

CIUDAD, SALUD Y PARTICIPACION

Elvira Ramos García
Antonio Sánchez Moreno
Pedro Marsset Campos

La ciudad de la Grecia clásica fue el escenario en el que surgió la medicina hipocrática, adquiriendo en su ambiente social democrático y racional una dimensión especial la relación de diálogo entre el médico y el enfermo. La ciudad a partir de la Edad Media se convierte en la suministradora de experiencias para luchar socialmente contra la enfermedad. La higiene pública y la patología social deben su configuración al análisis que proporciona su variada realidad. La Revolución Industrial transforma profundamente el escenario urbano y sanitario, y plantea a la población, mayoritariamente obrera, contradicciones y necesidades de participación de carácter eminentemente políticas. Precisamente la cuestión de la participación popular en materia de salud en un contexto de crisis del Estado de Bienestar lleva a desvelar su íntima naturaleza política, por encima de las apariencias tecnocráticas o filantrópicas.

The city, its health and taking part in keeping it

The paper explains how the cities of classical Greece saw the birth of hipocratic medicine and gave to it, thanks to the democratic and rational milieu that reigned in them, a special slant: patient and doctor discussed the case. It goes on to explain how from the Middle Ages onwards, the city became a hot bed for diseases that had to be counteracted civilly. Public Hygiene and Social Pathology were both born of and shaped by this their nursery. The Industrial Revolution altered both the city and its health requirements beyond recognition and faced new population, for the main parte workers, with contradictions and a need for participation, in both cases of a decidedly political nature. The paper concludes that this question of popular participation in Public Health, within the overall context of a crisis of the Welfare State, has brought out more clearly than ever the deeply political undertow of the issue despite its usual trappings of philanthropy and mere expertise.

1. DEMOCRACIA CIUDADANA Y SALUD, UNA CUESTION NO RESUELTA

La medicina científica occidental, la medicina hipocrática, surge en el siglo VI a. C. en la Grecia clásica, como uno de los frutos del desarrollo conjunto de las ciudades, de la democracia y del pensamiento racional. Uno de los aspectos más interesantes y menos tenidos en cuenta de esta primera versión de la medicina, tanto en su dimensión teórica como en la práctica, reside en el lugar que otorga al trato con el paciente. Dialogar con el enfermo es imprescindible no sólo

para obtener una necesaria anamnesis que permita un buen diagnóstico, sino para hacer comprensible y racional el proceso de enfermar y sobre todo el de recuperación de la salud con la colaboración del paciente (1). El médico y el enfermo son por lo general ciudadanos libres, iguales, y a veces puede ocurrir que el paciente sea de un estrato o nivel social superior al del médico. Todo ello contribuye a una experiencia única en cuanto a la naturaleza de la relación médico-enfermo.

La desaparición de la democracia y la configuración de un *corpus* científico sistemático, el galenismo, explican la pérdida de interés por

Elvira Ramos García es profesora titular de Salud Pública. Facultad de Medicina. Murcia.

Antonio Sánchez Moreno es profesor de F. P. Sanitaria. Instituto Politécnico. Murcia.

Pedro Marsset Campos es Catedrático de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Murcia.

(1) Lain Entralgo, P. (39).

dialogar y razonar con el paciente (2). Sólo interesará de la anamnesis la obtención de signos patognomónicos que permitan la precisa catalogación del tipo y clase de enfermedad que se tiene delante. El ontologismo nosológico concede tanta consistencia a la entidad morbosa que se puede afirmar que se independizan las enfermedades y los individuos pasan a ser meros sujetos pasivos de ellas. Por otra parte el ambiente social de la Roma imperial en el que tiene lugar esta transformación científica favorece la creación de una imagen clasista de la élite médica que a su vez establecerá una relación vertical con los pacientes. El enfermo tiene que obedecer las indicaciones técnicas del médico que es quien conoce los secretos del funcionamiento de la naturaleza. Frente a la relación democrática y horizontal existente en la Grecia clásica se configura en esta época romana una relación autoritaria.

Mientras se desarrolla esta nueva relación entre los individuos que protagonizan el acto médico tiene lugar en el ámbito ciudadano la aparición de un fenómeno sanitario nuevo. Debido a la creciente complejidad de la vida urbana y a la adopción de pautas culturales en las que el baño público desempeña un papel social importante, se hace necesario no solamente garantizar un suministro abundante y continuo de agua a las urbes, sino además controlar y vigilar la idoneidad en que se desarrollan todos los pasos de este proceso. Las normas, regulaciones e infraestructura material y humana que tal hecho desencadena constituyen, sin lugar a dudas, un hito en la historia de la higiene (3).

A través de una trayectoria verdaderamente compleja se puede afirmar que la historia de la medicina occidental, en su vertiente salubrista, ha estado fuertemente influida por la historia de las ciudades. Cuando éstas casi desaparecen la medicina se estanca. Con el resurgir de la vida ciudadana se recupera la ciencia médica y se le imprime una dinámica renovadora. Sin embargo, la disyuntiva entre una concepción tecnocrática y vertical del ejercicio de la medicina y otra global y social siempre ha existido y ha reflejado en cierta forma la tensión presente en las relaciones sociales que acaecen en el ámbito urbano.

En el momento actual, tras el pleno desarrollo de la Revolución Industrial con su acelerado proceso de urbanización y la paulatina adopción de esquemas sanitarios públicos, reaparece bajo nuevas formulaciones la «clásica» cuestión del diálogo, participación, de los profesionales sanitarios con los ciudadanos. No es por ello un tema menor, sino que alcanza tal importancia que la propia OMS cuando formula su famoso lema y objetivo «Salud para todos en el año 2000» (4) sugiere claramente que para conseguirlo es ne-

cesario involucrar a la población, y que para ello el ámbito idóneo es el primario, el localizado precisamente en el contexto normal donde se desenvuelve la vida cotidiana de los ciudadanos, y no en instancias superiores (5).

Pero resulta que justamente la medicina del presente siglo ha ido desarrollándose científica y técnicamente por unos derroteros opuestos a los de la participación o diálogo. En nuestros días mientras por una parte se postula la necesidad de tal participación ciudadana, elevándola a categoría no solamente de declaración pública, sino de norma legal y más aún fundamentándose epistemológicamente (6), por otra se asiste a su marginación y olvido, o las más de las veces a su tergiversación adoptando formas organizativas que en la práctica la vacían de contenido (7).

Pensamos que vale la pena desentrañar las razones que existen para tal paradoja, teorización máxima favorable a un papel activo de los ciudadanos en la gestión de los asuntos sanitarios y praxis concreta favorable a una gestión tecnocrática y vertical.

2. LA CIUDAD EN LA CREACION DE UNA CONCIENCIA SANITARIA

Si el hundimiento del Imperio Romano supuso entre otras cosas una reruralización de la vida social, llevó aparejada también la pérdida de los niveles científicos y culturales preexistentes. La vida agraria hizo retroceder las pautas culturales a niveles semejantes a los de los pueblos primitivos. La práctica médica no escapó a tal reflujó simplificándose y esquematizándose tremendamente su base teórica. En esta nueva situación el cristianismo por una parte brindó su mesianismo para vertebrar y compensar las exiguas eficacia y teoría, pero por otra ofreció sistematizaciones como las de San Isidoro (8) que permitieron ulteriores desarrollos conceptuales (9).

Tras la configuración y creciente éxito del sistema feudal el resurgir de las ciudades facilita el desarrollo de nuevas conquistas médicas e higiénicas. El espacio social y cultural urbano como ámbito diferente al del mundo feudal se enfrenta pronto con los problemas sanitarios que plantea la vida urbana. El mecanismo participativo inherente al funcionamiento urbano crea tempranamente la figura de las Juntas o Consejos de Salud municipales (10) como órgano político y público responsable de regular y ejecutar actuaciones tendentes a garantizar la salud de la urbe.

Es interesante señalar cómo estas organizaciones ciudadanas encargadas de velar por la salud de la población que al principio aceptaban sin más el título profesional de médico expedido

(2) García Ballester, L. (27).

(3) Rosen, G. (57).

(4) OMS (53).

(5) Vuori, H. (73).

(6) Rifkin, S. B. (55).

(7) Antoñanzas, A. (4).

(8) Crombie, A. C. (19).

(9) Lain Entralgo, P., y García Ballester, L. (40).

(10) Cipolla, C. M. (17).

por cualquier Facultad de Medicina europea para poder ejercer la profesión en la respectiva ciudad, añaden posteriormente la realización de una prueba ante un jurado con el fin de garantizar el dominio en las técnicas y conocimientos profesionales (11).

Sin embargo, la prueba de fuego para estas Juntas de Salud va a llegar con las epidemias de peste. Típica consecuencia del nuevo espacio social creado, con la consolidación de las ciudades se producen las condiciones favorables para que se desencadenen y transmitan las epidemias de peste. El hacinamiento y densidad demográfica, el incremento del comercio y de los desplazamientos y comunicaciones, la existencia de hábitats favorables para las ratas negras, el hecho de albergar estas ciudades contingentes humanos en situación vital precaria huidos del sistema feudal, etc., todo contribuye a la aparición de enfermedades infecciosas de índole epidémica, siendo la peste la más virulenta y letal. Es temprana la identificación entre ciudad y epidemia, por lo que ante sus primeros síntomas la población huye despavorida hacia las zonas rurales, aisladas. La oposición campo-ciudad tiene en estas epidemias una de sus fuentes (12).

Las epidemias de peste poseen tales efectos disgregadores en las normas y relaciones sociales que se impone la necesidad de dotar a los comités o juntas municipales creados para combatirlos de atribuciones especiales para asegurar su éxito. Todas las personas, poderes e instituciones han de someterse a los dictados de la Junta, incluidos los médicos. De nuevo hay que destacar que no es la instancia técnica, la de los médicos, la que se erige con o a la que se le confieren las máximas atribuciones, sino que recaen éstas en la Junta que es elegida por el Concejo, por los representantes ciudadanos. La Junta pide consejo y ayuda naturalmente, entre otros, a los médicos, pero en última instancia es ella la responsable de coordinar y autorizar todas las actuaciones, desde las sanitarias hasta las económicas, de seguridad o religiosas (13).

Se puede afirmar que estas iniciales organizaciones sanitarias de las ciudades no son, por tanto, fundamentalmente técnicas, sino que por el contrario son «políticas». Son instancias en las que están representados los intereses y los colectivos más significativos de la vida ciudadana. Poseen, claro está, un objetivo eminentemente sanitario, combatir la epidemia, pero precisamente por la importancia e implicaciones del mismo la organización y funcionamiento del instrumento social creado no está dirigido por los sanitarios sino por los propios ciudadanos.

La composición de estas Juntas o Comités va a responder obviamente a los grupos de poder dentro de la ciudad, a las fuerzas sociales más

interesadas en que la ciudad vuelva a las actividades económicas que la sustentan. Los únicos protagonistas son estos colectivos sociales.

Cuando en torno al Renacimiento y con ocasión del auge que toman las ciudades al ir configurándose las monarquías nacionales se produzca otro fenómeno sanitario de gran trascendencia, la creación de los hospitales (14), nos volveremos a encontrar con un hecho social parecido al expuesto. Si el objetivo técnico que justifica la construcción de los hospitales es albergar a los vagabundos enfermos con la finalidad, entre otras, de evitar un peligro a la ciudadanía (15), resulta ilustrativo que la responsabilidad máxima para el funcionamiento del hospital no descansa en los médicos, sino, en la gran mayoría de los casos, en organizaciones ciudadanas, con adecuada representación de los intereses económicos de la ciudad (16). Si que tendrán, como es lógico, un gran papel y cometido los médicos en el quehacer diario y técnico de los hospitales (17), pero la suprema autoridad está reservada a los grupos sociales más importantes de la ciudad, y si algún médico forma parte de esta organización lo será por haber alcanzado el *status* social requerido pero no por su condición profesional. De nuevo parece obvio señalar que quienes no tienen ningún papel activo en el funcionamiento del hospital son los vagabundos y los enfermos hospitalizados. Hará falta un cambio de mentalidad para que se pueda vislumbrar una actitud distinta ante esta parte de la población urbana.

La evolución sociopolítica de Europa a partir del Renacimiento concede creciente protagonismo normativo a las monarquías (18) en detrimento paulatino de la autonomía que gozaban las ciudades. La necesidad de racionalizar y homogeneizar la vida nacional obliga a reservar la máxima capacidad resolutive a la instancia central y aunque las ciudades retienen un amplio margen de competencias y maniobra siempre existe la eventualidad de una última autorización real para llevar a cabo lo acordado (19). De esta forma las ciudades son la fuente de la experiencia social y el marco en el que se desarrollan las diversas iniciativas e innovaciones, pero será en el ámbito nacional en donde se consagrarán jurídicamente, en última instancia, tales avances.

Precisamente en un ambiente de gran dinamismo socioeconómico, como lo constituye la Inglaterra del siglo XVII, se hace evidente la importancia de tomar en consideración las condiciones en que vive la población para conseguir mayores cotas de riqueza en todo el país, para toda la nación.

A partir del análisis de la evolución de la mortalidad en las parroquias de las grandes ciudades John Graunt no solamente funda la estadística médica (20), sino que encuentra argumen-

(11) Bullough, U. L. (12).

(12) Gottfried, R. S. (29).

(13) Becht, H. P. (9).

(14) Jetter, D. (36).

(15) Vanzan Marchini, N. E. (71).

(16) Rubio, A. (61).

(17) López Terrada, M. L. (44).

(18) Maravall, J. A. (46).

(19) Asensi, V. (6).

(20) Greenwood, M. (30).

tos para demostrar la no aleatoriedad de la muerte ni de la enfermedad, sino que ambas dependen de concretos factores sociales, y por tanto, ello justifica el que se proponga a la monarquía (suprema representación de los intereses colectivos) la adopción de medidas públicas que eviten tales desgracias (21).

El aumento en la complejidad de la vida urbana a lo largo de los siglos XVII y XVIII coincide con una creciente diversificación en la estratificación social, y con el desarrollo de lo que más tarde será la conciencia de los derechos humanos. Las barreras estamentales ya no son aceptadas tan acríticamente ni fácilmente como antes y se va imponiendo la necesidad de reconocimiento en la participación de los asuntos públicos. El desarrollo del mercantilismo va a suponer un importante impulso para las grandes ciudades, lo que a su vez generará en gran escala espacios nuevos para la reclusión y para la marginación (22).

El resquebrajamiento progresivo del mundo agrario feudal da lugar entre otras cosas a la desintegración del marco global familiar y al surgimiento de múltiples personas que aisladas, o en pequeños grupos, engrosarán las filas de la pobreza y marginación urbanas. Se puede afirmar que un correlato de la hegemonía mercantilista es la individuación y atomización de los valores y mercancías como unidades intercambiables y que ello favorece la consideración igualmente atomística de los individuos en la sociedad o de ésta como suma aritmética de individuos (23). Paralelamente a este proceso y quizá precisamente por ello se desarrolla una atención especial hacia los individuos aislados que pueblan estas ciudades, y que si en teoría pueden ser sujetos activos del concepto de Contrato Social, en la práctica viven privados de las mínimas condiciones de dignidad humana. El desarrollo del concepto de Derechos del Hombre se realiza en gran parte como contraste y reacción ante una realidad sangrante que afecta a grandes contingentes demográficos urbanos en los ámbitos más diversos: cárceles, hospitales, asilos, niños, mujeres, locos, enfermos, minusválidos, vagabundos, pobres, etcétera.

La figura que simboliza en este siglo XVIII esta nueva mentalidad, Rousseau, con su *Discurso sobre la desigualdad* y más tarde con su *Contrato Social* (24), aboga por una recuperación de las condiciones naturales de convivencia humana frente a la verdadera causa de perversión y de enfermedad, la estructura social irracional, aberrante procedente del aún vigente régimen feudal. En realidad sólo se entiende la enorme carga emancipadora y liberadora de la Ilustración cuando se la pone en relación con la realidad social nueva que ha forzado a modificar mentalidades acomodaticias.

En relación con nuestro interés, el de la salud pública, los tres campos en los que se manifiesta esta nueva realidad son el de la práctica municipal, adoptando los ayuntamientos con mayor celeridad decisiones para resolver (difícilmente) las situaciones novedosas (25), el del desarrollo de experiencias nuevas (26) de relación entre los profesionales y los artesanos favoreciendo un campo de nuevas realidades a teorizar (psiquiatría, obstetricia, pediatría, etc.) y el de teorización especializada, culminando con la obra de Johann Peter Frank en la Viena imperial, al dar carta de nacimiento a la higiene pública con su *Medizinische Polizei* (27). El objetivo global de la obra de J. P. Frank se sitúa precisamente en los tres ámbitos. En el de la actuación pública, en su caso no sólo desde los municipios, sino fundamentalmente desde la Corona, con su confianza en las posibilidades del Despotismo Ilustrado. Deposita en la preocupación que por el bien de todos debe presidir la acción del monarca (como así ocurría con José II) (28) la capacidad para conseguir una sociedad sin fuentes ni causas de enfermedad. En segundo lugar, al incluir como campo de estudio la realidad social creada por las nuevas condiciones de vida y de trabajo de las masas desfavorecidas de la población. En sus cargos anteriores al de Viena ha podido llevar a efecto Frank experiencias en colaboración con otros profesionales encaminadas a la erradicación de los focos insalubres (29). Por último, y como fruto de lo anterior, se plantea la interpretación del fenómeno de la distribución de la enfermedad en la sociedad como un hecho social y no exclusivamente biológico e individual. Desarrolla la acertada indicación de Rousseau: «Todas éstas son las tristes pruebas de que la mayoría de las dolencias que nos afectan han sido causadas por nosotros mismos y que las hubiéramos podido evitar todas si viviéramos con la sencillez y con el retiro que impone la naturaleza» (30). Frank ya señala en su discurso de 1766 en Heidelberg, recogiendo estas ideas de Rousseau: «La mayor parte de las dolencias que nos afectan proceden del propio hombre» (31).

De forma sistemática, guiado por el espíritu de la Ilustración, va repasando Frank las principales causas sociales de enfermedad, y proponiendo soluciones públicas, que a pesar de ser adoptadas por la monarquía van encaminadas a la abolición del feudalismo (32). Se podría afirmar, en consonancia con la evolución personal de J. P. Frank, que si por una parte su obra científica fue de gran trascendencia erigiendo una nueva disciplina, la Higiene Pública, precisamente el fracaso en sus intentos reformadores tanto en Viena tras la muerte de José II como en San Petersburgo señala el agotamiento de la fórmula del despotismo ilustrado, y abre las puertas a

(21) *Ibidem*.

(22) Foucault, M. (25).

(23) Condorcet (18).

(24) Rousseau, J. J. (60).

(25) Sáez Gómez, J. M. (62).

(26) Marset, P. (47).

(27) Frank, J. P. (26).

(28) Lesky, E. (42).

(29) Breyer, H. (11).

(30) Lesky, E. (42).

(31) *Ibidem*.

(32) Sigerist, H. (65).

nuevas experiencias sociosanitarias gracias a la Revolución Francesa y a la Revolución Industrial.

En la evolución y avance del pensamiento ilustrado a lo largo del siglo XVIII al final del mismo la Revolución Francesa va a suponer con la Declaración de Derechos del Hombre la culminación en la construcción racional de un horizonte de libertad e igualdad extraído por oposición al panorama de injusticia y arbitrariedad del *Ancien Regime*. En concreto el Derecho a la Salud va a ser protegido por el nuevo Estado para los indigentes y necesitados con el establecimiento del sistema público de la Beneficencia. Todo el espíritu humanitario y filantrópico que se había construido con el Despotismo Ilustrado se traspasa de la monarquía al nuevo Estado, con la misma orientación paternalista. La reordenación de los hospitales de París (33), la liberación de los locos (34), la atención a los marginados (35), etcétera, todo va a estar presidido por esta concepción a la vez liberadora y dirigista.

3. CIUDAD Y SALUD EN LA REVOLUCION INDUSTRIAL

El lento y largo proceso social en el que se desarrolla la Revolución Industrial produce como una de sus consecuencias más importantes la profunda transformación de las ciudades. Estas, que hasta este momento habían sido una necesidad del comercio y a su vez un espacio propicio a la cultura y a la libertad, pero siempre como entidad subordinada o al marco global feudal o a las monarquías, pasan ahora a ser las protagonistas del nuevo orden social. En la construcción de los nuevos Estados que genera la Revolución Industrial la dinámica urbana, en el amplio sentido de todas sus implicaciones, va a ir aportando los componentes constitutivos.

Las transformaciones sociales son de tal envergadura que en el campo de la salud van a dar lugar a una era totalmente nueva. Y en concreto en la cuestión que nos atañe, la de la relación entre la población y los profesionales sanitarios, fundamentalmente su eventual participación, dependerá de los avatares por los que pase la nueva clase social, el proletariado, dentro del Estado industrial.

Efectivamente, la Revolución Industrial va a desencadenar unas transformaciones en la salud de la población de gran envergadura (36). Todas ellas van a tener a la ciudad como sujeto activo. Todos los países europeos, cuando inician su despegue industrial, lo hacen con la industria ligera, concretamente la del algodón (Manchester y Lancashire en Gran Bretaña). Así, si en 1781 produce Inglaterra 2,5 millones de kilos de algodón, frente a 25 de lana, en 1831 ya son 125 millones de kilos de algodón cuando de

lana sólo se han producido 40. Esta enorme demanda de algodón tendrá dos consecuencias inmediatas: una primera, impulsar hasta límites escalofriantes el comercio de negros esclavos de África a América, y la segunda, eliminar la competencia de la incipiente industrialización algodonera de la India, y reconvertirla en colonia completa. Lo primero va a introducir en etnología, antropología, psicología y medicina el concepto de diferencias esenciales entre el organismo humano de color blanco (superior) y el de color negro (inferior), racismo que de una u otra forma llega hasta nuestros días, así como favorecerá el que en sociología, economía y otras disciplinas sociales, al amparo del crecimiento de las nuevas desigualdades sociales urbanas, se fomenta el darwinismo social (37). Lo segundo, el mantener las colonias como suministradoras de materias primas, va a suponer empobrecer y romper el equilibrio ecológico y cultural de estos pueblos, sobre todo de la India e Indochina, y esta población depauperada y mal nutrida será fácil presa de todo género de epidemias como las del cólera, etc., que anteriormente no poseían tal virulencia. Unida esta rotura ecológica con la intensificación de las comunicaciones a nivel planetario a causa de las necesidades de la industria (el mundo se hace más pequeño) se desencadenarán las epidemias de cólera que alcanzarán una y otra vez a Europa a lo largo del siglo XIX, haciendo estragos fundamentalmente en las ciudades fabriles superpobladas y hacinadas.

El crecimiento de la lógica capitalista e industrializadora lleva a que continuamente se erijan fábricas, atrayendo a una gran cantidad de población campesina. La densidad en las ciudades crece continuamente, mientras que sus condiciones sanitarias por el contrario empeoran. Si por ejemplo en la Alemania de 1800 de sus 23 millones de habitantes sólo hay 85.000 trabajadores industriales y el resto son siervos, en 1830 con 33 millones de habitantes (un 50 por 100 más) ya hay un millón de trabajadores en la industria (1.200 veces más). Si Manchester tenía en 1760 17.000 habitantes, en 1830 la población alcanzó los 180.000 (38). Los suburbios, negruzcos, enlodados, fríos y húmedos, crecen vertiginosamente. Las casas son pequeñas, su alquiler caro, con lo que se produce un hacinamiento creciente, sin las mínimas condiciones de habitabilidad. A veces faltan sillas y camas y un colchón es la única pieza del mobiliario. Como media por habitación llegan a contabilizarse a veces cinco personas. No existen lavabos, retretes, alcantarillado, ni agua potable. El poder adquisitivo de los salarios desciende, y la adulteración de los alimentos es la norma (39). Ya en 1822 John Lowe encuentra en Inglaterra, al comparar la evolución anual del precio del trigo y la mor-

(33) Ackerknecht, E. H. (1).

(34) Marseet, P. (47).

(35) Foucault, M. (25).

(36) Marseet, P. (48).

(37) Thompson, E. P. (69).

(38) Engels, F. (23).

(39) Thompson, E. J. (69).

talidad, una relación directa entre ésta y la carestía (40). La tendencia descendente de la tasa de mortalidad existente a lo largo del siglo XVIII, durante los años iniciales de la Revolución Industrial, se invierte, vuelve a aumentar, afectando principalmente a los niños (41). Cada epidemia de cólera, de difteria, de fiebre amarilla, etc., se cierne sobre todo en los barrios pobres de las ciudades.

Esta creciente pobreza de las ciudades contrasta con la enorme riqueza de los menos. En 1821 hay en Gran Bretaña 883 grandes magnates que ingresan por sí solos lo mismo que un millón de trabajadores, unos 35 millones de libras. Mientras el ingreso anual de aquéllos se cifraba en unas 40.000 libras, la familia del trabajador sólo percibía unas 35 libras al año (42). Ya Casper en Alemania en 1830 destacó que de cada 1.000 niños nacidos vivos llegaban a los quince años 584 de las familias trabajadoras, frente a 911 de las clases medias (43).

A estas condiciones hay que añadir el problema de emplear en estas fábricas de algodón, de papel, etc., preferentemente a mujeres y niños, por ser más baratos (la mujer la mitad del salario del hombre y el niño la cuarta parte o menos) y por ser el manejo de las máquinas tan sencillo que no requería gran fuerza física ni aprendizaje especial, a lo cual se añade también la menor combatividad de mujeres y niños a la hora de exigir mayores salarios. De esta forma se llega al cuadro habitual en gran parte de las familias: el padre desocupado en casa cuidando de los pequeños, o en la taberna borracho mientras la esposa y los niños mayores (a veces desde los cuatro años) se encuentran trabajando jornadas de catorce horas los niños y de hasta dieciocho los adultos (44).

Todo ello da idea de la enorme tensión a que estaba sometida esta masa de población de las grandes ciudades. Su antigua vida familiar, con sencillas costumbres, se ha roto totalmente. Aquí ya no hay familia, hay ciudadanos, individualidades, capaces de firmar un contrato leonino. No hay guía espiritual, la selva del más fuerte es la pauta de conducta que están viendo como modelo. La ausencia de moral, de escrúpulos es lo que priva. No hay derechos. Todo lleva a una gran desmoralización, a una pérdida de horizontes y un sentirse desprotegidos. Todo sigue igual, no se produce ningún cambio. De esta forma se les empuja a la prostitución, alcoholismo, delincuencia, mendicidad, etc. Lo que entonces se llamaban las costumbres «degeneradas» de los trabajadores (45).

No es extraño que de esta situación tan deplorable salga una enorme masa de personas enfermas que llenará los hospitales: tuberculosos,

sifilíticos, paralíticos, etc.; otra masa importante llena las prisiones en los casos de adultos y los reformatorios en los casos de los niños, y un tercer grupo llena los hospitales psiquiátricos por su locura como respuesta a esta irracionalidad de la sociedad (46).

Las ciudades se ven obligadas a construir grandes hospitales para albergar a tanto enfermo, llegando así a la especialización de los hospitales: para niños, sifilíticos, tísicos, enfermedades de los ojos, etc. (47). Además las ciudades se hacen cada día más insalubres. El número de informes sanitarios acerca de la situación de las viviendas de los trabajadores, de su alimentación y de sus condiciones de trabajo se multiplican en Gran Bretaña, Francia, Alemania y España (48). Por ejemplo, se calcula que en Liverpool, en 1840, la vida media para la familia de profesionales es de treinta y cinco años, para la de negociantes de veintidós y para el proletariado de quince (49).

Es lógico pensar, y así sucede en la realidad, que esta masa enorme, hacinada en las ciudades, que constituyen un fenómeno totalmente nuevo en la historia de la humanidad, sólo tenga una salida para mejorar sus condiciones de vida: la agrupación, su unión. Al principio en las llamadas *friendly societies*, para a través de una cuota semanal con el médico y el boticario poder enfrentarse con la pérdida de la salud, que es su única posesión a la hora de intercambiar horas de trabajo por un salario. La idea de solidaridad y de confiar únicamente en sus propias fuerzas hace surgir una ética totalmente nueva. A medida que crece la sociedad industrial a lo largo del siglo XIX, lo hace la masa proletaria y, por tanto, es más importante el papel que juega en la vida cultural, social y política.

La aparición de la industria produce también profundos cambios en el ejercicio de la medicina. En épocas anteriores la mayor parte de la población era atendida por barberos, cirujanos, boticarios, curanderos, algebristas, etc., que iban de pueblo en pueblo visitando al enfermo en su casa, mientras los médicos salidos de las facultades se preocupaban sobre todo de la salud de las familias acomodadas. En estas enormes ciudades, en las que ha desaparecido la posibilidad de que la familia atienda a los enfermos, no les queda más remedio a éstos que acudir a los hospitales. Los hospitales van a ser el lugar donde gracias a este acúmulo de casos se pueda, por la multiplicación de autopsias y exploraciones clínicas, construir toda una nueva doctrina de la enfermedad. Como llama Ackerknecht, los hospitales de estas ciudades industriales son *Fábricas de enfermos* (50). Los hospitales se van especializando en distintas enfermedades. París,

(40) Hobsbawm, E. J. (33).

(41) Mc Keown, Th., Lowe, C. R. (45).

(42) Engels, F. (43).

(43) Casper, J. L. (14).

(44) Thompson, E. P. (69).

(45) Villermé, M. (72).

(46) Schneider, M. (63).

(47) Ackerknecht, E. H. (1).

(48) Chadwick, E. (20); Villermé, L. R. (72); Casper, J. L. (13); López Piñero, J. M.; García Ballester, L.; Faus Sevilla, P. (43); Spree, R. (67).

(49) Chadwick, E. (20).

(50) Ackerknecht, E. H. (1).

por su reforma política con la Revolución Francesa, se convertirá en el centro científico médico del mundo (51). No es ninguna casualidad que se describa la tuberculosis, se constituya la pediatría, la psiquiatría o la higiene en esta ciudad.

Pero esta medicina hospitalaria va a traer dos consecuencias: la primera, la aparición de la figura del especialista, que encargado generalmente de la patología específica existente en una sala de hospital adquiere máxima experiencia en un tipo concreto de enfermos pasando a ejercer su especialidad en la misma ciudad. Van a ir juntos el hospital, el especialista y la ciudad. Como contrapartida, la medicina rural quedará abandonada, así como su homólogo en las ciudades, el médico de cabecera, privados ambos, en la mayoría de los casos, del acceso al hospital.

Al ser el hospital un centro donde se adquiere prestigio y *status* social, se van a multiplicar enormemente durante el siglo XIX, a veces con fines meramente lucrativos (52). Pero además el hospital trae otra consecuencia, la necesidad de una persona con un mínimo de conocimiento técnico para el cuidado del enfermo durante todo el día. El éxito obtenido por el sistema de asistencia desarrollado por Florence Nightingale en la guerra de Crimea le permite fundar en 1860 una escuela de enfermeras en el St. Thomas Hospital (53).

Existen, por último, elementos del conocimiento médico que se desarrollan por el avance de la industria. Podemos clasificarlos en tres niveles según su procedencia. El máximo nivel de abstracción afecta a las disciplinas que se relacionan con la nueva concepción del individuo humano. La psiquiatría, la psicología y la medicina legal. La Revolución Industrial ha empujado a miles de personas, como los enfermos mentales, a los hospitales, y es la conducta que allí presentan lo que se estudia por los médicos. La nueva psiquiatría exclusivamente hospitalaria, más sólida que la anterior, galénica, desembocará en el modelo (54) Pinel-Kraepelin tan sólidamente construido.

A un nivel intermedio de abstracción están aquellas disciplinas médicas que se enfrentan con las consecuencias sanitarias creadas por la industrialización. La primera es la higiene. Se crea todo un nuevo cuerpo de doctrina sobre las relaciones entre las condiciones de vida, trabajo, alimentación y la enfermedad. A este respecto destaca en Francia la obra de Villermé, Moreau de la Sarthe, Foderé, Parent, Duchatelet, Philippe Buchez, Trelat, Collard, Quetelet. No es ninguna casualidad que se edite en Francia la primera revista de higiene, los *Annales d'Higie-*

ne et de la Médecine Legale (1829), como el que se creen en Francia los Conseils de Salubrité (55).

Es, sin embargo, en Gran Bretaña gracias al impulso del *sanitary movement* donde más estudios realizan los médicos sobre este aspecto, destacando J. Love, Turner Thacrach, J. Philip Kay, Simon Gaskell, Farr, Arnott, Southwood Smith, y los trabajos de la Comisión Sanitaria guiada por Chadwick (56). En Alemania, una vez superada la etapa negativa de influencia de la *Naturphilosophie*, junto con el desarrollo de las ciudades se despierta la conciencia de los médicos, y aparte de los estudios del ya mencionado Casper, destacan por su trascendencia las obras de Neumann y de Virchow de 1847-48. Su estudio de la distribución de la enfermedad y de sus características les lleva a exclamar que la medicina en su contenido es una ciencia social, tal como afirma Neumann (57). En este sentido, al comprobar que lo único que posee el trabajador es su fuerza de trabajo, o sea su salud, Virchow afirma que los abogados naturales de los pobres, sus defensores, son los médicos (58). Esta preocupación creciente en Alemania, que por una parte lleva a la institucionalización de la Higiene como disciplina con la obra de Max von Pettenkofer (59), por otra cristaliza en una nueva disciplina, la Patología Social. Los estudios de Hirsch Mosse, Tugendreich y Gottstein desembocan en la figura creadora de Grotjahn (60), primer profesor de esta disciplina.

Gracias a la extensión de esta mentalidad higienista en un panorama de masivas epidemias de cólera y extensión de la tuberculosis las ciudades van cambiando entre final del siglo XIX y los primeros años del siglo XX (61). Se procede a la instauración definitiva de agua potable y alcantarillado, a la limpieza viaria, control de locales públicos, promoción de la educación sanitaria (62) tanto en la enseñanza obligatoria como en los adultos, y al asociacionismo higienista, con clara conciencia de reivindicar e incidir en la vía pública, en los gobiernos y parlamentos. Sin embargo, todo este movimiento que parecía indicar la instauración definitiva de la mentalidad salubrista, higienista, en el quehacer médico se ve obstaculizado, interrumpido e incluso en parte anulado por el desenlace de la pugna entre dos paradigmas competidores en la interpretación, explicación y adopción de partes de actuación ante el desencadenamiento de las epidemias, el miasmático-telúrico de naturaleza ecologista y social y el microbiológico (63).

Paradójicamente la fecunda línea científica de observación y contrastación que en medicina había iniciado Sydenham en el siglo XVII (64), y que triunfa con la mentalidad anatomoclínica en Pa-

(51) *Ibidem*.

(52) Ayers, G. M. (7).

(53) Eyles, J. M. (24).

(54) Dörner, K. (22).

(55) Marsset, P. (47).

(56) Chadwick, E. (20).

(57) Neumann, S. (51).

(58) Jacob, W. (35).

(59) Breyer, H. (11).

(60) Gebhard, B. (28).

(61) Balaguer, E.; Ballester, R. (8).

(62) Rosen, G. (58).

(63) Rosen, G. (56).

(64) Dewhurst, K. (21).

rís (65), desarrollando los componentes positivistas, llevará a un nuevo ontologismo nosológico (moderna versión del pensamiento tipificador y clasificatorio galénico) despreciando al enfermo concreto (66). El desenlace de la mencionada pugna entre los «higienistas», los que concebían la enfermedad ligada a las condiciones sociales de vida, y los «microbiologistas», los que «positivamente» sólo ligaban la «entidad morbosa» a la relación causal con un determinado microbio (67), no es un triunfo aséptico, «objetivo», de un paradigma frente a otro, sino que además y quizá fundamentalmente refleja la hegemonía finisecular del conservadurismo social propiciado por la nueva fase del sistema capitalista, opuesto a interpretaciones globales (68).

Las investigaciones científicas sobre la naturaleza social de la enfermedad encaminadas a la adopción de medidas sociales en el proceso del enfermar pierden parte de su interés y todo el cuerpo de conocimiento acumulado sobre la patología social, medicina preventiva, higiene pública, se dirigirá a la obtención de indicadores sobre posibles peligros de epidemias con el fin de actuar públicamente en consecuencia. La epidemiología se disocia en una actividad práctica limitada por el papel adjudicado al Estado en su posible intervención pública y una teorización matematizadora con pretensión biológica desconectada de la estructura conflictiva de la sociedad (69). En un contexto liberal en el que el Estado es árbitro y testigo de las transacciones y relaciones sociales, pero no parte activa de las mismas, sólo podrá intervenir en casos de «fuerza mayor», los peligros de epidemia. Los registros de mortalidad (y de morbilidad) sólo sirven para desencadenar intervenciones específicas en caso de detectar las señales de alarma preestablecidas.

Es realmente sorprendente el contraste existente entre la eficacia y minuciosidad metodológica con que se aplican de forma integrada los sucesivos descubrimientos biológicos y técnicos del siglo XX a la interpretación de la enfermedad con la escasez de estudios y ausencia de integración en la aplicación de los avances de la sociología, antropología, economía, política, historia, etc., en la comprensión de la enfermedad y la salud. Hasta tal punto es así que aún carecemos hoy en día, en las ciencias de la salud, de un modelo y una metodología científicas que integren de forma global y eficaz todas las disciplinas que aportan conceptos y técnicas sobre el fenómeno de la enfermedad en la sociedad.

4. PARTICIPAR EN SALUD, UNA CUESTION POLITICA

El fracaso de la revolución de 1848 trae entre otras consecuencias una reorientación de la lucha proletaria favoreciendo la adopción por par-

te de ésta de los instrumentos que ofrece el contexto político burgués. Por una parte se fortalece el sindicalismo para la consecución de mejoras en las condiciones de vida y por otra se acepta el campo político parlamentario para el logro de conquistas sociales y políticas. Precisamente las condiciones que posibilitan en la unificada Alemania el proceso de industrialización acelerada lleva a que alcancen protagonismo, a pesar de los obstáculos continuos que pone Bismarck al juego democrático, los avances políticos del Partido Socialdemócrata. Las grandes ciudades con sus suburbios proletarios van convirtiéndose en fortalezas de la izquierda. El temor a perder la mayoría la coalición gubernamental del empresariado con la nobleza, a pesar de la implacable actuación represiva de la policía, lleva a Bismarck a implantar como medida captadora de votos entre los obreros el esquema de Seguro Obligatorio de Enfermedad (70). Esta primacía política de la lucha obrera explica que sea Alemania el primer país en el que se adopta este esquema de SOE y no Inglaterra, con más larga tradición industrial y mayor masa obrera y urbana. A partir de este momento van a ir unidos los avances en los sistemas sanitarios y la lucha política del proletariado. Hasta tal punto es esto así que los sucesivos esquemas de SOE se adoptarán en Gran Bretaña, Francia, Bélgica, Italia, etc., en relación con la presencia e influencia de los sindicatos de clase y partidos de izquierda, mientras que en contextos igualmente industrializados y urbanos pero en los que se haya eliminado el carácter de clase de los sindicatos o yugulado la presencia de partidos de izquierda, como en los Estados Unidos de Norteamérica, no se aprobarán esquemas de SOE.

La comprensión de la naturaleza política de estas iniciativas del Estado pretendiendo la integración de los trabajadores en la lógica del sistema capitalista es lo que llevó en los primeros momentos a que los sindicatos y partidos políticos de izquierda las rechazaran (71), insistiendo en controlar por sí mismos tales mecanismos aseguradores, y no traspasarlos sin ninguna posibilidad de participación al Estado, por definición instrumento de la clase opuesta, la burguesía.

El siguiente paso, la adopción de esquemas más amplios para toda la población y para todas las facetas de la salud, no sólo para la curación, sino para la prevención y para la promoción de la salud, los Servicios Nacionales de Salud (SNS) aparecerán en Occidente tras la Segunda Guerra Mundial (SGM). El desarrollo de la SGM aumentó el componente de solidaridad en los pueblos europeos y expresión clara de ello fue el enorme auge de los partidos comunistas y so-

(65) Ackerknecht, E. H. (1).

(66) Leonard, J. (41).

(67) Rosen, G. (59).

(68) Cerroni, U. (16).

(69) Terris, M. (68).

(70) Sigerist, H. E. (66).

(71) Labisch, A.; Spree, R. (38).

cialistas en Francia, Italia, Gran Bretaña, etc., al finalizar la guerra. El veto puesto por los Estados Unidos de Norteamérica a cualquier eventualidad de transformación profunda de la estructura socioeconómica en Europa occidental, la implantación de la OTAN con las consecuencias de bipolaridad, el plan Marshall, la aceptación del reparto de zonas de influencia, resignándose la clase trabajadora a la imposibilidad de un cambio revolucionario, reconduce sus objetivos y lleva a aceptar el marco capitalista y procurar fundamentalmente una continua mejora de las condiciones de vida, tanto a través del salario directo como del indirecto.

Esta combinación de factores, bajo un marco conceptual keynesiano, convierte al anterior Estado liberal en un Estado protector, del Bienestar, y acoge la ola progresiva de la clase trabajadora y masas populares con los esquemas de la Seguridad Social, siendo Gran Bretaña el primer país capitalista en adoptar un National Health Service (Servicio Nacional de Salud) en 1948 (72). Continúa, por tanto, la fórmula iniciada por Bismarck en 1883 de tomar medidas sanitarias ante la clase trabajadora por razones políticas. A su vez, se inicia el modelo socialdemócrata y con él su época dorada.

Efectivamente, la paulatina construcción del Estado del Bienestar tras la SGM consolidando y aumentando las prestaciones sociales (pensiones, jubilaciones, subsidios de desempleo, Seguro Obligatorio de Enfermedad o SNS según las condiciones, enseñanza, servicios sociales, etc.), junto con la involucración pública en ramas de la producción, aumenta el papel del Estado en la economía a porcentajes que, en algunos casos, se acercan y superan el 50 por 100.

En la construcción de los SNS la lógica científica y curativa del modelo médico biólogo configura como núcleo organizador al hospital y como espacio subsidiario la región o la comarca o área sanitaria, generalmente de ámbito superior al urbano. La dinámica vertical, tecnocrática, impuesta por este núcleo organizador, y el hecho de que el ámbito de actuación sea generalmente supraurbano va eliminando protagonismo a la participación ciudadana y a las competencias municipales. Por otra parte, la propia evolución favorable de las economías nacionales bajo el Estado de Bienestar y la asunción de la dirección y gestión del SNS por entidades de rango estatal conduce a un incremento continuo de los gastos sanitarios (hospitalarios y curativos) en un ambiente de individualismo y ausencia de participación y control social.

Tras el desencadenamiento de la Crisis Fiscal del Estado de Bienestar en 1973 (73), como consecuencia de la lógica keynesiana, se van adop-

tando medidas políticas restrictivas (74) que afectan, entre otros, a los servicios sanitarios, cuestionándose el volumen, la eficacia y la eficiencia de la estructura sanitaria.

A partir de Alma-Ata (75) se constata el agotamiento del modelo tradicional de asistencia sanitaria centrado en la interpretación biologicista de la enfermedad y en la asistencia a la demanda, y se postula un nuevo modelo, el de Atención Primaria de Salud (APS), basado en una interpretación sociosanitaria de la enfermedad, en la promoción de la salud y en la participación de los ciudadanos. Ello supone todo un giro copernicano en la filosofía médica (76).

En diversos contextos, desde comienzos del siglo xx [Estados Unidos años veinte (77), Chile de Allende (78), Cuba de Fidel (79), Méjico (80), Estados Unidos años sesenta (81)] se han dado experiencias de atención sanitaria con participación de la población al calor del impulso del movimiento ciudadano que hoy incluiríamos en el modelo de APS. Vale la pena señalar cómo la experiencia norteamericana (82) de los años sesenta, producida a partir del programa del Presidente Johnson de lucha contra la pobreza en las ciudades, desemboca en la APS como consecuencia de la actividad de un sector no médico como era el de desarrollo comunitario. Esta experiencia organizativa y asistencial desplegó todas sus potencialidades integradoras de recursos y de conocimientos y fue adoptando una orientación transformadora. Hasta tal punto adquirieron estas organizaciones ciudadanas dinamismo y respaldo popular en sus actividades, muchas de ellas reivindicativas, que terminaron por ser eliminadas en favor de otras propuestas *light* de participación comunitaria [autocuidado, voluntariado para enfermedades específicas, atención domiciliaria, etc. (83)].

La situación política, económica y social desarrollada tras la crisis del Estado de Bienestar tiende a defender alternativas individualistas frente a las colectivas y solidarias, máxime cuando el tema de la participación comunitaria y la toma de decisiones es una cuestión de poder y de control. Teniendo en cuenta la tendencia dominante de convertir los Estados en instrumentos técnicos crecientemente eficaces en la consecución de los objetivos de las empresas multinacionales en una coyuntura económicamente crítica, es comprensible que se pretenda eliminar la participación ciudadana de aquellos sectores que puedan implicar aumento de los gastos sociales (84). Si a su vez se toman en consideración las dificultades crecientes para la vida asociativa en las ciudades y el distanciamiento hacia la actuación política, a la vez que la dependencia del poder político de la captación de

(72) Allsop, J. (2).
 (73) O'Connor, J. (52).
 (74) Marset, P. (49).
 (75) OMS (53).
 (76) Vuori, H. (73).
 (77) Krause, E. H. (37).
 (78) Navarro, V. (50).

(79) Araujo, L.; Llorens, J. (5).
 (80) Hulshof, J. (34).
 (81) Tranquada, R. F. (70); Sidel, V. W.; Sidel, R. (64).
 (82) Tranquada, R. F. (70).
 (83) Anderson, J. M. (3).
 (84) Hasenfeld, Y.; Rafferty, J. A.; Zald, M. N. (32).

votos, se comprende que frente a la participación ciudadana en la salud con todas las consecuencias (planificación, gestión y control) se ofrezcan sucedáneos de participación (centrados en cuestiones sectoriales) o imágenes de cierto sentimiento de identificación pero que en la práctica la suprimen [Programa de Ciudades Saludables (85)].

Este panorama se ensombrece en las ciudades fundamentalmente por las consecuencias que acarrea paradójicamente la eficacia del modelo keynesiano. En efecto, al satisfacer las continuas y lógicas demandas salariales de los sindicatos se recurre: 1) al aumento del rendimiento de la hora trabajada, para así mantener la tasa de ganancia, con la introducción de la innovación tecnológica periódicamente; 2) al aumento de la desigualdad en el intercambio ciudad/campo, materia prima/producto industrial, atenuando al Tercer Mundo, y 3) al aumento e incorporación a la lógica del consumo, tanto individual como público, de mayores zonas y ámbitos de la conducta y culturas humanas, en una dinámica alienante, mixtificadora y represora (86). La mayor eficacia productiva ligada a la innovación tecnológica da lugar al surgimiento de paro estructural fundamentalmente entre los jóvenes, fragmenta la clase trabajadora, terciariza la producción, disgrega contingentes demográficos en la economía sumergida. La continuidad en la relación desigual internacional hace aparecer la deuda externa creciente con su correlato de inflación de tres y cuatro cifras, empobrecimiento, violencia, dictaduras, expolios ecológicos y emigración masiva desde estos países a las metrópolis occidentales. La reducción del horizonte cultural de realización personal lleva o a la ilusión del consumismo alienador o a la desaparición del propio horizonte cultural con el consumo de drogas alienantes u otras formas de desintegración social urbana (87). A este panorama hay que añadirle la modificación de los pa-

trones epidemiológicos, con mayor importancia de las llamadas enfermedades crónicas, de la civilización, y el aumento de la longevidad de la población occidental. El resultado es una profunda transformación de la relación entre los pacientes y los profesionales en un contexto de crisis (88).

Parece evidente que con el actual concepto de salud, el ejercicio de la medicina requiera el restablecimiento de la fórmula hipocrática de diálogo democrático entre el médico y el paciente, pero esta vez superando las limitaciones mencionadas, centrando este diálogo no entre dos personas sino entre dos colectivos, el de los profesionales de la salud y el de la población. A su vez los canales de comunicación no son los ocasionales o determinados por la irrupción de una enfermedad aguda, sino que son continuos, permanentes, alrededor precisamente de la promoción de la salud, de la prevención de la enfermedad, y en un contexto definido, el órgano de participación estable, el Consejo de Salud. Por último, esta participación no tiene entidad en sí misma como una cuestión sanitaria, sino que forma parte de la superación de un concepto de Estado y de un concepto de democracia surgido por y para los intereses de una clase social en el siglo XIX. Hoy se convierte, justamente en las ciudades, la participación en forma de democracia directa, complemento necesario de la democracia indirecta.

Se puede afirmar que lejos de estar agotada comienza en estos momentos toda una nueva era en la medicina occidental gracias fundamentalmente al proceso de dinamización urbana que va transformando esquemas anquilosados de funcionamiento social. La medicina como ciencia biológica individual centrada en la enfermedad sí que ha terminado esencialmente su ciclo, como ciencia sociosanitaria centrada en la salud individual y colectiva inicia ahora su trayectoria en un mundo fundamentalmente urbano, «político».

BIBLIOGRAFIA

1. ACKERKNECHT, E. E. (1967): *Medicine at the Paris Hospital 1794-1848*, The Johns Hopkins Press, Baltimore.
2. ALLSOP, J. (1984): *Health Policy and the National Health Service*, Essex, Longman.
3. ANDERSON, J. M. (1990): «Home care management in chronic illness and the self-care movement: An analysis of ideologies and economic processes influencing policy decision», *Adv. Nurs. Sci.*, núm. 12, págs. 71-83.
4. ANTONANZAS, A., y RUIZ-GIMENEZ AGUILAR, J. L. (1990): «A vueltas con la participación», *IX Jornadas de debates sobre Sanidad Pública*, Pamplona.
5. ARAUJO BERNAL, L., y LLORENS FIGUEROA, J. (1985): *La lucha por la salud en Cuba, Siglo XXI*, México.
6. ASENSI, V. (1991): *La sanidad municipal en Murcia durante el reinado de los Reyes Católicos*, Universidad, Murcia.
7. AYERS, G. M. (1971): *England's first State Hospitals 1867-1930*, Wellcome Institute of the History of Medicine, Londres.
8. BALAGUER, E., y BALLESTER, R. (1988): «La ciudad y el desarrollo de la higiene pública: el ejemplo del Alicante de principios de siglo», *VIII Congreso Nacional sobre Historia de la Medicina*, Murcia, págs. 451-470.
9. BECHT, H. P. (1982): «Medizinische Implikationen der historischen Pestforschung am Beispiel des "Schwarzen Todes" von 1347-1351», *Stadt in der Geschichte*, Jan Thorbecke V. G. C., Sigmaringen, vol. 9, págs. 78-94.
10. BREYER, H. (1983): *Johann Peter Frank*, S. Hirzel V., Leipzig.
11. BREYER, H. (1985): *Max von Pettenkofer*, S. Hirzel V., Leipzig.
12. BULLOUGH, V. L. (1966): *The development of medicine as a profession*, S. Karger, Basel.

(85) Hancock, T.; Duhl, L. J. (31).

(86) Castells, M. (15).

(87) Marsset, P. (49).

(88) O'Neill, P. D. (54).

13. CASPER, J. L. (1825): *Beiträge zur medizinischen Statistik und Staatsarzneikunde*, Berlin.
14. CASPER, J. L. (1835): *Die Wahrscheinlichen Lebensdauer des Menschen in den verschiedenen bürgerlichen und gesselligen Verhältnissen, nach ihren Bedingungen und Hemmissen untersucht*, Berlin.
15. CASTELLS, M. (1978): *La crisis económica mundial y el capitalismo americano*, Laia, Barcelona.
16. CERRONI, U. (1971): *Metodología y ciencia social*, Martínez Roca, Barcelona.
17. CIPOLLA, C. M. (1976): *Public Health and the Medical Profession in the Renaissance*, C. U. P., Cambridge.
18. CONDORCET (1974): *Mathématique et société*, Hermann, París.
19. CROMBIE, A. C. (1987): *Historia de la ciencia: de San Agustín a Galileo*, Alianza Editorial, Madrid.
20. CHADWICK, E. (1965): *The sanitary condition of the labouring population of Gt. Britain*, E. U. P., Edimburgo.
21. DEWHURST, K. (1966): *Dr. Thomas Sydenham (1624-1689)*, The Wellcome Historical Medical Library, Londres.
22. DÖRNER, K. (1969): *Bürger und Irre*, Europäische V., Frankfurt.
23. ENGELS, F. (1976): *La situación de la clase obrera en Inglaterra*, Akal, Madrid.
24. EYLER, J. M. (1979): *Victorian Social Medicine*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
25. FOUCAULT, M. (1978): *Vigilar y castigar*, Siglo XXI, Madrid.
26. FRANK, J. P. (1779-1819): *System einer vollständigen medizinischen Polizei*, Mannheim-Stuttgart-Wien.
27. GARCIA BALLESTER, L. (1972): *Alma y enfermedad en la obra de Galeno*, Cuadernos Historia Medicina, Valencia.
28. GEBHARD, B. (1984): «La "Soziale Pathologie" de Alfred Grotjahn y su influencia en la medicina social inglesa y norteamericana en Lesky, E.», *Medicina Social*, Ministerio de Sanidad, Madrid.
29. GOTTFRIED, R. S. (1986): *The Black Death*, Papermac, Londres.
30. GREENWOOD, M. (1948): *Medical Statistics from Graunt to Farr*, C. U. P., Cambridge.
31. HANCOK, T., y DUHL, L. J. (1986): *Healthy cities: Promoting health in the urban context*, W. H. O., Copenhague.
32. HASENFELD, Y.; RAFFERTY, J. A., y ZALD, M. N. (1987): «The Welfare State, Citizenship and bureaucratic encounters», *Ann. Rev. Sociol.*, núm. 13, págs. 387-415.
33. HOBBSBAWM, E. J. (1971): *Las revoluciones burguesas*, Alianza Editorial, Madrid.
34. HULSHOF, J. (1988): *Economía política del sistema de salud*, Desco, Lima.
35. JACOB, W. (1984): «El legado médicosocial de Rudolf Virchow», en Lesky, E., *Medicina social*, Ministerio de Sanidad, Madrid, págs. 165-186.
36. JETTER, D. (1966): *Geschichte des Hospitals*, Wiesbaden.
37. KRAUSE, E. H. (1977): *Power and Illness*, Elsevier, Nueva York.
38. LABISCH, A., y SPREE, R. (1989): *Medizinische Deutungsmacht im Sozialen Wandel*, Psychiatrie V., Bonn.
39. LAIN ENTRALGO, P. (1970): *La Medicina Hipocrática*, Revista de Occidente, Madrid.
40. LAIN ENTRALGO, P., y GARCIA BALLESTER, L. (1972): «Medicina bizantina» en LAIN ENTRALGO, P., *Historia Universal de la Medicina*, Salvat, Barcelona, vol. 3, págs. 9-40.
41. LEONARD, J. (1981): *La Médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Aubiers Montaigne, París.
42. LESKY, E. (1984): *Medicina Social*, Ministerio de Sanidad, Madrid.
43. LOPEZ PINERO, J. M.; GARCIA BALLESTER, L., y FAUS SEVILLA, P. (1964): *Medicina y Sociedad en la España del siglo XIX*, Madrid.
44. LOPEZ TERRADA, M. L. (1987): *El Hospital General de Valencia en el siglo XVI*, Universitat, Valencia.
45. MC KEOWN, TH., y LOWE, C. R. (1981): *Introducción a la Medicina Social*, Siglo XXI, México.
46. MARAVALL, J. A. (1972): *Estado Moderno y Mentalidad Social*, Revista de Occidente, Madrid.
47. MARSET, P. (1978): «La psiquiatría durante la Revolución Francesa: la obra de Philippe Pinel», *Est. Hist. Social*, núm. 7, págs. 217-287.
48. MARSET, P. (1979): «Repercusión de la industria en la medicina del siglo XIX», *An. Univ. Murcia*, núm. 24, págs. 91-106.
49. MARSET, P. (1991): «Políticas neoliberales en salud», en *La ofensiva neoliberal y la sanidad pública*, FIM, Madrid.
50. NAVARRO, V. (1976): *Medicine under capitalism*, Prodist, Nueva York.
51. NEUMANN, S. (1847): *Die Öffentliche Gesundheitspflege und das Egetum*, Berlin.
52. O'CONNOR, J. (1973): *The Fiscal Crisis of the State*, St. Martin's Press, Nueva York.
53. OMS (1978): «Alma-Ata, Atención Primaria de Salud», *Salud para Todos*, núm. 1.
54. O'NEILL, P. D. (1982): *Health Crisis 2000*, W. H. O., Copenhague.
55. RIFKIN, S. B. (1986): «Lessons from community participation in health programs», *Health Policy and Planning*, núm. 1, págs. 240-249.
56. ROSEN, G. (1957): «The Fate of the Concept of Medical Police, 1790-1890», *Centaurus*, núm. 5, págs. 97-113.
57. ROSEN, G. (1958): *A history of Public Health*, M. D. Pub, Nueva York.
58. ROSEN, G. (1973): «Disease, Debility and Death en Dyos», H. J. y WOLFF, M., *The Victorian City: Images and Realities*, Londres, vol. 2, págs. 625-667.
59. ROSEN, G. (1974): *De la policía médica a la medicina social*, Siglo XXI, México.
60. ROUSSEAU, J. J. (1966): *Du Contrat Social*, Garnier-Flammarion, París.
61. RUBIO, A. (1984): *Pobreza y enfermedad y asistencia hospitalaria en la Valencia del siglo XIV*, Inst. Alfonso Magnánimo, Valencia.
62. SAEZ GOMEZ, J. M. (1990): *La sanidad municipal en la Murcia del siglo XVIII*, Universidad, Murcia.
63. SCHNEIDER, M. (1980): *Neurosis y lucha de clases*, Siglo XXI, Madrid.
64. SIDEL, V. M., y SIDEL, R. (1977): «Primary Health Care in relation to socio-political structure», *Soc. Sci. Med.*, núm. 19, págs. 415-419.
65. SIGERIST, H. E. (1981): *Hitos en la historia de la salud pública*, Siglo XXI, México.
66. SIGERIST, H. E. (1984): «De Bismarck a Beveridge. Desarrollo y tendencias de la legislación sobre Seguridad Social», en LESKY, E., *Medicina Social*, Ministerio de Sanidad, Madrid, págs. 187-210.
67. SPREE, R. (1988): *Health and Social Class in Imperial Germany*, Berg, Oxford.
68. TERRIS, M. (1980): *La revolución epidemiológica y la medicina social*, Siglo XXI, México.
69. THOMPSON, E. P. (1968): *The making of the english working class*, Londres.
70. TRANQUADA, R. F. (1973): «Participation of the poverty community in health care planning», *Soc. Sci. Med.*, núm. 7, págs. 719-728.
71. VANZAN MARCHINI, N. E. (1985): «Dall'Ospedale dei Mendicanti alla grande fabbrica della salute», en *La memoria della salute. Venezia e il su Ospedale dal XVI al XX secolo*, Arsenale Ed., Venecia, págs. 41-52.
72. VILLERME, L. R. (1971): *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers*, U. G. E., París.
73. VUORI, H. (1989): *Construcción de la Atención Primaria de Salud*, Universidad, Murcia.