

INCORPORACION DEL HOSPITAL EN LA TECNOLOGIA MODERNA*

PROFESOR MICHEL FOUCAULT

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

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

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

Esos viajes-encuesta tenían varias características:

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

Se considera que ninguna teoría médica es suficiente, por sí misma, para definir un programa hospitalario. Además, ningún plano arquitectónico abstracto puede ofrecer una fórmula para un buen hospital. Se trata de una cuestión compleja, cuyos efectos y consecuencias no se conocen bien, que *actúan sobre las enfermedades y es capaz de agravarlas, multiplicarlas o atenuarlas*.

Únicamente una indagación empírica sobre ese nuevo objeto, el hospital interrogado y aislado de una manera también nueva, será capaz de ofrecer una idea

* Tercera conferencia dictada en el curso de Medicina Social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil.

de un nuevo programa de construcción de hospitales. El hospital deja entonces de ser una simple figura arquitectónica y pasa a formar parte de un hecho médico-hospitalario que debe estudiarse de la misma manera en que se estudian los climas, las enfermedades, etcétera.

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

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

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

Analizaba también por qué la trepanación, una de las operaciones practicadas con más frecuencia en aquella época, solía resultar más satisfactoria en el hospital inglés de Rethleem que en el Hôtel-Dieu de París. ¿Habría factores internos de la estructura hospitalaria y la distribución de los enfermos que explicaran esa circunstancia? La cuestión se plantea en función de la situación recíproca de las salas, su ventilación y la transferencia de la ropa blanca.

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

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

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

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

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

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

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

Con anterioridad al siglo XVIII el hospital era esencialmente una institución de asistencia a los pobres, pero al mismo tiempo era una institución de separación y exclusión. El pobre, como tal, necesitaba asistencia y como enfermo, era portador de enfermedades y posible propagador de estas. En resumen, era peligroso. De ahí la necesidad de la existencia del hospital, tanto para recogerlo como para proteger a los demás contra el peligro que él entrañaba. Hasta el siglo XVIII el personaje ideal del hospital no era el enfermo al que había que curar sino el pobre que estaba ya moribundo. Se trata de una persona que necesita asistencia material y espiritual, que ha de recibir los últimos auxilios y los últimos sacramentos. Esta era la función esencial del hospital.

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

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

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

En cuanto a la práctica médica, ninguno de los elementos que la integraban y

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

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

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

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

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

Esta hipótesis de que la “medicalización” del hospital se produjo gracias a la eliminación del desorden que causaba puede confirmarse por el hecho de que la primera gran organización hospitalaria de Europa se encuentra en el siglo XVII, esencialmente en los hospitales marítimos y militares. El punto de partida de la reforma hospitalaria no fue el hospital civil sino el marítimo, lo que se debió a que este último era un lugar de desorden económico. A través de él se traficaban mercancías, objetos preciosos, materias raras, especies, etc., procedentes de las colonias. El traficante fingía estar enfermo y al desembarcar lo llevaban al hospi-

tal, donde escondía los objetos y eludía así el control económico de la aduana. Los grandes hospitales marítimos de Londres, Marsella o La Rochelle eran lugares de un enorme tráfico contra el que protestaban las autoridades fiscales.

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

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

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

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

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

A partir de esta transformación técnica del ejército, el hospital militar se convierte en una cuestión técnica y militar importante: 1) era preciso vigilar a los hombres en el hospital militar para que no desertaran, ya que habían sido adiestrados a un costo considerable; 2) había que curarlos para que no fallecieran de la enfermedad; 3) había que evitar que, una vez restablecidos, fingieran estar todavía enfermos y permaneciesen en cama, etcétera.

En consecuencia, surge una reorganización administrativa y política, una

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

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

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

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

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

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

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

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

También en las escuelas del siglo XVII los alumnos estaban aglomerados. El maestro llamaba a uno de ellos y durante unos minutos le proporcionaba alguna enseñanza y luego lo mandaba de nuevo a su lugar, continuando la misma opera-

ción con otro y así sucesivamente. La enseñanza colectiva ofrecida simultáneamente a todos los alumnos supone una distribución espacial de la clase.

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

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

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

3. La disciplina es una técnica de poder que encierra una vigilancia perpetua y constante de los individuos. No basta con observarlos de vez en cuando o de ver si lo que hicieron se ajusta a las reglas. Es preciso vigilarlos durante todo el tiempo que se realice la actividad y someterlos a una pirámide perpetua de vigilantes. Así aparecen en el ejército una serie de grados que van, sin interrupción, desde el de general en jefe hasta el de soldado raso, así como sistema de inspección, revistas, paradas, desfiles, etc., que permiten observar de manera permanente a cada individuo.

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

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

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

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

En el sistema epistémico o epistemológico del siglo XVIII, el gran modelo de la inteligibilidad de las enfermedades es la botánica, la clasificación de Linneo. Ello significa la necesidad de entender las enfermedades como un fenómeno natural. Como en las plantas, en las enfermedades habrá especies, características observables, cursos de evolución. La enfermedad es la naturaleza, pero una naturaleza debida a una acción particular del medio sobre el individuo. La persona sana, cuando se somete a ciertas acciones del medio, sirve de apoyo a la enfermedad, fenómeno límite de la naturaleza. El agua, el aire, la alimentación, el régimen general constituyen las bases sobre las cuales se desarrollan en un individuo las diferentes especies de enfermedades.

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

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

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

1. *La localización del hospital y la distribución interna del espacio.* La cuestión del hospital a fines del siglo XVIII es fundamentalmente la cuestión

del espacio o espacios diferentes a los que este se encuentra vinculado. En primer lugar, *¿dónde se situará el hospital* para que no siga siendo un lugar sombrío, oscuro, confuso, en pleno corazón de la ciudad, en el que iban a parar las personas a la hora de la muerte y desde donde se difundían peligrosamente miasmas, aire contaminado, agua sucia, etc.? Era preciso que el lugar en que estuviera situado el hospital se ajustara al control sanitario de la ciudad. La localización del hospital debía calcularse en el seno de la medicina del espacio urbano.

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

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

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

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

Desde el momento en que el hospital se concibe como un instrumento de cura y la distribución del espacio se convierte en instrumento terapéutico, el médico asume la responsabilidad principal de la organización hospitalaria. A él se le consulta cómo se debe construir y organizar el hospital; por este motivo

Tenon realizó la mencionada encuesta. A partir de entonces queda prohibida la forma de claustro, de comunidad religiosa, que se había empleado para organizar el hospital, en beneficio de un espacio que será objeto de una organización médica. Además, si el régimen alimentario, la ventilación, el ritmo de las bebidas, etc., habían de ser factores de cura, el médico, al controlar el régimen del enfermo, se hace cargo, hasta cierto punto, del funcionamiento económico del hospital, que hasta entonces era un privilegio de las órdenes religiosas.

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

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

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

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

de lo que el médico ordena durante la visita, las recetas y el tratamiento prescrito, el diagnóstico, etcétera.

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

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

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

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

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

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

