales objetivos reclamaron una:

[...] intervención médica autoritaria en determinados espacios considerados focos privilegiados de las enfermedades [...]. Se aíslan así en el sistema urbano zonas que hay que medicalizar con urgencia, que deben constituirse en puntos de aplicación del ejercicio de un poder médico intensificado (Foucault, 1976: 337).

Dichas intervenciones afectaron a la ciudad tanto en lo general (la ubicación de los barrios, la aireación de la ciudad, la situación de cementerios y mataderos, la disposición de un sistema de alcantarillado, etc.) como en lo particular (hospitales, prisiones, escuelas, habitaciones, etc.). Fue en el espacio de la ciudad en donde cobró real importancia la figura del médico como fiscalizador de la higiene pública. Poco a poco, la figura del médico se fue asentando en las distintas instancias del poder, y con él la medicina comenzó a transformarse en una técnica general de la salud indispensable para una maquinaria administrativa dedicada a la vigilancia, al control y a la regulación de la población. Esta nueva moral de la higiene estaba íntimamente ligada, como ya hemos mencionado, a la aparición de la población como problema económico. A la medicina se le exigía que:

[...] proporcionase a la sociedad individuos fuertes, es decir, capaces de trabajar, de asegurar el mantenimiento de la fuerza de trabajo, su mejora y su reproducción. Se recurría a la medicina como a un instrumento de mantenimiento y renovación de la fuerza de trabajo para el funcionamiento de la sociedad moderna (Foucault, 1974a: 357).

En este proceso de administración de la fuerza de trabajo, la medicalización de la familia se transformó en la principal herramienta de una medicina social enfocada al aseguramiento de la producción. En este sentido, la familia y su prole se vieron sometidas a nuevas reglas y normas de conducta. Para la nosopolítica del siglo XVIII, la *infancia* implicó una administración parental de las condiciones físicas y económicas de los niños. Ya no solo importó la relación entre natalidad y mortalidad, sino que también *la infancia*, entendida como proceso biológico, cobró valor estratégico. Se entró, así, en una etapa de codificación de la relación parental dentro de la familia. A la sumisión del hijo al padre, se sumarán:

Todo un conjunto de obligaciones [...] de orden físico (cuidados, contacto, higiene, limpieza, proximidad atenta), lactancia de los niños por sus madres; preocupación por un vestido sano, ejercicios físicos para asegurar el buen desarrollo del organismo: cuerpo a cuerpo permanente y coercitivo de los adultos con los niños (Foucault, 1976: 333).

La familia ya no solo será el espacio para la descendencia, sino que se convierte en un medio de contención y cuidado permanente del niño, destinado a producir las condiciones óptimas que le permitan alcanzar la madurez en la mejor situación posible. Los padres pasan a ser quienes organicen lo que servirá de matriz al individuo adulto. En este contexto, el hogar se transformó en un espacio táctico para el desarrollo de una moral basada en la higiene, cuyos objetivos fueron “el cuerpo sano, limpio, útil, el espacio purificado, diáfano, aireado, la distribución medicamente óptima de los individuos, de los espacios, de las camas, de los utensilios, el juego entre el *que cuida* y el *que es cuidado*” (Foucault, 1976: 334). Como explica Foucault (1976), la familia fue un *agente constante de la medicalización* y el blanco de una magna empresa de *aculturación médica*. En tanto que instancia medicalizadora, cumplirá

el rol de bisagra entre unos objetivos generales que buscan la administración de la salud del cuerpo social y la necesidad que muestra esta nueva sociedad de cuidar a los individuos que la componen. La familia *medicalizada-medicalizadora* permitirá articular una:

ética privada de la buena salud [...] sobre un control colectivo de la higiene, y una técnica científica de cura, asegurada por la demanda de los individuos y las familias, por un cuerpo profesional de médicos cualificados avalados por el Estado (Foucault, 1976: 336).

En esta dirección, se podrá apreciar durante el siglo XIX el desarrollo de una vasta literatura sobre la higiene, entendida como moral del cuerpo, en la que se instituye la obligación de los individuos y de sus familias de conservar su salud. La higiene se instalará como centro de todos los dictámenes morales sobre la salud. La limpieza pasa a ser un requisito fundamental en el mantenimiento de la salud de la población y, por ende, en la conservación de la prole que asegurará el trabajo social y la producción. Al respecto, Foucault señala que el cuerpo gestionado por una red de medicalización familiar

[...] se vio doblemente introducido en el mercado: en primer lugar, a través del salario, cuando el hombre vendió su fuerza de trabajo; y más tarde, por mediación de la salud. Por consiguiente, el cuerpo humano entra de nuevo en un mercado económico desde el momento en que es susceptible de salud o de enfermedad, de bienestar o de malestar, de alegría o de sufrimiento, en la medida en que es objeto de sensaciones, deseos, etc. (Foucault, 1974a: 357).

De este modo, la relación de los individuos con sus cuerpos quedó mediada por la higiene, y el Estado pasó a ser el garante de esta nueva moral. Para ello, el poder político se articuló como una *somatomocracia*, dirigiendo su intervención hacia el cuidado corporal (Foucault, 1974a). Hacia finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, la evolución del sistema capitalista en Europa logró socializar el cuerpo de los individuos en función de su fuerza de trabajo. Como señala Foucault:

El control de la sociedad sobre los individuos no se operó simplemente a través de la conciencia o de la ideología, sino que se ejerció en el cuerpo, y con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo más importante era lo biopolítico, lo somático, lo corporal. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica (Foucault, 1974b: 365-366).

Sin embargo, la relación entre salud y productividad solamente se consideró realmente un problema político a partir de la segunda mitad del siglo XIX, ya que el cuerpo humano, entendido como instrumento de trabajo, no fue una de las primeras preocupaciones del saber médico occidental. La socialización de la medicina en Occidente respondió a necesidades políticas y económicas diversas que fueron dándole particulares matices a cada una de sus momentos. Para Foucault (1974b), este proceso de socialización se podría reconstruir en tres

etapas de formación, cada una con sus especificidades según el país: la medicina de Estado, la medicina urbana y la medicina de la fuerza de trabajo.

Una de las primeras formas de socialización de la medicina se puede ver en el surgimiento de lo que él denomina la *medicina de Estado* (Foucault, 1974b). Esta forma de socialización, desarrollada en Alemania hacia finales del siglo XVIII, avanzó de la mano de la *Staatswissenschaft*, ciencia de Estado cuyo objeto de estudio eran los recursos y el funcionamiento estatal y cuya finalidad estaría orientada hacia la producción de un saber que garantizara su funcionamiento. Se origina en el marco de una preocupación por la mejora de la salud pública y se concreta en una *Polícia Médica*. La Policía Médica buscó, en primer lugar, generar un sistema completo de observación de la morbilidad y de los diferentes fenómenos epidémicos o endémicos. Por otra parte, era de su competencia la normalización de la práctica y del saber médico a través de un sistema de control estatal de la enseñanza de la profesión y de la concesión de títulos. Además, esta instancia creó una organización administrativa especializada para controlar la actividad de los médicos, reuniendo toda la información que estos emitían sobre su labor. Por último, se encargó de la creación, a comienzos del siglo XIX, de funcionarios médicos con autoridad y responsabilidad sobre una región y sobre un sector de la población. Estos procesos, según Foucault, “dieron lugar a una serie de fenómenos completamente nuevos que caracterizaron lo que se podría denominar como una medicina de Estado” (Foucault, 1974b: 370). Con esta serie de políticas se buscaba alcanzar precisamente el aumento de la producción y de la población activa con el fin de establecer intercambios comerciales. Estas dinámicas de intercambio comercial permitían a los países lograr una gran afluencia monetaria que les aseguraba el mantenimiento tanto de los ejércitos como de la administración, con el fin de potenciar el poder del Estado en sus relaciones con los Estados vecinos (Foucault, 1974b).

En otro contexto, surge en Francia hacia finales del siglo XVIII, producto de la expansión de las estructuras urbanas y de sus consecuencias, una *medicina urbana* y social, centrada en la distribución del espacio y en el control y administración de las condiciones de las ciudades. Una serie de factores políticos, sociales y económicos, sumados a la proliferación de las pestes, generaron en la clase dirigente una inquietud político-sanitaria en relación a la ciudad, a sus habitantes y aglomeraciones. El hecho de que la ciudad fuera un lugar de producción y de mercado, sumado a la proletarianización durante el siglo XIX de una parte importante de la población, obligó a la unificación del poder político ciudadano, diseminado hasta ese momento entre una serie de actores estatales y sociales, con el fin de organizar a la población de un modo coherente y homogéneo. En este escenario de transformaciones y angustias, la burguesía reaccionó recurriendo a un modelo de intervención existente desde finales de la Edad Media en todos los países de Europa, un plan de urgencia que debía ser aplicado frente a la aparición en la ciudad de una epidemia grave: el modelo de la *cuarentena* (Foucault, 1974b). Este sistema permitía poner en acción un conjunto de estrategias que tenían por objetivo la localización de los individuos, la división del espacio urbano para su vigilancia y control, la instalación de un sistema centralizado de información sobre la ciudad y sus habitantes, la

revisión exhaustiva de los vivos y de los muertos y la desinfección de calles y casas. El perfeccionamiento del esquema político-médico de la cuarentena durante la segunda mitad del siglo XVIII supuso el surgimiento de la gran medicina urbana que se desarrolló en toda Francia. Los objetivos esenciales de este modelo estaban orientados, en primer lugar, al estudio de los espacios urbanos de acumulación de desechos que provocaban enfermedades y episodios epidémicos, como los cementerios y los mataderos. Posteriormente, se buscó tener el control de la circulación del agua y del aire, lo que llevó a abrir el espacio urbano por medio de grandes avenidas. Finalmente, se organizaron las distribuciones y seriaciones de los diferentes elementos necesarios para la vida común en la ciudad, principalmente la organización de las fuentes y desagües para evitar la contaminación de las aguas potables (Foucault, 1974b).

De esta manera, la medicina urbana posibilitó un proceso de medicalización de la ciudad que generó efectos concretos en el ámbito del desarrollo del saber médico. Ya que este saber médico no se enfocaba en la auscultación del cuerpo, sino más bien en las condiciones y elementos del medio de existencia, tuvo que indagar en la química y en la física para obtener análisis más rigurosos sobre el aire, el agua u otros elementos vitales para la existencia. Para Foucault, “La introducción de la medicina en el funcionamiento general del discurso y del saber científico se produjo por medio de la socialización de la medicina, por el establecimiento de una medicina colectiva, social, urbana” (Foucault, 1974b: 378). De esta forma, se fueron generando tanto un saber como una práctica que permitieron el diagnóstico y el control de las cosas, del aire, del suelo, de las fermentaciones, del medio de vida en general. Nace con la medicina urbana la noción de *salubridad* y el concepto de *higiene pública*: “Salubridad e insalubridad designaban el estado de las cosas y del medio en todo lo relativo a la salud: la higiene pública era el control político-científico de este medio” (Foucault, 1974b: 379). Se podría señalar que una parte vital de la medicina científica desarrollada en el siglo XIX es la heredera natural de la medicina urbana desarrollada en Francia durante el siglo XVIII. De esta manera, para Foucault, la medicalización de la sociedad operó, primeramente, a través de la estatización de la medicina para luego intervenir la ciudad, siendo los pobres y su fuerza de trabajo el último campo de su acción.

Desarrollada principalmente en Inglaterra durante el siglo XIX, esta *medicina de la fuerza de trabajo* surge producto de la tendencia al alza de las protestas y revueltas populares que comienzan a mostrar los sectores marginados de la población. Si bien es cierto que anteriormente ya se habían registrado sublevaciones populares en el campo y en la ciudad, la pobreza, en la medida en que estaba integrada en el medio urbano a través del desempeño de una serie de tareas importantes para la ciudad (transporte del correo, retiro de las basuras domiciliarias, etc.), no fue considerada un peligro sanitario, sino a partir del segundo tercio del siglo XIX. A las revueltas populares se añadirán, más tarde, la sustitución de las tareas ejercidas por la plebe en la ciudad y la epidemia de cólera propagada por toda Europa en 1832. A este periodo corresponde la división del trazado urbano en sectores pobres y ricos. En Inglaterra, la llamada *ley de los pobres* provocó la socialización de la medicina, “en la medida

en que las disposiciones de esa ley implicaban un control médico del indigente. A partir del momento en el que el pobre se beneficia del sistema de asistencia, queda obligado a someterse a varios controles médicos” (Foucault, 1974b: 381). De este modo, esta legislación permitió la protección de los sectores ricos a través de la fiscalización y el control de la salud de los pobres. Se evitaba, de esta forma, el contagio de enfermedades por medio de la instalación de un “cordón sanitario autoritario en el interior de las ciudades entre ricos y pobres” (Foucault, 1974b: 382). Así, se intentaba asegurar el control de la salud y del cuerpo con el fin de re-convertir a esta parte marginada de la población y, de este modo, lograr re-integrarla como fuerza de trabajo apta para el desarrollo industrial y como fuerza política inocua y sin riesgo para los sectores dirigentes y ricos del país. Sin embargo, será en 1875 con la organización y puesta en marcha de los sistemas de *Health Service* y *Health Office*, cuando la medicina social inglesa logra concretar un radio de intervención más amplia. Con el objetivo de conseguir el control médico de toda la población, estos sistemas tenían las funciones de controlar la vacunación masiva, de organizar un registro de epidemias y de la localizar y destruir los lugares insalubres (Foucault, 1974b).

4. CONCLUSIÓN

Resulta evidente que el proceso de socialización de la medicina en Europa permitió que la *medicalización* operara como una eficiente tecnología estatal para la intervención de la ciudad y de sus habitantes, permitiendo expandir el radio de acción del saber y de la práctica médica a campos que le eran, hasta ese momento, totalmente ajenos. El fenómeno de *medicalización indefinida* que experimentó la sociedad en países como Francia, Alemania o Inglaterra permitió el desarrollo de nuevas tecnologías de intervención y control social que incidieron directamente en las transformaciones de las estructuras de sus gobiernos y economías. En la descripción de estos saberes y prácticas radica la importancia del ejercicio genealógico de Michel Foucault, ya que es ahí donde encontramos los elementos que dibujan el paisaje del ejercicio del *biopoder* occidental. Por otra parte, la exploración histórica del proceso de socialización de la medicina en Europa nos permite la descripción de los múltiples y complejos fenómenos involucrados en la formación de lo que hoy llamamos “el derecho a la salud”. Porque en la capacidad crítica del análisis histórico está la posibilidad de sacar a la luz, como señala Foucault, los vínculos existentes entre medicina, economía, ley y sociedad. La historia crítica nos ha mostrado cómo lentamente la medicina se ha impuesto como un acto de autoridad al individuo, incorporando el derecho a la salud de la población trabajadora al sistema de producción, de consumo y de mercado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Foucault, Michel.** 1974a. ¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina?. En Michel Foucault, 1999, *Obras Esenciales, Volumen II*. Madrid: Paidós.
- _____. 1974b. Nacimiento de la medicina social. En Michel Foucault, 1999, *Obras Esenciales, Volumen II*. Madrid: Paidós.
- _____. 1976. La política de la salud en el siglo XVIII. En Michel Foucault, 1999, *Obras Esenciales, Volumen II*. Madrid: Paidós.

_____. 1990. *Tecnologías del Yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.

Rosen, George. 1985. *De la policía médica a la medicina social*. México: Siglo XXI Editores.