

LA SALUD Y LA NORMA. PARA UNA GENEALOGÍA DE LA MIRADA MÉDICA*

Rafael HUERTAS

Profesor de Investigación. Departamento de Historia de la Ciencia. Instituto de Historia. CSIC. Madrid.
cehrh04@ceh.csic.es

En el estudio del proceso salud-enfermedad como fenómeno bio-social viene ocupando un lugar destacado el análisis de las relaciones entre la enfermedad, como realidad social históricamente condicionada, y las distintas formas de marginación tanto individual como colectiva. Determinadas enfermedades, por considerarse peligrosas o contaminantes han obligado, a lo largo de la historia, a desarrollar unos mecanismos, unas estrategias de “defensa social”, cuyo alcance ha trascendido con frecuencia los estrictos objetivos médicos o sanitarios para acabar facilitando un importante aparato de vigilancia y control aplicable a la totalidad de los ciudadanos.

El leproso, el apestado, el sifilítico, pero también el loco, el tuberculoso, el alcohólico, el drogadicto, el enfermo de sida -correctamente diagnosticados o no- se han convertido, en momentos históricos concretos, en los grandes chivos expiatorios de una sociedad enferma cuyas clases dominantes han ejercido todo su poder contra los que, contraviniendo sus normas, han puesto –y ponen- en evidencia las contradicciones del sistema. La Medicina, junto al Derecho y a la Teología, se erige como uno de los grandes saberes normativos al tener la facultad de decidir lo es “sano” o “normal” y lo que es “patológico”, estando dispuesta, con demasiada frecuencia, a justificar “científicamente” determinados diagnósticos que más que juicios clínicos no son sino verdaderas decisiones sociales.

Así pues, en todo el discurso sobre la norma y la normalización, es indudable que nos movemos constantemente en la dialéctica centro-periferia. Los sujetos o colectivos que más y mejor acaten las reglas impuestas estarán suficientemente “centrados”, “incluidos” e integrados en la norma. Los que no, estarán marginados, excluidos y considerados anormales, toda vez que quedan al margen, en la periferia de las imposiciones o los acuerdos sociales.

En las páginas que siguen intentaré, basándome en algunos ejemplos concretos, proponer algunos elementos de reflexión en torno a los esfuerzos de la medicina para conseguir la “inclusión social” o integración en la norma establecida. En tiempos de individualismo y privatizaciones no está de más echar la vista atrás e intentar un análisis genealógico que nos permita valorar, a propósito de un fenómeno concreto, la relación existente entre los elementos de innovación y los heredados, sacando a la luz sus contradicciones y las estructuras semiocultas bajo aparentes discursos de modernidad.

1. Salud, marginación e inclusión social

En un ya antiguo, pero todavía útil, trabajo, Thomas Schelling propuso tres tipos esenciales de procesos de marginación social:

- 1) El que tiene su origen en la acción organizada, que puede ser legal o ilegal, sutil o evidente, directa o indirecta, amable o violenta, moralista o pragmática, pero que, en cualquier caso, está explícitamente presente en las voluntades colectivas, por lo que no se prejuzga su estatuto jurídico, ni su legitimidad y es llevada a cabo por grupos o instituciones que se consideran capacitadas para tal menester.

* Trabajo realizado en el marco del Proyecto de Investigación HUM2006-12278-C03-01/HIST (Ministerio de Educación y Ciencia. España)

- 2) El proceso de segregación puede ser el resultado de las desigualdades sociales. Proceso, en gran parte económico, aunque no totalmente, que separa ricos y pobres, niveles de instrucción y de competencia, relaciones sociales, modo de vida, etc.
- 3) Finalmente, la marginación puede aparecer también como resultado de la combinación de comportamientos discriminatorios que denotan una percepción, consciente o inconsciente, de sexo, edad, religión, etnia, etc., que no establecen necesariamente una voluntad de segregación pero que acaban definiendo prioridades entre individuos y/o grupos humanos.

Como es lógico, en la práctica, estos tres procesos pueden asociarse de manera variable en la producción de situaciones concretas o singulares, lo que nos permite aunar consideraciones tanto estructurales como superestructurales y definir la marginación como “un conjunto de procesos que a nivel de las condiciones materiales de existencia sitúan al individuo o grupo social en una clara situación de inferioridad -o de limitación de acceso- en relación a la obtención de los recursos más habituales de su sociedad” (Romaní, 1992: 259). Procesos que irán siempre acompañados de racionalizaciones ideológicas compatibles tanto con la estructura socio-económica como con el código cultural hegemónico, dando lugar a una verdadera construcción social de la marginación.

Es evidente que los espacios disciplinarios cerrados -la cárcel, el manicomio, etc.- o semicerrados -el hospital, la escuela, etc.- tienen como objetivo la segregación, separación o custodia física de aquellos sujetos a los que se les aplica tratamientos o programas normalizadores. Pero también el abierto espacio social puede ser entendido, en sí mismo, como un ámbito en el que desarrollar estrategias de control y regulación social, y donde la Medicina, a través fundamentalmente de la Higiene y la Medicina Social, encontrará una incuestionable área de actuación normativa.

Clásicamente se identifica el nacimiento de la Medicina social con los problemas socio-sanitarios surgidos a raíz del proceso de industrialización iniciado en Europa en el siglo XVIII y continuado a lo largo de todo el XIX o, dicho de otro modo, con la instauración del modo de producción capitalista. En este sentido, es importante señalar que el concepto de “enfermedad social” no está presente en el inicio de la reflexión racional sobre la naturaleza del enfermar, sino que se ha desarrollado en los últimos dos siglos al formar parte de una cultura industrial y urbana, rápidamente relacionada con la aparición de nuevas patologías que, con un condicionamiento socio-económico evidente, surgieron como consecuencia de los cambios que en el proceso productivo había introducido la Revolución industrial.

Dos son, a mi juicio, los puntos de partida fundamentales mediante los que comenzaron a establecerse las íntimas relaciones entre condiciones sociales y enfermedad. Por un lado, la aparición de toda una nueva patología laboral derivada, en general, de unas condiciones de trabajo antihigiénicas e inseguras. Por otro, la constatación estadística de una diferente morbi-mortalidad entre ricos y pobres.

Si bien en la obra de B. Ramazzini, *Tratado de las enfermedades de los artesanos* (1700), comienza a hablarse de los nocivos efectos de algunos oficios, del significado económico de la salud o de la necesidad de una legislación protectora de la salud de los trabajadores, no es hasta 1831 cuando aparece la primera reflexión crítica, desde la medicina, sobre la situación creada por la Revolución industrial: el extenso informe de Charles Turner Thackrah, titulado *The Effects of Arts, Trades and Profession...on Health and Longevity*, tiene una gran importancia histórica no solo por su carácter de obra pionera, sino también, y sobre todo, porque introduce una intención moralizante y de intervención inmediata, ausente en planteamientos anteriores, que llegará a impregnar el discurso médico y la literatura sanitaria de todo el siglo XIX y comienzos del XX (Huertas y Maestro, 1991)

La educación y moralización de las costumbres fueron dos pilares básicos en los que la burguesía decimonónica fundamentó sus esfuerzos para integrar -para incluir- a las clases populares en el nuevo sistema social. La necesidad de racionalizar y disciplinar sus conductas, de transformar su “modo de vida” de acuerdo con el orden burgués, precisaba la definición de nuevas pautas de

normalidad y, en definitiva, unas estrategias de regulación que ya no estarían dirigidas a sujetos o a grupos concretos sino a la población en general.

Junto a nociones como “nivel”, “condiciones”, “calidad” de vida, etc., el concepto de “modo de vida” me parece especialmente útil para situar nuestro registro de análisis. Si aceptamos el “modo de vida” como la “categoría sociológica que refleja de forma sistemática las condiciones económicas, sociopolíticas y culturales de las formas características, repetidas y estables de la vida cotidiana de las personas y de las colectividades” (Aldeguería, 1986: 44), no es difícil comprender que a cada clase social le corresponde un “modo de vida”. Las diferencias son bien conocidas y se expresan tanto en hábitos higiénicos, características de la alimentación, calidad de las viviendas, etc., como en las formas en que las personas hacen o no suyas las influencias ejercidas por los valores, ideales y objetivos de las clases en conflicto. Todos estos aspectos hacen referencia, como es obvio, al concepto gramsciano de hegemonía social y su concreción, en cada momento histórico, expresa el nivel alcanzado por la lucha de clases.

Conflictos de clase ante los que los higienistas, médicos sociales y demás reformadores sociales intervinieron activamente con dos objetivos evidentes: Por una parte, para proponer y defender medidas que atenuasen las duras condiciones de vida y de trabajo del proletariado, cuyo correlato inmediato debía ser la disminución de la mortalidad. Por otra, para elaborar y llevar a cabo estrategias de tutela y vigilancia de los sectores populares, con el fin de paliar la tensión social generada por la miseria y el pauperismo y la “peligrosidad” tradicionalmente achacada a trabajadores y clases populares.

Represión *versus* mediación social. Segregación *versus* integración. Dos enfoques, contrapuestos o complementarios según los casos concretos, que nos acercan a una reflexión sobre el papel de las instituciones asistenciales y los sistemas de salud en sus actuaciones sobre la población. Una reflexión en la que se han incorporado nuevos elementos de análisis histórico y sociológico que nos permiten matizar y reconducir el estudio de la “acción higiénica” sobre las “clases peligrosas”. Me refiero al papel de “mediación social” que el sistema sanitario y de beneficencia, con sus muy diversas actuaciones sobre la población (educación sanitaria, previsión social, luchas sanitarias, etc.), desempeñó en la construcción del llamado *homo hygienicus*.

Se trata de una construcción “ideal”, como en su momento lo fue el *homo oeconomicus*, concepto utilizado en teoría económica para establecer un modelo de comportamiento humano, una representación imaginaria del ser humano que se comportaría de forma perfectamente racional ante los “estímulos” económicos, al ser capaz de procesar adecuadamente la información que conoce y actuar en consecuencia.

El *homo oeconomicus*, para el que el mercado es su hábitat natural, tiene como objetivo vital inmediato la obtención del propio beneficio y acaba constituyéndose en personaje “tipo” con carácter universal: Consiste en la normalización/naturalización del ideal capitalista y significa confundir lo económico en general con una realización histórica concreta. Al tomar el ideal del comportamiento económico como una norma no hay que sorprenderse de tener por sociedad un vasto mercado. Lo económico es lo único real en la sociedad, es necesidad. La política no tiene una función propia, está condicionada y diseñada en sí misma por lo económico (García Montero y Manresa, 1991, 376).

El *homo oeconomicus* se convierte, así, en paradigma del individuo alienado en la sociedad capitalista, siendo una especie de resultado fallido de aquel nuevo hombre concebido por la Ilustración.

De modo parecido, en el ámbito de la salud, podemos identificar un *homo hygienicus*, habitante de una sociedad “saludable”, que ha tenido una definición explícita de clase al ser ideado y, en buena medida, ejecutado por los mismos sectores sociales que han controlado el proceso de modernización industrial que coincidió con la instauración del modo de producción capitalista. Ahora bien, es evidente que el desarrollo de un objetivo social claro, como el de la salud, hubiera resultado imposible sin la aceptación y reproducción por parte de los individuos de una necesaria serie de cambios comportamentales, para lo que fue preciso la tarea persuasiva y prolongada de los

profesionales de la salud y otros agentes sociales a través de los sistemas nacionales de salud. La medicina cumpliría, según esta hipótesis, un papel de “mediación” entre los individuos y las nuevas realidades sociales que, desconocidas hasta el momento, fueron surgiendo tras los distintos avatares del desarrollo capitalista.

En esta ocasión nos centraremos en el análisis algunas estrategias higienistas de carácter general, dirigidas no a patologías o a problemas de salud pública concretos, sino a discursos y prácticas que tienen que ver con la intervención directa de la norma médica en las distintas facetas de la vida de los individuos.

2. Higiene y Moral

Como estamos viendo, la “moralización de las costumbres” fue uno de los elementos claves en los que se basó el discurso higienista “liberal”. Las causas de la miseria y de la enfermedad fueron transformadas con habilidad en un problema moral que tenía su origen en la naturaleza viciosa de los pobres y en sus formas de vida. El siguiente texto del higienista catalán Joaquín Salarich, publicado en 1858, es suficientemente significativo de la retórica utilizada en la época para justificar la identidad entre higiene y moral:

“...no olviden los gobiernos que las masas inmensas de obreros, que ellos gobiernan y arreglan perfectamente en sus notas, no son guarismos abstractos que se avengan a toda modificación y arreglo. Son guarismos de carne y hueso, que forman un cuerpo colosal, por cuyas venas corre una sangre ardiente y viciosa: el cáncer de la desmoralización corroe sus entrañas; los instintos aviesos neutralizan los benéficos resultados de las ventajas materiales que se les proporcionan. Y es que se olvida lo más esencial, es que no se le moraliza, no se le inculcan las creencias religiosas, que deben sacarle del lodazal vicioso en que vive sumergido; no se ilustra su entendimiento, que debe hacerle conocer el estado abyecto en que vegeta; no se le educa, para que pueda ensanchar el angosto círculo que le comprime, y que sujeta en su estado de miseria y de idiotismo” (Salarich, [1858]. Tomado de Jutglar, 1984, 285-286)

El obrero podía ser pobre pero, sobre todo, debía ser honrado. La máxima de P.F. Monlau, uno de los higienistas españoles más importantes del siglo XIX, no deja lugar a dudas sobre el talante paternalista y moralizador del discurso: “El obrero es pobre, socorredle, ayudadle. El obrero es ignorante: instruirle, educadle. El obrero tiene instintos aviesos: moralizadle” (Monlau, [1872]. Tomado de Jutglar, 1984, 171)

En suma, la incapacidad de los obreros para controlarse e integrarse en la nueva sociedad, aceptando su condición social, reducía la cuestión a un mero problema de educación y de moralización que exigía un gran programa de corrección que actuara “higiénicamente” en el medio de vida y de trabajo de las clases populares, transformando sus costumbres.

Sin descartar la existencia de otras posibles, me parece, de acuerdo con Ricardo Campos (1995), que los tres pilares básicos en los que se sustentó la estrategia higienista en este plano de actuación fueron: moralizar por el trabajo, inculcar un sentimiento “previsor” y reordenar el espacio y la vivienda.

2.1. La moralización por el trabajo

Las virtudes moralizadoras del trabajo fueron repetidamente destacadas por los reformadores que abordaron la “cuestión social” ya desde los comienzos del proceso de industrialización. El trabajo fomentaba el orden y la constancia, evitando formas de vida peligrosas o desarraigadas.

El trabajo favorecía la adopción de hábitos y costumbres que habrían de convertir al obrero en disciplinado, productivo y previsor, alejándole de la taberna, del juego o del burdel, pero también

de la holganza, del delito o de las veleidades revolucionarias. En suma, el trabajo alejaba de todo aquello que pudiera resultar molesto o peligroso al nuevo orden liberal. El trabajo, además, ayudaba no solo a mantener ocupado a los individuos en el momento de su jornada laboral, sino a regular toda su vida, mediante el manejo disciplinado de los horarios. La utilización del tiempo resulta fundamental, como ya hemos visto en capítulos anteriores, para reglamentar la actividad de las instituciones cerradas, pero también para llevar una vida disciplinada: establecer ritmos, imponer actividades y regular ciclos de repetición son elementos comunes de una vida ordenada. Así, la sirena de la fábrica marca el comienzo y el fin de los turnos de trabajo, a la vez que marca todo un itinerario de vida: un tiempo para el trabajo, otro para el descanso, etc., que se relaciona, en el caso que nos ocupa, con la salud del trabajador que no comente excesos e incorpora el ritmo laboral, a su propio ritmo biológico.

No olvidemos, en este sentido, que el trabajo constituyó un elemento terapéutico y moralizador de primer orden también en las instituciones cerradas, como el manicomio (la laborterapia) o la cárcel (la redención de pena por el trabajo), y que incluso existieron en Europa unos establecimientos específicos como los *workhouse*, lugar de acogida de pobres y vagabundos donde se les sometía a un “entrenamiento” para el trabajo.

La capacidad para trabajar se convierte así en un elemento normativo fundamental en el que la medicina tendrá un espacio de actuación privilegiado. Creo que se puede afirmar que, desde entonces, la medicina se convierte en un acto de regulación de la capacidad de trabajo. La norma de trabajo impregna el juicio de los médicos como punto de referencia mucho más preciso que cualquier valor biológico, fisiológico o psicológico mensurable. El médico se convierte en el encargado de establecer lo que es salud y lo que es enfermedad (tanto para las enfermedades laborales como para las comunes), ya que la determinación de los límites de la resistencia no puede concedérsele al obrero, que siempre es sospechoso de vagancia, siendo la autoridad médica la que tendrá que decidir en función de criterios supuestamente científicos. En definitiva, el mismo proceso por el que se expropia a los individuos de sus medios de trabajo, de sus productos y de su fuerza de trabajo, sirve también para expropiarles su salud y su enfermedad. Del mismo modo que deben renunciar a la libre disposición de su fuerza de trabajo en favor del patrón, deben renunciar a su soberanía corporal y confiar su cuerpo a la autoridad médica.

Ahora bien, los vaivenes en el mercado del trabajo, como consecuencia de las crisis periódicas del sistema, propiciaron situaciones de desempleo, empeorando las ya de por sí penosas condiciones de vida del proletariado. La Beneficencia pública pretendió paliar, a su manera, la pobreza y las desgracias de los más pobres, de los que no podían trabajar, de los enfermos y de los inválidos. Sin embargo, su propia existencia no solo contradecía la esencia del estado liberal (el *laissez faire* en estado puro), sino que, además, podía desperdiciar mano de obra e impedir la moralización por el trabajo.

La expectativa de mano de obra desaprovechada llenó de inquietud a una clase media en ascenso que no dudó en proponer medidas tendentes a ampliar el mercado de trabajo en la más pura línea del liberalismo económico. En un clásico trabajo, uno de los fundadores de la historia social de la medicina, analizaba la situación de la siguiente manera:

“Como el sistema de beneficencia se suponía que era el principal obstáculo para la creación de un mercado de trabajo perfecto y adaptado a las necesidades de la industria, el camino que parecía más adecuado y con más perspectivas de éxito era suspender la asistencia a los pobres que estuvieran físicamente capacitados para el trabajo, a fin de conseguir mano de obra y dejar vía libre a su propio interés económico” (Rosen, 1953, 421).

Es evidente que este tipo de propuestas deben relacionarse directamente con las doctrinas que en política económica representaban autores como Adam Smith, Malthus o Ricardo. Doctrinas que han sido retomadas por el neoliberalismo de los años ochenta del siglo XX, en especial por el antikeinesianismo de Hayek y la escuela económica de Chicago y que ha tenido en los esposos

Friedman a sus más conocidos divulgadores (Friedman, 1980). Así, el discurso neoliberal ha predicado la privatización de la asistencia y ha propiciado decisiones políticas encaminadas a la disminución del gasto público en bienestar social. En este contexto, la Seguridad Social hoy, como lo fue la Beneficencia en el pasado, se ha convertido en un fuerte obstáculo a las exigencias de una mano de obra barata y abundante. Las argumentaciones que se manejan son exactamente las mismas que las de la economía clásica: éticamente constituiría una ofensa a la libertad individual y económicamente una traba al mercado de trabajo (Peset, 1981).

2.2. El fomento del ahorro y la previsión

La falta de previsión fue una de las principales acusaciones que se formularon contra la clase trabajadora. Lejos de admitir que el problema radiaba en el modelo de acumulación y en las relaciones de producción, se argumentó con vehemencia que el obrero debía administrar correctamente su salario, controlar sus excesos y conformarse con una escasez que no tenía por qué resultarle insoportable si se comportaba con arreglo a una serie de pautas.

Uno de los ejemplos más paradigmáticos de este tipo de estrategia es el que se puede encontrar en el marco de la lucha antialcohólica. Al contrario que la tuberculosis y la sífilis -las otras dos “plagas blancas”-, el alcoholismo no era una enfermedad infecciosa y se contraía no por contagio, sino por la ingesta “voluntaria” y mantenida de bebidas alcohólicas, cuya adquisición siempre suponía, por muy barato que fuera el producto, un gasto que el obrero no debía permitirse. El discurso, a la vez paternalista y culpabilizador, de los informes presentados a la Comisión de Reformas Sociales en las últimas décadas del siglo XIX, es claro y contundente:

“Si bien es cierto que el salario del obrero es corto en la mayoría de las veces, ya podría, sin embargo, aunque con cierta estrechez, acudir en auxilio de sus necesidades si de aquel hiciese una distribución más ordenada y justa y más en armonía con sus recursos, y no la distribución malamente calculada que él hace; y aquí tocamos con el verdadero pecado mortal de la clase obrera, que son las bebidas”.

La lectura es doble o, si se prefiere, el círculo se cierra sobre sí mismo. El fomento del ahorro favorece la lucha antialcohólica, porque cuanto menos se beba menos se despilfarra el sueldo. De este modo se llega a una sobrevaloración de la enfermedad como causa de miseria. El debate que se plantea no es baladí: ¿la pobreza y las malas condiciones de vida del proletariado impulsaban a beber? o, ¿era la bebida la causante de sus desgracias?. Para los higienistas y reformadores burgueses no cabía ninguna duda: “creemos firmemente que no se bebe por ser pobre, sino más bien, y con más frecuencia, se llega a la pobreza por beber, y sobre todo, por haber bebido con exceso”.

Esa actitud tuvo una doble consecuencia: por un lado ahondaba en la responsabilidad y voluntariedad del proletariado en su situación económica, con lo que se eludía tratar el verdadero problema (las injustas relaciones de producción); y por otro, y como consecuencia del primero, se trasladaba el problema del ámbito de las necesidades materiales al de la necesidad de dotar al inculto trabajador de una educación moral. Era preciso oponerse con fuerza a la imprevisión del obrero que malgastaba su salario en la taberna: “sin tener en cuenta que la edad, o una lesión, o una enfermedad contraída por tan funesto vicio, les imposibilitaba para ganarse el pan cotidiano, la miseria y la desolación más espantosa se cierne fatídicamente sobre su familia que queda en el mayor desamparo”. Había que inculcar, pues, el hábito del ahorro y la previsión, lo que no dejaba de ser una tremenda hipocresía, pues está más que demostrado que la mayoría de los trabajadores vivían al límite de la subsistencia.

La identificación entre pauperismo y alcoholismo contenía otro mensaje sobreañadido: la acusación de que el alcoholismo empobrecía a la nación por los enormes gastos que producía, desordenes públicos, accidentes de trabajo, jornadas laborales perdidas, etc. En definitiva, la creación de la figura del “obrero borracho”, que la medicina tanto contribuyó a establecer

culpabilizando al sujeto de su propia enfermedad, se convirtió también en una patología social que era preciso combatir tanto a nivel individual como colectivo. La taberna como un espacio de trasgresión, lugar de cita de criminales y revolucionarios -donde se planeaban actos antisociales de cualquier naturaleza- o, simplemente, lugar de ocio popular siempre de dudosa moralidad fue objeto de críticas y actuaciones diversas, desde medidas legislativas, como la Ley de descanso dominical, que impedía abrir las tabernas los fines de semana, a discursos reformistas procedentes tanto de la burguesía como del propio movimiento obrero, cuyos dirigentes intentaban ofrecer alternativas a la taberna (la propias casas del pueblo), con el objetivo de contrarrestar la susodicha figura del “obrero borracho”, insolidario y antirrevolucionario, con la del “obrero abstemio”, responsable con sus obligaciones de clase (Campos, 1997).

Como vemos, este empeño de inculcar un espíritu previsor se articuló en varios niveles de actuación: 1) fomentando el ahorro y la buena administración de la propia escasez; 2) evitando excesos, como el vicio del alcohol o el juego, o las veleidades revolucionarias, etc. Pero todo ello con el telón de fondo de la familia. El modelo de familia burguesa se intenta trasladar a la cultura proletaria con todas sus consecuencias. Se trata de un nuevo espacio de regulación social, más “blando” desde luego que las instituciones cerradas como la prisión o el manicomio, pero de una gran efectividad “preventiva”. El apego del obrero a su familia le hará ser previsor y alejarse del alcohol. Abundante literatura ha resaltado, a este respecto, el papel de la mujer en el hogar proletario como trasmisora de los valores burgueses. Valores que tendrán su máxima expresión, no ya en la aceptación y puesta en práctica de una serie de principios morales, sino en el acceso del “buen obrero” a la propiedad. Tal posibilidad -tras el pago continuado a lo largo de largos años- aglutinaba y favorecía todos los elementos antes descritos: estimulaba el ahorro y propiciaba la “vida familiar”, con todas sus virtudes, además de inducir el respeto a la propiedad privada. Todo ello enlazaba, además, con el importante problema sanitario que suponía la vivienda y los barrios obreros.

2.3. La reordenación del espacio y la vivienda obrera

El barrio obrero, el barrio popular, el *ghetto*, se convierte en espacio de marginación urbana que califica formas de división social del espacio definidas, a su vez, por las desiguales posibilidades de acceso a bienes materiales y simbólicos disponibles en la ciudad. Las categorías no están claramente definidas, desde la propia distinción entre “clase obrera” y “clases populares” -que nos remiten sobre todo a una falta de uniformidad de los estratos sociales más bajos-, hasta los diferentes significados que se otorga al término *ghetto*: barrios populares tradicionales, regidos por modos de vida y valores del mundo obrero; espacios en los que existe una unidad en el origen étnico y cultural de sus habitantes pero una diversidad de oficios y *status* social (el barrio chino, el barrio italiano, etc.); suburbios que acogen ciudadanos con serias dificultades de integración social y con alto grado de desarraigo y desempleo, delincuencia y drogadicción, y otras patologías sociales.

Junto al proletariado, en un sentido más o menos amplio, no puede olvidarse, el lumpen-proletariado y el discurso y actuaciones que sobre este segmento de la población urbana han desarrollado las ciencias sociales, entre ellas la medicina. La medicalización y patologización de la delincuencia, la prostitución, la infancia descarriada, etc., fue empeño habitual de antropólogos, sociólogos, novelistas y médicos durante las últimas décadas del siglo XIX y primeras del XX.

No cabe duda que los procesos de urbanización e industrialización (con la aparición de una clase obrera industrial) desempeñaron un papel fundamental en la aparición de situaciones de desigualdad social y marginación urbana, apareciendo una problemática concreta que tiene que ver con las condiciones y con los espacios donde se desarrolla la vida y, de manera particular, con la vivienda obrera.

En general podemos decir que el discurso de la Medicina Social decimonónica en materia de vivienda responde y se identifica metodológica e ideológicamente con los principios de la Higiene “liberal”: reconocimiento de la naturaleza social de la enfermedad, recurso a la experiencia

personal, empleo de la encuesta sanitaria y sometimiento a los límites de la economía liberal. Es el liberalismo –más moderado o más radical según los casos- el que hace que, desde el punto de vista ideológico, la preocupación por el menesteroso se haga siempre desde presupuestos burgueses en los que se añan, invariablemente, la defensa social y el paternalismo de la clase dominante. Un ejemplo elocuente de esta tendencia puede encontrarse, incluso en los informes más aparentemente técnicos y científicos, como el discurso pronunciado por Méndez Álvaro en la Academia de Medicina de Madrid en 1874 en el que se insiste en que

“Todas las clases sociales se hayan vivamente interesadas en la mejora de la habitación de pobre; por cuanto las poblaciones, como las familias están sujetas (...) a causas comunes de insalubridad, a enfermedades colectivas (...) Si en las insalubres casas de los menesterosos tomas con facilidad mucho mayor origen las enfermedades llamadas con razón *populares*, poco tardan luego en irradiar desde aquellos focos hasta los palacios de los príncipes, abrazando el conjunto de la población. En tales casos es necesario que la defensa sea común; porque el hombre, cuando vive en sociedad, como lo exige la naturaleza, tiene que ser siempre solidario así de los bienes como de los males propios de la asociación” (Méndez Álvaro, 1874, 259).

Se apresura a aclarar que las mejoras de las condiciones de vida de las clases populares no deben, bajo ningún concepto, considerarse “como una concesión que emana de un derecho”. Su punto de vista no deja lugar a dudas, con respecto a las reformas y a la higienización de las viviendas obreras:

“no se suponga que es un deber de la sociedad para con determinadas clases, sino solamente una justa y razonable aspiración al bien general: no se vea en ese hecho a la sociedad que se disuelve en el más vergonzoso y repugnante socialismo, sino a la sociedad que se regenera, que se une y concentra, que fortifica y estrecha sus fraternales lazos, oponiendo un vigoroso aunque blando y discreto dique, a las fuerzas brutales que tienden a disolverla” (Méndez Álvaro, 1874, 258).

Paternalismo burgués, desconfianza hacia el socialismo, intento de dilución de la “lucha de clases”, defensa social tanto ante el peligro epidémico como ante el revolucionario,...Elementos que no hacen sino corroborar las palabras de F. Engels cuando al referirse concretamente al problema de la vivienda, señala que:

“Estas epidemias se extienden entonces a los barrios más aireados y más sanos en que habitan los señores capitalistas. La clase capitalista dominante no puede permitirse impunemente el placer de favorecer las enfermedades epidémicas en el seno de la clase obrera, pues sufriría ella misma sus consecuencias (...) Desde el momento en que quedó científicamente establecido, los burgueses humanitarios se encendieron en noble emulación para ver quien se preocupaba más por la salud de sus obreros. Para acabar con los focos de origen de las constantes epidemias, fundaron sociedades, publicaron libros, proyectaron planes, discutieron y promulgaron leyes. Se investigaron las condiciones de habitación de los obreros y se hicieron intentos para remediar los males más escandalosos”

Muy pronto, en efecto, una serie de iniciativas estatales, municipales y particulares se dieron cita para abordar la “cuestión de la vivienda” como parte de la “cuestión social”.

Junto a medidas de saneamiento público, las iniciativas específicas sobre las viviendas pueden resumirse, básicamente, en dos: por un lado la construcción de casas baratas, destinadas a obreros y “clases modestas”, según los principios de la Higiene y, por otro, las reformas

urbanísticas que debían acometer la demolición de las casas y barrios insalubres, y su sustitución por inmuebles e infraestructuras más adecuadas.

Las llamadas “casas baratas” aparecen prácticamente en toda la literatura higienista europea del momento. La demanda a Ayuntamientos o a sociedades y cooperativas privadas para que acometan este tipo de construcciones es prácticamente constante. Sin embargo, las posibilidades que se barajan para que las “clases menesterosas” puedan optar a una vivienda digna son diversas y están sujetas, en ocasiones, a un debate intenso. Resulta interesante, y significativa, la discusión sobre si los trabajadores debían vivir en barrios obreros, formados por casas independientes y unifamiliares, o en las casas mixtas en la que convivan, suficientemente jerarquizadas, distintas clases sociales. Las dos posiciones extremas serían las siguientes: Por un lado, la que defendía la construcción de barrios obreros de casas unifamiliares en el extrarradio de la ciudad, estimulando el acceso de trabajador a una propiedad. Por otro, la que se oponía a la construcción de dichos barrios por entender que la separación del proletariado con el resto de la población favorecía el antagonismo social y el socialismo. Frente al diseño y construcción de barrios obreros, se propugnaba la convivencia en el mismo edificio de burgueses y obreros; considerándose, dicha convivencia, un factor fundamental no solo de desmovilización social, sino de la reforma de las costumbres y de la integración de la norma social (burguesa) por parte de los trabajadores. En definitiva, el debate sobre la vivienda obrera trascendió a otros ámbitos de la higiene social, de la moralización del obrero y de la asunción, por su parte, de hábitos higiénicos y acordes con las costumbres, reglas y valores de la clase dominante (Huertas, 2002).

Existen numerosos textos de la época en los que, con argumentaciones higiénico-morales, se insiste en los “buenos resultados” de esta convivencia:

“En contacto forzoso todos, se conocerían y se estimarían: el obrero vicioso tendría un freno en el qué dirán de sus vecinos: si venía beodo temería encontrarse en la escalera a la señora del segundo que atendió a su mujer en el último parto con su regalito, o al médico que le atendió gratuitamente o al del tercero, que le da ropita usada de los niños (...) Si se encuentra sin trabajo se atreverá por medio del portero, a pedir una recomendación al señor del principal y como necesitará hablar con éste, se esforzará para aparecer limpio y porque su lenguaje sea correcto, para lo cual buscará medios de instruirse”.

Paternalismo burgués, una vez más, en el marco de una clara jerarquización social que no impidió que en este tipo de casas la tuberculosis o el cólera, afectara de manera desigual a los habitantes de un mismo edificio, haciéndose presente en los sótanos o en los sotabancos y viéndose libres los habitantes de los pisos principales.

Sin embargo, la división administrativa y social de las ciudades había quedado sancionada por las autoridades que debían hacer frente al aumento de población derivado de las avalanchas inmigratorias que acudían a una ciudad en proceso de industrialización. Por eso el sistema de casas “mixtas” muy pronto quedó obsoleto ante las nuevas necesidades urbanas.

En paralelo a estas modificaciones urbanísticas, puede identificarse, en la mayoría de las ciudades industriales y en proceso de crecimiento urbano, una política de expropiación y demolición de viviendas insalubres. Esta demolición de casas e, incluso, de barrios enteros tiene que ver no solo con las condiciones de hacinamiento en el interior de los inmuebles, sino con las dificultades de luz y ventilación que, debido a la estrechez de las calles y a la altura de los edificios, presentaban algunas de las barriadas más insalubres. Pero conviene no llamarse a engaño, las reformas urbanísticas de finales del siglo XIX y comienzos del XX en las principales capitales europeas pretenden dar respuesta a otra serie de cuestiones no estrictamente sanitarias. Es obvio que tales reformas urbanísticas proporcionaban aire, luz y, por consiguiente, higiene a barriadas enteras; pero no es menos cierto que tales reformas urbanísticas pretendieron también hacer frente a determinadas crisis del mercado de trabajo, una forma, en definitiva, de que los ayuntamientos de las grandes ciudades habilitaran mecanismos de emergencias ante la retracción de la oferta privada.

Pero además, en las grandes avenidas se articulaba un nuevo e importante escenario económico y de consumo, como el representado por las distintas sociedades mercantiles que instalaron sus sedes en suntuosos edificios, así como los hoteles y comercios de lujo, los grandes almacenes o las flamantes salas de cinematógrafo. En definitiva, un reajuste de los usos económicos y residenciales en la ciudad que de ajunta y responde con exactitud a lo que algunos autores han definido como “mito urbano”; esto es, “un elemento de referencia colectiva que, desde el seno de los sistemas discursivos desarrollados por los poderes públicos (o privados), establece una causalidad directa entre morfologías espaciales y las prácticas de los agentes sociales” (Dagnuad, 1976).

En cualquier caso, y aunque los intereses económicos siempre están presentes, el eje de las medidas higienistas individuales es, como hemos visto, la modificación de las costumbres, su moralización y su asimilación a las normas y valores hegemónicos. Este planteamiento no solo permite la negación de las causas sociales del enfermar, sino que exonera de cualquier intervención sobre la organización socio-económica, marcando el acento en la responsabilidad del propio individuo ante su salud y su enfermedad que, en casos extremos, llegará a culpabilizar a la víctima de sus propias desgracias. Toda una “ideología de la salud” surgida, como estamos viendo, desde los mismos inicios del liberalismo que se irá afianzando hasta formar parte de un complejo entramado de regulación social que ha llegado hasta nuestros días.

3. La individualización de los problemas de salud

El individualismo aparece como la base fundamental de una “ideología de la salud” que traducida en discursos, a veces bienintencionados pero siempre reduccionistas –como el de los estilos de vida-, tienden a responsabilizar al sujeto de su propio estado de salud. Es obvio que si se admiten como únicas y fundamentales las causalidades individuales, no habrá nunca problema para aceptar acríticamente una intervención sobre el individuo (a base de prevención conductista y clínica curativa) que evite la necesidad de intervenir sobre el ambiente económico y político.

Hacer al individuo “culpable” de su propia enfermedad es uno de los elementos claves de esta estrategia que pone un especial énfasis en la respuesta terapéutica individual y en la “responsabilidad” de cada sujeto en la conservación de su salud. Se trata, sin duda, de un viejo debate: la “falta de previsión” del proletariado, sus malos hábitos, sus “vicios”, su degeneración física y moral, etc., fueron, tal y como acabamos de ver, argumentos habitualmente esgrimidos por la burguesía liberal del siglo XIX para responsabilizar a la clase trabajadora de sus desgracias, de su miseria y de sus enfermedades. Gran parte de estos criterios son ahora retomados, reafirmando un planteamiento ideológico que establece “la individualización de una causalidad colectiva que, por su misma naturaleza, hubiese requerido una respuesta colectiva” (Navarro, 1978).

Giovanni Berlinguer ha analizado, en mi opinión con notable acierto, el alcance del *victim blaming* como categoría sociológica. Por un lado, la censura a la víctima ocupa un lugar de privilegio entre las causas complejas de las patologías sociales, de modo que un cierto componente de voluntariedad individual en la etiología de algunas enfermedades (alcoholismo y cirrosis; drogodependencia y sida, etc.), permiten descartar factores sociales o económicos, evitando así “castigar a productores y traficantes o afrontar las causas del malestar juvenil” (Berlinguer, 1991, 19).

Por otro lado, la insistencia en que la enfermedad se reduce a un problema individual viene a justificar, en aras de un mayor beneficio, la falta de inversión en seguridad e higiene en el trabajo o en saneamiento ambiental. Finalmente, la culpabilización o censura a la víctima (el *victim blaming* en la literatura sajona) responde cada vez con mayor claridad a la alarma por los altos costos de la asistencia sanitaria y por el absentismo laboral debido a enfermedad común. Numerosas empresas ofrecen premios e imponen sanciones a sus trabajadores en función del cuidado que éstos pongan en conservar su propia salud; pero, sin duda, lo más llamativo es el establecimiento de prioridades terapéuticas que penalizan a los enfermos “más culpables”. Por ejemplo, en determinados hospitales de Estados Unidos, el trasplante hepático a enfermos alcohólicos ocupa, en la lista de prioridades,

un lugar muy por debajo de otras patologías como la hepatitis. Con todo, el ejemplo más evidente de este tipo de actuaciones se está dando en relación con la “censura al fumador”: las campañas de prevención destinadas a disminuir el consumo de tabaco se han visto superadas por una especie de “cruzada” social contra la figura del fumador. En algunos países, como el Reino Unido, han sido noticia situaciones en las que pacientes con patologías relacionadas con el tabaco han encontrado impedimentos para recibir tratamientos específicos en tanto no abandonaran su hábito.

Quede claro que en ningún momento estoy minimizando el papel que corresponde a la promoción de la salud, a la educación para la salud, etc., en la atención integral de la misma. En ningún momento discutiré que los cambios en los hábitos alimentarios o la disminución del consumo de alcohol y tabaco juegan un papel real en la disminución de las enfermedades cardiovasculares o que el consumo de tabaco tiene una relación directa con diversas patologías respiratorias, pero en tanto que remiten a prácticas culturales y son expresión polimorfa tanto de riesgos psicológicos como de modelos de producción y consumo, el problema no puede reducirse a la simple “voluntad” y responsabilidad del sujeto para practicar unos hábitos de vida saludables (Del Cura y Huertas, 1997)

Sin embargo, son muchas las patologías –no necesariamente ligadas a la voluntariedad del sujeto (como el consumo de alcohol, tabaco o drogas)-, que han acabado incluidas en esta dinámica. Entre los ejemplos que más comúnmente se citan podemos destacar: 1) las enfermedades psicosomáticas, que no son sino una consecuencia de la alienación del individuo en la sociedad y de su falta de control sobre sí mismo, sobre su trabajo, sobre las instituciones, etc.; 2) las enfermedades laborales, cuyas causas obedecen, en gran medida, al control del proceso laboral por parte del capital y no del trabajo, lo que prioriza el beneficio frente a la seguridad o la satisfacción del obrero; 3) el cáncer, muchas de cuyas formas están determinadas por condiciones ambientales nocivas que explican su mayor morbi-mortalidad entre trabajadores y habitantes de barrios industrializados. La lista podría ampliarse a un número importante de enfermedades crónicas, entre las que las cardiovasculares, el sida o las drogodependencias ocuparían un lugar destacado. En cualquiera de estos casos, se tiende a ignorar los factores socio-económicos y se insiste en que son problemas individuales de sujetos “desadaptados”, de trabajadores “poco responsables” o de ciudadanos que “no se cuidan”.

Basándose en estas premisas, una de las políticas sanitarias estatales más activas en los últimos tiempos ha consistido en desarrollar programas sanitarios –de educación para la salud, etc.- encaminados a introducir, mediante la propaganda, cambios en los comportamientos individuales. Se trata de un planteamiento técnicamente aceptado por los especialistas y asumido políticamente por los responsables de la administración sanitaria; pero que, si es considerado aisladamente, supone no solo un grave alejamiento de una concepción integral de la salud individual y colectiva, sino, además, una trampa ideológica y una estrategia de dominación.

3.1. Estilos de vida y promoción de la salud

El concepto “estilos de vida”, tan utilizado en los programas de prevención y promoción de la salud, resulta en muchas ocasiones equívoco y contradictorio.

Cabe entender “estilos de vida” como hábitos de comportamiento individual que suelen incluir seis problemas concretos: tabaco, ejercicio físico, integración social, alcohol, drogas y alimentación. Conviene acotar adecuadamente tal concepto porque no se trata aquí de arremeter contra cuestiones demostradas –es evidente que el tabaco o la ingesta excesiva de alcohol perjudican la salud- sino de criticar la utilización ideológica que, en ocasiones, puede hacerse de los “hábitos saludables”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconocía, ya en 1982, que “el término estilos de vida se usa a menudo volublemente y sin definirlo. Es un término que a menudo se refiere a la conducta individual asociada (o que se cree asociada) con determinadas consecuencias para la salud, pero el término puede usarse también para indicar estilos de vida o valores de grupos, una colección de pautas de conducta que pueden influir en la salud”

Llama la atención el hecho de que la OMS siempre haya tenido buen cuidado en limitar el concepto y en enmarcarlo en estrategias más amplias. Así, por ejemplo, insiste en que la promoción de la salud “abarca el fenómeno de los estilos de vida y de otros factores sociales, económicos, ambientales y personales que favorecen la salud. De igual modo, en la Iª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, reunida en Ottawa el 21 de noviembre de 1986 y que dio lugar a la llamada Carta de Ottawa, el “desarrollo de habilidades personales” para preservar la salud individual y colectiva era tan solo uno de los cinco puntos en los que debía basarse la “acción de promoción de la salud”, junto con el establecimiento de una “política de saludable” (legislación, medidas fiscales, políticas económicas y fiscales que favorezcan la equidad, etc.); la creación de ambientes favorables; el refuerzo de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios sanitarios.

A pesar de las cautelas de la OMS y de insistir en que la salud debe considerarse “como un recurso para la vida diaria, no como un objetivo en la vida”, lo cierto es que la ambigüedad conceptual y la sobrevaloración de los “estilos de vida” ha conducido a excesos que, por un lado, han vaciado de contenidos la estrategia de “Salud para Todos” –cuyos objetivos se centraban en la superación de las desigualdades-, y, por otro, han contribuido a la construcción de una “ideología de la salud”, netamente individualizada e individualista. La propia OMS es consciente de este peligro cuando afirma que “los programas de promoción de la salud que se centran en el cambio de los estilos de vida individuales pueden terminar echando la culpa a la víctima si se ignoran el contexto estructural de conducta sanitaria, sobre todo los factores socio-económicos, políticos y ambientales en el origen o refuerzo de la conducta”

Con palabras más elocuentes, pero recogiendo en el fondo la misma inquietud, Hernán San Martín asegura que “la mala salud de los grupos pobres de la población, tanto, tanto de los países desarrollados como de los menos desarrollados no se produce por comportamientos errados, como lo pretenden las teorías comportamentales, sino por la desigual distribución del poder político, económico y social en las sociedades de clases (...) La mayoría, si no todos los problemas de salud de los seres humanos actuales son de naturaleza política y económica y su evolución es política y económica y no solo técnica y administrativa” (San Martín, 1985: 106)

Sin embargo, a pesar de las advertencias de la OMS y de autores comprometidos con un enfoque “social” de la salud, lo cierto es que, en los últimos tiempos, son pocas las oportunidades que se dan a este tipo de concepciones.

Como acabamos de ver, la lectura reduccionista y la tergiversación de la noción “estilos de vida” ha contribuido, de manera sobresaliente, a desarrollar una concepción individualista de la salud, de consecuencias innegables desde el punto de vista ideológico y cultural.

La contradicción resulta evidente. Una sociedad regida por la competitividad, la insolidaridad y el mercado, no puede garantizar el “bienestar” de los ciudadanos, por mucho que se empeñe en “promocionar” su salud. Los consejos sanitarios para que, a nivel individual, eliminemos hábitos nocivos y llevemos un estilo de vida considerado sano contrasta fuertemente con incitaciones al consumo nada saludables o, directamente, con la degradación de las condiciones de vida. Cabría preguntarse, con André Gorz (1976), ¿cómo es posible que las asociaciones de médicos no se constituyan en abogados públicos de la higiene alimentaria y en acusadores públicos de la quimización abusiva de la alimentación, de la agricultura y de la ganadería? Cabría responderse, como hace este autor, que “la medicina ignora la necesidad de la urgencia social (...) En su lucha contra las causas de la enfermedad no quiere conocer más que aquellas que el médico puede atacar a nivel del organismo individual, sin remitirse a determinaciones sociales, económicas, culturales”

El problema, sin embargo, es mucho más complejo, pues no se trata de reclamar simplemente profesionales conscientes y sensibles a las problemáticas sociales. La medicina –la medicina curativa- se convierte frecuentemente, es cierto, en cómoda coartada de múltiples contradicciones, pero ni las críticas, ni las soluciones “sectoriales” son suficientes. El modelo socio-económico en su conjunto marca unas pautas que no conviene olvidar. Si a lo largo del siglo XX se

ha producido una mejora objetiva de las condiciones de salud de los países industrializados desarrollados, no se puede dejar de constatar cómo en los últimos tiempos, nuevas tecnología y nuevas formas de marginación, a las que las crisis económicas no han sido ajenas, azotan con fuerza la sociedad actual. La llamada sociedad de los tres tercios, el paro estructural que el triunfante neoliberalismo considera inevitable para el desarrollo de la sociedad posindustrial, pone en evidencia no pocas contradicciones. Si tener un trabajo estable se convierte en un privilegio, la salud puede resultar, incluso, un signo externo de éxito. Los parados y los “nuevos pobres” pasan a engrosar un “ejército de reserva” que se diferencia cada vez menos del concepto de lumpenproletariado. La diferencia con respecto a épocas anteriores es que la concepción de “ejército de reserva” implicaba la posibilidad, en un momento dado, de que sus miembros pasasen a ser trabajadores activos. Sin embargo, la negación de la posibilidad del pleno empleo y, por tanto, la aceptación de un paro estructural permanente, establece obligatoriamente *ghettos* de subsistencia donde afloran la marginalidad, la drogadicción y la delincuencia, pero donde reaparecen también enfermedades que se creían controladas como la tuberculosis, la sífilis, la fiebre tifoidea, las toxiinfecciones alimentarias, etc.

La trampa ideológica queda así perfectamente tendida. La concepción individualista de la salud no solo permite, como hemos visto, ignorar las causas sociales del enfermar, sino que se sitúa en unas coordenadas ético-estéticas enormemente conservadoras y clasistas, por cuanto el cuidado de la salud y el culto al cuerpo –salud y belleza– se convierten en rasgos diferenciadores y definitorios de la clase dominante.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aldeguería, J., *Problemas de Higiene Social y Organización de la Salud Pública*, la Habana, Científico-Técnica, 1986.

Berlinguer, G., *Storia e politica della salute*, Milano, Franco Angeli, 1991.

Campos, R., “La sociedad enferma: Higiene y moral en España en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX”, *Hispania*, 55, pp. 1093-1112, 1995.

Campos, R., *Alcoholismo, medicina y Sociedad en España (1876-1923)*, Madrid, CSIC, 1997.

Dagnuad, D., *Le mithe de la qualité de la vie et la politique urbaine en France*, Paris, 1976.

Del Cura, I. y Huertas, R., “Estilos de vida y salud pública: análisis de una estrategia sanitaria”. En Montiel, L. y Porras, M.I. (coords.) *De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima. El papel del paciente en la prevención de la enfermedad*, Madrid, Doce Calles, pp. 241-252, 1997.

Friedman, M. y R., *La libertad de elegir. Hacia un nuevo liberalismo económico*, Barcelona, Orbis, 1983.

García Montero, L. y Manresa, M., “Un presente perfecto, paralítico”, En Monereo, M. (ed.), *Las transformaciones en el norte y en el sur del mundo: entre la crisis y la reestructuración capitalista*, Madrid, FIM, pp. 363-384, 1991.

Gord, A, "La medicina contra la salud", *El Viejo Topo*, nº 5 (extra), pp. 4-10, 1976.

Huertas, R. y Maestro, A. (1991). "Orígenes y contradicciones del concepto de medicina social", En VV.AA., *La Ofensiva Neoliberal y la Sanidad Pública*, Madrid, FIM, pp. 39-64, 1991.

Huertas, R. "Vivir y morir en Madrid. La vivienda como factor determinante del estado de salud de la población madrileña (1874-1923)", *Asclepio*, 54 (2), pp. 253-276, 2002.

Jutglar, A., *Condiciones de vida y trabajo del obrero en España a mediados del siglo XIX*, Barcelona, Anthropos, 1984.

Méndez Álvaro, F., *De la habitación del menesteroso considerado bajo el aspecto higiénico-social*. Discursos de la real Academia de Medicina, 1874.

Navarro, V., *La medicina bajo el capitalismo*, Barcelona, Crítica, 1978.

Peset, J.L., "La crisis de la Seguridad Social, ¿un problema sin solución?", *Asclepio*, 33, pp. 429-436, 1981.

Schelling, Th., *La Tyrannie des petites décisions*, París, PUF, 1980.

Romaní, O, "Marginación y drogodependencia. Reflexiones en torno a un caso de investigación-interpretación", En F. Álvarez-Uría (ed.), *Marginación e inserción*, Madrid, Endymión, pp. 259-281, 1992.

Rosen, G., "Economic and Social Policy in the Development of Public Health. An Essay in Interpretation", *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 8, pp. 406-436, 1953.

San Martín, H, *Crisis mundial de la salud. Problemas actuales de planificación, organización y gestión de los servicios de salud*, Madrid, Ciencia, 1985.