

# Sobre medicalización. Orígenes, causas y consecuencias Parte I

Ricardo La Valle

## RESUMEN

La medicalización es el proceso social que pretende convertir situaciones que han sido siempre normales en cuadros patológicos y resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales. *Disease mongering* es la ampliación de las fronteras de la enfermedad a fin de acrecentar los mercados para aquellos que venden y proveen tratamientos.

El proceso de la medicalización, según Foucault, comenzó en el siglo XVIII con la constitución del primer Estado moderno, Prusia, y la aparición de la Medicina del Estado, que no es el resultado de la medicina privada sino de una medicina social.

A fines del siglo XX se producen cambios sociales que influyen en el proceso de medicalización: la Revolución Industrial, el crecimiento de las ciudades, la urbanización de la población, el liberalismo económico, las guerras mundiales, etc. Durante la Revolución Industrial se desarrolla la industria química que a su vez originó la farmacéutica, complemento de la medicina científica que aparece en el siglo XVIII. En el siglo XX, la medicina adquiere la capacidad de matar por su propia actividad, "iatrogenia positiva", y avanza sobre el hombre no enfermo arrogándose un poder normalizador. Durante la segunda mitad del siglo XX, la caída del Acuerdo de Bretton Woods, el neoliberalismo y la posmodernidad posibilitan la transformación de la medicina en un objeto de mercado que, con la educación médica flexneriana, constituye el caldo de cultivo ideal del proceso y de la medicalización indefinida con el mezquino fin de maximizar el lucro obscuro obtenido de la medicina como mercancía.

**Palabras clave:** medicalización, prevención cuaternaria, cambio social, mercantilización, iatrogenia.

## ABOUT MEDICALIZATION. ORIGIN, CAUSES AND CONSEQUENCES PART I

### ABSTRACT

Medicalization is the social process that aims to turn situations usually considered as normal into pathological conditions, and to resolve through medicine situations that are not strictly medical but social, professional or of personal relationships. *Disease mongering* is expanding the boundaries of what is considered as disease, in order to increase the markets for those who sell and provide treatments.

The process of medicalization, according to Foucault, began in the eighteenth century with the establishment of the first modern state, Prussia, and the emergence of Medicine of the State, which is not the result of private medicine but a social medicine.

In the late twentieth century social changes that influence the process of medicalization occur: the Industrial Revolution, the growth of cities, urbanization of the population, economic liberalism, World Wars, et cetera. During the Industrial Revolution, the chemical industry developed, which in turn led to pharmaceutical development, which served as the scientific complement for medicine during the eighteenth century. In the twentieth century, medicine acquires the ability to cause death as the result of its own activity—"positive iatrogenia"—and moves toward the non-sick man arrogating a normalizing power. During the second half of the twentieth century, the fall of the Bretton Woods Agreement, neoliberalism and postmodernism enable the transformation of medicine into a market object which, together with Flexnerian medical education, results in the perfect breeding ground for this process and paves the road to indefinite medicalization with the petty objective of maximizing an obscene profit from medicine as a commodity.

**Key words:** medicalization, quaternary prevention, social change, mercantilization, iatrogenic disease.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2014; 34(2): 67-72.

## INTRODUCCIÓN

El sistema de salud y la concepción misma de la salud han dejado de ser saludables para transformarse en una maquinaria comercial al servicio de intereses espurios que se ha vuelto en contra de las personas a las que proclama servir y de los miembros del equipo de salud.

Si a alguien le caben dudas, basta con intentar acceder al sistema de asistencia; allí se enfrentará con una formidable barrera burocrática o el riesgo de verse sometido a cantidad de exámenes innecesarios o de ser catalogado como portador de alguna enfermedad imaginaria y condenado a recibir algún medicamento de por vida.

Para tratar de comprender esta problemática que nos afecta comenzaremos por ocuparnos del Proceso de Medicalización que ha sufrido la sociedad y del, así denominado por los anglosajones, "Disease Mongering".

Recibido: 8/05/14

Aceptado: 21/10/14

Servicio de Clínica Médica. Hospital Italiano de Buenos Aires.  
Correspondencia: ricardo.lavalle@hospitalitaliano.org.ar

Para abordar su historia nos referiremos a su historia interna, donde solo se consideran los acontecimientos producidos dentro del ámbito de la disciplina, y a su historia externa, donde se relaciona con los acontecimientos de la época. Empezaremos la historia de la medicalización relacionando este proceso con algunos acontecimientos de los contextos sociales y económicos que creemos cruciales para la comprensión de sus condiciones de posibilidad de surgimiento y sus consecuencias. Estos son: el consenso de Washington, la posmodernidad y el Modelo Médico Hegemónico.

### DEFINICIONES

Medicalización y *Disease Mongering* (venta de enfermedades según una traducción literal) son términos que parecerían ser sinónimos, comparten características pero no significan lo mismo. La definición de cada uno es la siguiente:

*Entendemos por **medicalización** el proceso de convertir situaciones que han sido siempre normales en cuadros patológicos y pretender resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales.<sup>1</sup>*

*In our view, **disease mongering** is the selling of sickness that widens the boundaries of illness and grows the markets for those who sell and deliver treatments (...) In this theme issue and elsewhere, observers have described different forms of disease mongering: aspects of ordinary life, such as menopause, being medicalised; mild problems portrayed as serious illnesses, as has occurred in the drug-company-sponsored promotion of irritable bowel syndrome (see pp. 156...174 in [2]; [4]) and risk factors, such as high cholesterol and osteoporosis, being framed as diseases<sup>1</sup> La traducción de esta afirmación podría ser: Según nuestro punto de vista, disease mongering es la venta de aquellas enfermedades que amplían las fronteras de la enfermedad y acrecientan los mercados para aquellos que venden y proveen tratamientos (...) Acerca de este asunto, los observadores han descrito diferentes formas de disease mongering: aspectos de la vida ordinaria, como la menopausia, son medicalizados; problemas moderados que se presentan como serios padecimientos, como ha ocurrido con la propaganda financiada por las compañías farmacéuticas sobre el colon irritable y factores de riesgo, como el colesterol elevado y la osteoporosis que son presentados como enfermedades.*

La medicalización hace referencia a un proceso social, un cambio, una transformación que convierte a la medicina en una estrategia biopolítica proveyendo una tecnología específica para el control del cuerpo social.<sup>3</sup> Pretender abordar este concepto solamente desde la medicina constituye un reduccionismo ya que, como la sociedad misma, la medicalización es atravesada por factores culturales, económicos, políticos, etcétera.

La expresión *disease mongering* hace referencia a las consecuencias socioeconómicas de la medicalización. La medicalización de la sociedad y la vida es la que prepara el terreno para el despliegue del *disease mongering*, cuyo objetivo final es la explotación económica de esta situación principalmente a través de la industria farmacéutica.

### HISTORIA DE LA MEDICALIZACIÓN

La preocupación por la descripción y la conceptualización del proceso social denominado medicalización data de, por lo menos, la segunda mitad del siglo XX, aunque no nos ha sido posible dar cuenta del momento en que empezó a usarse el término “medicalización”.<sup>4</sup> Podemos reconocer distintas corrientes que intentan explicar este concepto como la sociología norteamericana, a través de autores como Peter Conrad,<sup>5</sup> Adele Clarke,<sup>6</sup> Nikolas Rose,<sup>7</sup> y la de la historia de la ciencia francesa en la que nos centraremos.

#### La medicalización del hospital

Durante la Antigüedad y en la Edad Media, la medicina era un ejercicio profundamente individualista en el cual los saberes se transmitían de maestro a alumno y eran avalados por la Corporación Médica. La cosmovisión de la época giraba en torno del concepto de crisis: la enfermedad evolucionaba hasta que llegaba a un clímax en el que se resolvía el destino del enfermo hacia la vida o la muerte. La crisis era el momento en que el médico intervenía tratando de inclinar la balanza apoyando la naturaleza hacia el lado de la vida. Era una especie de batalla entre la naturaleza, la enfermedad y el médico; era, por lo tanto, una relación individual que no requería el seno de un hospital para que ocurriera y por eso este no figuraba dentro de los recursos de la práctica médica.

La institución hospitalaria surge durante la Edad Media creada por instituciones monacales. El hospital no era una institución médica sino religiosa, destinada a la asistencia de los pobres (que no podían pagar asistencia médica), esencialmente asistencia espiritual ya que, prácticamente, era un lugar para ir a morir. El hospital era un lugar de separación y exclusión porque los pobres que eran portadores de enfermedades constituían un riesgo y un lugar para la salvación, salvación de las almas de los que brindaban asistencia y de los enfermos cuyo mal se originaba en sus pecados. En suma, el hospital: “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”.<sup>8</sup> Hasta el siglo XVIII, el hospital y la medicina fueron campos independientes.

La transformación, es decir, la medicalización del hospital y la aparición de la medicina hospitalaria no ocurrió por motivos humanitarios ni sanitarios. Una de las causas fue la mercantilización, por eso los primeros hospitales modernos surgen en los puertos en el siglo XVII, ya que eran necesarios para evitar el contrabando (el traficante fingía

estar enfermo y al desembarcar lo llevaban al hospital, donde escondía las mercancías eludiendo el control de la aduana) y para realizar la cuarentena de las personas enfermas que desembarcaban. La hospitalización en estas instituciones no era por cuestiones de salud sino para impedir el desorden económico o médico.

La otra causa fue la valorización de la vida humana, específicamente de los hombres; los hospitales para mujeres aparecieron después y los de niños mucho después. El hecho desencadenante para esta valorización fue la introducción del fusil en los ejércitos del siglo XVII. El uso del fusil implica la necesidad de entrenamiento del soldado para disparar con la mayor eficiencia, es decir, con la mayor velocidad posible para cargar y disparar, y la introducción de la tecnología de la disciplina que cambió para siempre el escenario de los campos de batalla. El soldado adquiere un valor económico del que carecía hasta entonces dada la abundancia de pobres, vagabundos y desocupados que eran reclutados mediante levas para reemplazar las pérdidas ya que no se requerían más cualidades que su fuerza y habilidad en el combate para las luchas con armas blancas. Los hospitales marítimos y los militares se convirtieron en el modelo y punto de partida de reorganización de estas instituciones. Los médicos empezaron a visitar los hospitales hasta que se quedaron y reemplazaron a la dirigencia eclesiástica en la organización administrativa y política. El reordenamiento de estos establecimientos no se hizo a partir de la técnica médica que, como ya dijimos, solo consideraba situaciones individuales, sino a partir de una tecnología política: la disciplina.

La disciplina es una tecnología de ejercicio del poder que existía desde muy antiguo pero fue reelaborada durante los siglos XVII y XVIII; es en esta época cuando el poder disciplinario se perfecciona como una nueva técnica de gestión del hombre. Los espacios del hospital moderno se diseñan sobre la base de la disciplina siguiendo el concepto del Panóptico de Bentham, ya que la disciplina es, ante todo, un análisis del espacio para distribuir, clasificar, combinar y controlar los cuerpos.

Este desarrollo no es casual: la disciplina se aplicó a otros ámbitos como el ejército, la escuela, el Estado moderno, etc. y fue funcional a la Revolución Industrial para producir un hombre adecuado a esta nueva forma de organización social que necesitaba un hombre moderno, cartesiano, mecanicista, urbano y positivista como fuerza laboral.

En este contexto, la enfermedad se concibe como un fenómeno natural que obedece a leyes naturales y donde cobran importancia el medio, el aire, el agua, la temperatura ambiente, la alimentación, etc., y cambia la función del médico, que ya no espera la crisis para intervenir; la medicina se convierte en una medicina del medio (controlada con la tecnología de la disciplina). Este desplazamiento de la función médica y la aplicación de la disciplina en el espacio hospitalario son las causas fundamentales de la

aparición del hospital moderno, es decir, la medicalización del hospital.

### **LA MEDICINA SOCIAL: EL GRAN CAMBIO**

En los siglos XVIII y XIX, el capitalismo socializó un primer objeto, el cuerpo, en función de la fuerza laboral como ya hemos mencionado. Foucault sostiene que: “con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una privada, sino precisamente lo contrario”,<sup>9</sup> aparece la medicina social. El control de los individuos no se ejercía solamente por la ideología sino también mediante el control del cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático. El cuerpo es un ente biopolítico y la medicina es una estrategia biopolítica.

Además de la valorización de la vida humana, durante el siglo XIX se valorizó el cuerpo de las personas pensadas como fuerza de trabajo. Este proceso de medicalización, la medicina social, se originó con la formación del Estado moderno. Siguiendo a Foucault, podemos reconocer tres etapas en la configuración de la medicina social: medicina del Estado, medicina urbana y medicina de la fuerza laboral.

### **MEDICINA DEL ESTADO**

El concepto moderno de Estado, con sus funcionarios, su saber y su aparato, se desarrolló en Alemania a comienzos del siglo XVIII. Las condiciones de posibilidad de este desarrollo, que ocurrió antes que en otras naciones más poderosas como Francia o económicamente más desarrollados como Inglaterra, respondían a que todavía no se había producido la unificación alemana y que los territorios que componían la futura unidad eran pobres, sin poder político ni desarrollo económico. El primer Estado moderno que surgió fue Prusia y se convirtió en modelo. Los antecedentes y el contexto para este proceso son: el final de la Edad Media en el siglo XV, el nacimiento de la ciencia moderna en el siglo XVI, la declinación del feudalismo y el crecimiento de la burguesía con un gran aumento del comercio (mercantilismo), el desplazamiento del flujo del comercio del Mediterráneo al Atlántico, la inversión de capitales, la aparición de los bancos y las migraciones del campo hacia las ciudades. Progresivamente se produce el cambio de una sociedad rural, cuya garantía de verdad estaba dada por la religión, regida por el tiempo solar y de bajas velocidades, a otra urbana, secularizada, cuya garantía de verdad pasa a ser la ciencia, regida por el tiempo y el espacio mecánico y de crecientes velocidades. Durante la modernidad se crea el individuo (individuo cartesiano, *cogito ergo sum, res cogitans*) y todo se ordena a partir de él desplazando a la religión del centro de la vida social y política. La libre competencia, la acumulación de capitales, el realismo calculador que desencanta al mundo y que pone la inteligencia y la razón al servicio de fines exteriores a la persona son los nuevos valores vigentes.

Con este contexto, a fines del siglo XVI y comienzos del XVII, en un clima político, económico y científico dominado por el mercantilismo, todas las naciones europeas se preocupan por la salud de su población. En Francia, Inglaterra y Austria comienzan las estadísticas de natalidad y mortalidad, los recuentos de población a fin de establecer su crecimiento y los índices de salud sin ninguna intervención eficaz y organizada para mejorar su estado sanitario. En Alemania, en cambio, se desarrolló una práctica médica concentrada en el mejoramiento de la salud de la población. Entre 1750 y 1770 se idearon programas que llevaron a la creación de la policía médica del Estado. El concepto de *Medizinischepolizeise* apareció en 1764 e implicó más que el mero recuento de la mortalidad o natalidad.

La *policía médica del Estado* consistía en:

**1. Sistema de observación** de la morbilidad (mucho más complejo que las simples tablas de natalidad y mortalidad) basado en la información pedida a los hospitales y los médicos y registro de los diferentes fenómenos epidémicos o endémicos observados.

**2. Normatización de la práctica y del saber médico:** se realizó al 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. La medicina y el médico son el primer objeto normatizado en Alemania. En Francia se normatizaron la producción de cañones y fusiles y la educación (escuela normal).

**3. Una organización administrativa para controlar la actividad de los médicos.** Estaba encargada de reunir la información que los médicos transmitían. Subordinación de la práctica médica a un poder administrativo superior.

**4. La creación de funcionarios médicos nombrados por el gobierno que asumen responsabilidades de una región.** Se crea una pirámide de médicos en función de su poder. *Aparece el médico como administrador de salud.*

“La organización de un saber médico estatal, la normatización 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*.”<sup>10</sup>

Esta medicina de Estado *es anterior a la “medicina científica”* de Morgagni y Bichat. No tuvo por objeto la formación de una fuerza laboral adaptada a las necesidades de las industrias. No interesa el cuerpo del trabajador: lo que interesa es el propio cuerpo de los individuos que en su conjunto constituyen el Estado.

## MEDICINA URBANA

En Francia, a fines del siglo XVIII, surge una medicina social, sin apoyo del Estado, como consecuencia del fenómeno de la *urbanización*.

Una gran ciudad de Francia entre 1750 y 1780 era una multiplicidad enmarañada de territorios heterogéneos y

poderes rivales. París no formaba una unidad territorial, estaba gobernada por un conjunto de poderes señoriales ejercidos por seculares, por la Iglesia, por comunidades religiosas y corporaciones, poderes con autonomía y jurisdicción propias; además, 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 y la necesidad de la unificación del poder urbano por razones económicas y políticas.

El crecimiento de las ciudades tuvo como consecuencia su transformación en un centro económico. La aparición de la industria y de una población obrera pobre, que en el siglo XIX se convierte en el proletariado, aumenta la tensión social en el interior de las ciudades. En el siglo XVII, en Europa, el 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. A fines del siglo XVIII, las revueltas campesinas comienzan a ceder por la elevación del nivel de vida de los campesinos, y los conflictos urbanos, por la formación de una plebe en vías de proletarizarse, se hacen cada vez más frecuentes. Surge una actitud de temor, de angustia, frente a la ciudad. Surge el temor urbano, el miedo a 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, miedo a las cloacas. La respuesta de la burguesía, que no ejercía el poder, fue el *modelo médico y político de la cuarentena*, un modelo de intervención muy bien establecido durante la Edad Media pero raramente utilizado.

Ese plan de cuarentena fue el ideal de buena organización político-sanitaria en las ciudades del siglo XVIII. Hubo dos grandes modelos de organización médica en la historia occidental: uno suscitado por la lepra y otro por la peste. En el caso de la lepra, el individuo era expulsado del espacio común de la ciudad, así se purificaba el espacio urbano. Medicalizar al individuo significaba separarlo y, de esta manera, se purificaba a los demás; era una Medicina de exclusión que se aplicaba a dementes, malhechores, etcétera. En el caso de la peste, 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 vivía o había 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.

La medicina urbana fue un perfeccionamiento del esquema político-médico de la cuarentena de la Edad Media y los siglos XVI y XVII. Sus objetivos eran:

1. Analizar los lugares de acumulación y amontonamiento de todo lo que en el espacio urbano podía provocar enfermedades.



1.1. Cementerios. En 1780 fueron llevados a la periferia de las ciudades. Apareció el cementerio individualizado, el ataúd individual y tumba individualizada para proteger a los vivos contra la influencia nefasta de los muertos.

1.2. Mataderos. Fueron llevados a la periferia de las ciudades.

2. Control de la circulación de las cosas o elementos, esencialmente agua y aire. Se organizaron corredores de aire, avenidas, y agua, ríos y arroyos como la organización de los márgenes e islas del Sena en 1767.

3. Organización de distribuciones y secuencias. En 1742 se elaboró el primer plan hidrográfico de París. El objetivo era evitar que se extrajera agua para beber de lugares contaminados por las cloacas.

La medicalización de la medicina social urbana en el siglo XVIII es importante por varias razones:

1. La inserción de la práctica médica en un cuerpo de ciencia físico-química se hizo a través de la urbanización. Por intermedio de la medicina social, la práctica médica se puso directamente en contacto con otras ciencias afines, fundamentalmente la química, a través del análisis del aire, de sus corrientes y del estudio del agua. No se pasó a una medicina científica a través de la medicina privada, individualista: 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.

2. La medicina urbana no es realmente una medicina del hombre, del cuerpo, 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. La relación entre organismo y medio se estableció simultáneamente en las ciencias naturales y la medicina por intermedio de la medicina urbana.

3. Aparece, poco antes de la Revolución francesa, la noción de salubridad que es tomada por esta. La salubridad es la base material y social capaz de asegurar la mejor salud posible de los individuos. 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. Esta medicina distaba mucho de la medicina del Estado, pues se encontraba mucho más cerca de las pequeñas comunidades, las ciudades y los barrios y al mismo tiempo no contaba con ningún instrumento de poder. El problema de la propiedad privada, principio sagrado, impidió que esta medicina fuera dotada con poder fuerte. 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 dimensión de la medicina social, la medicina de los pobres y de la fuerza laboral, fue la última meta de la medicalización. Esta fue la última meta por varias

razones: el hacinamiento en las ciudades no era todavía tan grande como para que la pobreza representara un peligro. Los pobres de la ciudad tenían una función clara: hacían diligencias, repartían cartas, recogían la basura, retiraban de la ciudad muebles, ropas y trapos viejos que luego redistribuían o vendían. Formaban parte de la instrumentación de la vida urbana. En esa época, las casas no estaban numeradas, no había servicio postal y nadie mejor que los pobres conocía la ciudad con todos sus detalles e intimidades y se ocupaba, además, de una serie de funciones urbanas fundamentales como el acarreo de agua o la eliminación de desechos. Eran útiles. Los pobres formaban parte del paisaje urbano, desempeñaban una función indiscutible y no podían ser considerados como un peligro.

Los pobres se transformaron en un peligro en el segundo tercio del siglo XIX por varias razones:

1. Razón política. La población necesitada se convirtió en una fuerza política capaz de rebelarse durante las grandes agitaciones sociales de comienzos del siglo XIX.

2. Se sustituyeron algunos servicios prestados por los pobres: aparecieron el sistema postal y un sistema de cargadores, lo que provocó disturbios populares por la pérdida de esas fuentes de trabajo.

3. Con la epidemia de cólera en París en 1832 se cristalizaron una serie de temores políticos y sanitarios con respecto a la población proletaria o plebeya. A partir de esa época se consideró que la convivencia de pobres y ricos en un medio urbano entrelazado constituía un peligro sanitario y político para la ciudad; ello originó el establecimiento de barrios pobres y ricos con viviendas para pobres y de ricos. En Inglaterra, el país con el desarrollo industrial y del proletariado más rápido e importante, aparece esta nueva forma de medicina social. Es esencialmente la *Ley de pobres* lo que convierte a la medicina inglesa en medicina social. Esa ley implicaba un control médico del necesitado, el pobre se beneficia del sistema de asistencia y queda obligado a someterse a varios controles médicos.

Con esta ley surge la idea de una asistencia fiscalizada, de una intervención médica que constituyera un medio de ayudar a los más pobres a satisfacer ciertas 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. Este dispositivo configura un cordón sanitario autoritario en el interior de las ciudades entre ricos y pobres: los pobres y sus enfermedades reciben tratamiento gratuito o sin mayores gastos y los ricos se liberan de ser víctimas de fenómenos epidémicos originados en la clase pobre.

La ley de pobres fue solo el primer elemento de un complejo sistema; más tarde, alrededor de 1870, aparecen otros elementos de este sistema con lo que los grandes fundadores de la medicina social inglesa, principalmente

John Simon, completaron la legislación médica de un servicio autoritario, no de los cuidados médicos, sino de control médico de la población. Son los sistemas de *health service*, de *health offices*, que comenzaron en 1875 (a fines del siglo XIX eran aproximadamente 1000) con las siguientes funciones:

1. Control de la vacunación.
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 destrucción de esos focos de insalubridad.

El objetivo de estos sistemas era el control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, lo que dio origen a una serie de reacciones violentas de la población, de resistencia popular, de pequeñas insurrecciones antimédicas.

Esa fórmula de la medicina social inglesa fue la que tuvo futuro por sobre la medicina del Estado y la urbana. El sis-

tema inglés de Simon y sus sucesores permitieron vincular tres cosas: la asistencia médica al pobre, el control de la salud de la fuerza laboral y un control general de la salud pública para proteger a las clases más ricas de los peligros generales. Por otro lado, 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 quienes tenían medios para pagarla.

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, por el contrario, 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. Este es el modelo que perdura hasta la actualidad, aunque los tres sectores puedan estar articulados de manera diferente.

---

**Conflictos de interés:** los autores declaran no tener conflictos de interés.

---

## BIBLIOGRAFÍA

Althusser, Louis. Ideología y aparatos ideológicos del Estado. Freud y Lacan. Nueva Visión, Buenos Aires, 1988.  
 Díaz. E. (editora). "La producción de los conceptos científicos". Buenos Aires. Biblos. 1994.  
 Díaz. E. (editora). "La ciencia y el imaginario social". Buenos Aires. Biblos. 1996.

Foucault M. Historia de la medicalización. Educ Med Salud 1977;11(1):3-25.  
 Foucault M. Incorporación del hospital en la tecnología moderna. Educ Med Salud 1978;12(1):20-35.  
 Foucault M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. Educ Med Salud 1976;10(2):152-170.

Foucault Michel. Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión. 31° ed. México; Siglo XXI: 2001.  
 Galbraith J. K. La sociedad opulenta; Barcelona, Planeta-Agostini: 1985.  
 Lipovetsky G. La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo. 12° ed. Barcelona; Anagrama: 2000.

## REFERENCIAS

1. Orueta Sánchez R, Santos Rodríguez C, González Hidalgo E, et al. Medicalización de la vida (I). Rev Clín Med Fam. 2011;4(2):150-61.
2. Moynihan R, Henry D. The fight against disease mongering: generating knowledge for action. PloS Medicine 2006;3(4):425.
3. Germain M. Elementos para una genealogía de la medicalización. Revista Cátedra Paralela 2007;(4):6-22.

4. Germain M. op. cit.
5. Conrad P. The shifting engines of medicalization. J Health Soc Behav. 2005;46(1):3-14.
6. Clarke A, Shim J, Mamo L, Fosket J, Fishman J. Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. Am Sociol Rev. 2003;68(2):161-94.
7. Rose N. Beyond medicalisation. Lancet 2007; 369(9562):700-1.

8. Foucault M. Incorporación del hospital en la tecnología moderna. Educ Med Salud. 1978;12(1):20-35.
9. Foucault M. Historia de la medicalización. Educ Med Salud. 1977;11(1):5.
10. Foucault M. Historia de la medicalización. Educ Med Salud. 1977;11(1):10.
11. Foucault M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. Educ Med Salud. 1976;10(2):156.