A VUELTAS CON LOS ORÍGENES DE LA SALUD PÚBLICA. PODER POLÍTICO Y ACTIVIDAD SANITARIA EN LA INGLATERRA DE LOS SIGLOS XVII A XIX

Gerard Jori
Universidad de Barcelona

A vueltas con los orígenes de la salud pública. Poder político y actividad sanitaria en la Inglaterra de los siglos XVII a XIX (Resumen)

El desarrollo histórico de la salud pública en Inglaterra presenta ciertas especificidades respecto a los principales países continentales. Como en éstos, desde mediados del siglo XVII diferentes autores comenzaron a reclamar que el Estado velara por la salud y el bienestar de la población, considerada una de las principales fuentes de riqueza y prosperidad. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurrió en Alemania, Francia o España, donde las monarquías terminaron irrogándose una misión de policía sanitaria, en Inglaterra la institucionalización de una política centralizada de la salud tuvo que esperar hasta bien entrado el siglo XIX. En este trabajo analizamos los motivos que pueden explicar esta particularidad.

Palabras clave: política social, política sanitaria, salud pública, Inglaterra.

Again with the origins of public health. Political power and sanitary activity in England during the seventeenth to nineteenth centuries (Abstract)

The historical development of public health in England presents certain specifics regarding the major continental countries. Like these, from the mid-seventeenth century various authors began to claim that the State ensure the health and welfare of the population, considered one of the main sources of wealth and prosperity. However, unlike what happened in Germany, France or Spain, where the monarchies assumed a medical police mission, in England the institutionalization of a centralized health policy had to wait until well into the nineteenth century.

Key words: social policy, health policy, public health, England.

La actitud abiertamente favorable de los pensadores mercantilistas hacia las poblaciones numerosas, basada en la creencia de que la capacidad de los estados para obtener riquezas y poder dependía directamente de su potencial demográfico, coadyuvó decisivamente a que durante los siglos XVII y XVIII la salud y la enfermedad comenzaran a ser conceptualizadas como problemas políticos y económicos que demandaban una gestión pública[1]. En diferentes países de Europa, numerosos autores formularon propuestas de intervención en el medio físico y social destinadas a elevar el nivel de salud y bienestar de sus respectivas poblaciones, defendiendo, al mismo tiempo, que la ejecución de tales medidas correspondía al poder político. En otros trabajos nos hemos basado en este enfoque para caracterizar el surgimiento y desarrollo de la salud pública en Alemania[2], Francia[3] y España[4]. En esta ocasión, queremos prestar atención a las particularidades del caso inglés.

En primer lugar, presentamos los rasgos fundamentales del pensamiento social inglés del siglo XVII, haciendo especial hincapié en aquellas aportaciones –las de William Petty y John Graunt– que condujeron al nacimiento de la estadística demográfico-sanitaria. A continuación, analizamos los factores que durante el siglo XVIII obstaculizaron la aplicación de aquellas propuestas que atribuían al Estado un papel central en el mejoramiento del bienestar colectivo. Finalmente, mostramos la nueva dirección que adoptaron los planteamientos relativos a la salud pública como consecuencia del advenimiento de la sociedad industrial.

El pensamiento social inglés del siglo XVII

Los sucesivos reinados de la dinastía Tudor, acaecidos entre 1485 y 1603, fueron testigo de un continuo aumento de la pobreza y la mendicidad motivado, en buena medida, por la reestructuración de los usos del suelo agrarios, que comportó la conversión en pastizales de grandes superficies de tierras de cultivo[5]. Durante el siglo XVI se impulsaron varias medidas para mitigar el problema, que al ser considerado desde el punto de vista de la seguridad interna del Estado, se encaminaron, sobre todo, a la represión de la haraganería y la persecución de los "falsos pobres"[6]. El cambio de rumbo de la política social se produjo a raíz de la promulgación en 1601 de la llamada *Act for the Relief of the Poor*, norma que, por más de dos siglos y medio, constituirá la base del sistema asistencial inglés[7]. En esencia, dicha ley confió a los funcionarios

[1] Como es sabido, esta tesis se encuentra ampliamente desarrollada en varias publicaciones de George Rosen difundidas a mediados del siglo XX. Véase, por ejemplo, Rosen, 1953a; Rosen, 1953b; y Rosen, 1957.
[2] Jori, 2013a, p. 131-134.
[3] Jori, 2013b.
[4] Jori, 2012.
[5] Pashley, 1852, p. 168. Véase también Beier, 1983; y Pound, 1986.
[6] Cfr. Slack, 1985, p. 9-12.
[7] *Reginae Elizabethae Anno 43*, cap. II. Reproducido en Taylor, 1833, p. 164-165. Cfr. Poynter, 1969, p. 1-2; y Ginsberg y Miller-Cribbs, 2005, p. 16-17.

parroquiales –el nivel más bajo de la administración local– el cuidado de los menesterosos e instituyó una tasa específica para financiar esta función. Además, estableció mecanismos para recoger a los pobres inválidos, proporcionar empleo a los pobres hábiles y dar formación a los niños indigentes. Los legisladores no incluyeron ninguna referencia explícita a los problemas de salud pública, limitándose a señalar que uno de los objetivos que perseguía la normativa era "aliviar la situación de los lisiados, inválidos, ancianos, ciegos y otros pobres incapacitados para el trabajo"[8]. Sin embargo, con el paso del tiempo el sentido de este enunciado se iría ensanchando para terminar incluyendo la prestación de servicios sanitarios a los segmentos de población más necesitados[9].

Aunque la instauración de la Commonwealth (1649-1653) y del Protectorado (1653-1659) apenas alteró la política inglesa de socorros públicos, este periodo comportó un cambio de mentalidad muy significativo respecto al problema del pauperismo. En clara oposición a la concepción cristiana tradicional de la pobreza, los círculos puritanos consideraron que ésta constituía un vicio individual y un signo de degeneración moral, visión que se derivaba de su fuerte ética de la industriosidad y de su conceptualización del trabajo como un fin en sí mismo y como el elemento que daba sentido a la existencia humana[10]. Los planteamientos de Richard Baxter, que fueron ampliamente utilizados por Max Weber para la realización de su estudio sobre *La ética protestante y el espíritu del capitalismo* (1905), ilustran claramente el cambio de mentalidad que se produjo respecto a la pobreza, pues el pastor puritano consideró que ésta era el justo y merecido castigo que Dios imponía a los ociosos[11]. Pero junto a este discurso teológico se desarrolló una línea de reflexión económica que, basándose en los postulados del mercantilismo ortodoxo, concibió la masa de pobres y desocupados como una posible fuente de ganancias para el Estado. Ello explica que a partir de mediados del siglo XVII aparecieran numerosos estudios que tenían como finalidad proponer medidas para sacar provecho de ese potencial de trabajo productivo.

Lo interesante, para nuestros efectos, es que varios de estos proyectos incluyeron propuestas para mejorar el nivel de salud de los pobres. Ya en 1641, el autor de *A description of the famous kingdome of Macaria* –que, probablemente, fue Gabriel Plattes– imaginó una sociedad ideal en la que los sacerdotes atesorarían conocimientos médicos para llevar a cabo determinadas curaciones y prestar asesoramiento sanitario, y en la que existiría un Colegio de la Experiencia en el que todos los años se darían a conocer las medicinas que se hubiesen descubierto[12]. Gerrard Winstanley, fundador de una facción cristiana –los *diggers*, o "cavadores"– que pretendió instaurar una sociedad agraria de carácter socialista, planteó en otro texto utópico de 1652 que

[8] Taylor, 1833, p. 165.
[9] Rosen, 1953c, p. 420.
[10] Sobre la concepción puritana de la pobreza, véase Ryken, 1991, p. 60-61.
[11] Baxter, 1825, vol. II, p. 595.
[12] Rosen, 1953c, p. 422. El autor atribuyó erróneamente la obra a Samuel Hartlib, editor de la misma. Sobre esta utopía, véase también Morris, 2004, p. 188.

una de las funciones de los ministros laicos de la Commonwealth debía ser la de instruir a la población en las artes y las ciencias, incluyendo la medicina, la cirugía y la botánica[13]. En 1647, el polímata Samuel Hartlib propuso la creación de una Oficina de Comunicaciones para el socorro de los pobres, organismo que, entre otras funciones, debería mantener un registro de médicos dispuestos a trabajar gratuitamente para los más necesitados[14]. Un año después, el conservador John Cook opinó que "los médicos, cirujanos y apotecarios habían de ser asignados *in forma pauperis*, del mismo modo que los abogados"[15]. El movimiento político de los *levellers* ("niveladores"), de espíritu privatista e igualitario, formuló propuestas similares al establecer en su manifiesto de 1649, titulado *No Papist nor Presbyterian*, que "los excesivos honorarios de los médicos tenían que ser regulados para que los pobres pudieran beneficiarse de las habilidades de estos profesionales por un precio razonable"[16]. Por su parte, Henry Robinson abogó en 1652 por que los pobres recibieran servicios médicos gratuitos, y pocos años después William Covel solicitó al Parlamento que se erigieran hospitales en cada una de las parroquias inglesas para la atención a los pobres inválidos y ancianos[17].

Las aportaciones de William Petty

Por esas mismas fechas, William Petty dio a conocer *The advice of W. P to Mr. S. Hartlib for the advancement of some particular parts of learning* (1648), un breve trabajo de juventud sobre la reforma educativa basado en planteamientos enteramente utilitaristas, empiristas e inductivistas. El inglés aconsejó la creación de una institución estatal en la que los artesanos expertos pudieran trabajar conjuntamente en la resolución de problemas técnicos concretos, añadiendo que la sistematización de las observaciones recogidas en el curso de estas actividades permitiría, *a posteriori*, formar un nuevo cuerpo de filosofía natural[18]. Otra de las propuestas de Petty radicaba en el establecimiento de un hospital para la instrucción de los médicos y cirujanos. Dicho centro debería equiparse adecuadamente y contar con un anfiteatro de disección, un laboratorio químico, una farmacia, un jardín botánico y una biblioteca. El personal sanitario adscrito al hospital quedaría integrado por un médico "bien capacitado en los fenómenos de la naturaleza", un facultativo auxiliar que llevase el registro de todos los pacientes, un cirujano y un boticario[19].

La figura de Petty es mucho más conocida por ser una de las primeras que abordó el análisis de los problemas económicos y sociales mediante la aplicación de métodos cuantitativos, enfoque que acabaría resultando extraordinariamente provechoso para el estudio de las relaciones sociales

[13] Winstanley, 2006, p. 346.
[14] Rosen, 1953c, p. 423.
[15] Cit. en Jones, 2000, p. 194.
[16] Cit. en ibíd.
[17] Ibíd.
[18] Rattansi, 1968, p. 130.
[19] Rosen, 1953c, p. 423-424.

de la salud y la enfermedad. El éxito del método inductivo baconiano a la hora de explicar los fenómenos naturales hacía casi inevitable su generalización al estudio de los fenómenos sociales[20]. De este modo, Petty propuso la *aritmética política* como vía de aproximación a los mismos[21]. El inglés describió su método en el prefacio de *Political Aritmetick*, escrita hacia 1672, aunque publicada póstumamente en 1691:

> The method I take to do this, is not yet very usual; for instead of using only comparative and superlative words, and intellectual arguments, I have taken the course (as a specimen of the political arithmetic I have long aimed at) to express myself in terms of number, weight or measure; to use only arguments of sense, and to consider only such causes, as have visible foundations in nature; leaving those that depend upon the mutable minds, opinions, appetites, and passions of particular men, to the consideration of others.[22]

El principal propósito de Petty era formular una interpretación de la realidad económica en términos cuantitativos y a partir de conceptos que tuvieran su origen en la observación, lo que explica su insistencia en la obtención de datos estadísticos relativos a la industria, la población, el comercio, la educación y otros muchos temas. El inglés dedicó varios escritos a la estadística[23], entre los que se puede destacar "The method of enquiring into the state of any country" (*c*. 1665), donde expuso un ambicioso plan para acometer el estudio político, económico y social de cualquier país[24]. La mayor parte de los trabajos de Petty se centraron en cuestiones prácticas como la tributación, la moneda, el nivel de empleo o el comercio exterior. En ellos, el autor no trató tanto de construir una descripción precisa de la realidad, como de aprehender los elementos básicos del problema práctico que pretendía resolver, lo que explica que nunca llegara a desarrollar una teoría económica sistemática y consistente[25].

El interés de Petty por los asuntos demográficos y sanitarios se derivaba de su conceptualización del trabajo como uno de los factores más decisivos de cara a fomentar la riqueza y el desarrollo

---

[20] Las enseñanzas de Bacon tuvieron una influencia extraordinaria en la obra de Petty, quien reconoció su deuda con el padre del empirismo en varias ocasiones. Por ejemplo, en el prefacio a *The political anatomy of Ireland* señaló que *"Sir Francis Bacon, in his* Advancement of Learning, *hath made a judicious* parallel *in many particulars between the* body natural *and the* body politick, *and between the arts of preserving both in health and strength. And it is as reasonable, that as* anatomy *is the best foundation of one, so also as the other"* (Petty, 1899a, p. 129).

[21] Sobre el nacimiento y el desarrollo de esta disciplina, véase Rusnock, 2002, cap. I.

[22] Petty, 1899b, p. 244.

[23] Diez de estos textos fueron publicados póstumamente en el primer volumen de *The Petty papers. Some unpublished writings of Sir William Petty* (1927), editados por el marqués de Landsdowne. La sección VII de dicho volumen, titulada "Statistica", incluye los siguientes escritos: "Register general of people, plantations and trade of England", "The uses of Sir William Petty's book", "The method of enquiring into the state of any country", "Accountant general of lands and hands", "A gross estimate of the wealth of England", "Of a poll bill", "The application of the five books to the king's revenue", "Materials for a new history of life and death", "In merchandise", "Of lands and hands" y "Mercurius londinensis".

[24] Petty, 1927a. El autor propuso investigar cincuenta y siete cuestiones relativas a temas tan diversos como la evolución de los precios, las rentas del suelo, el número de médicos, teólogos y abogados, o los meteoros más frecuentes.

[25] Cfr. Alfaro Navarro *et al*., 2011, p. 4.

económico de las naciones. En varios de sus escritos, reflexionó sobre lo que él denominaba *the value of the people*, es decir, "el valor de la gente", que el polivalente inglés llegó incluso a cuantificar[26]. Petty consideraba a los labradores, marineros, soldados, artesanos y comerciantes como "los verdaderos pilares de la Commonwealth"[27] y, en alguna ocasión, llegó a afirmar que "el trabajo es el padre y principio de la riqueza, mientras que la tierra es la madre"[28]. Consecuentemente, insistió en la necesidad de recoger datos sobre la población y analizar este material empírico con métodos numéricos. Él mismo publicó algunos estudios sobre los patrones de natalidad, mortalidad y morbilidad observados en ciudades como Londres y Dublín[29], y fue el primero en proponer la creación de una agencia gubernamental que se encargase de la recolección e interpretación sistemática de la información estadística sobre casamientos, nacimientos y defunciones, y de su distribución según el sexo, la edad, el nivel educativo y otras variables[30]. La consideración de la población como una fuente de riqueza para el Estado también justifica la insistencia de Petty en que se adoptaran medidas de estímulo al crecimiento demográfico y que se eliminaran los obstáculos que impedían el aumento del número de habitantes. Uno de los asuntos al que brindó una mayor atención fue el del resguardo de la salud colectiva. El inglés había cursado estudios de medicina en las universidades de Leiden, París y Oxford, por lo que no es de extrañar que hiciera especial hincapié en esta cuestión.

Una de las principales propuestas sanitarias de Petty consistía en la creación de un Consejo de Salud en Londres que se ocupara de "la peste, las enfermedades agudas y epidémicas, los expósitos mayores, los correccionales y todo tipo de hospitales y casas para mujeres puérperas"[31]. En varias ocasiones, el inglés defendió a partir de argumentos numéricos que el Estado tenía que velar por la salud de los individuos e incentivar el adelanto del conocimiento médico. Así, por ejemplo, en una conferencia pronunciada en Dublín en 1676, señaló que en un reino de 9 millones de habitantes en el que anualmente se registrasen 440.000 nacimientos y 360.000 defunciones, una reducción de la mortalidad de una cuarta parte supondría una ganancia anual neta de 200.000 súbditos, que a 20 libras por cabeza, que es el precio mínimo que se pagaba por un esclavo, significarían un lucro adicional de 4 millones de libras al año. "En consecuencia –concluyó el autor– no es del interés del Estado dejar a los médicos ni a los pacientes abandonados a su suerte, como ahora se hace"[32]. En la misma conferencia Petty volvió sobre el tema de los hospitales, formulando ideas parecidas a las que había expresado en el

[26] Hasta donde sabemos, el texto en el que se desarrolla esta abstracción con mayor profundidad es el *Verbum Sapienti*, escrito en 1664 y publicado por primera vez en 1691. Véase Petty, 1899c, cap. II.
[27] Petty, 1899b, p. 259.
[28] Petty, 1899d, p. 68.
[29] Por ejemplo, analizó el ritmo de crecimiento demográfico a partir de la evolución del número de enterramientos (Petty, 1899e) y de bautismos (Petty, 1899f). Posteriormente atendió a otras variables, como el número de casas y de fuegos (Petty, 1899g).
[30] Cfr. López-Moreno *et al.*, 2000, p. 136.
[31] Petty, 1927b, p. 35.
[32] Petty, 1927c, p. 176.

opúsculo de 1648. Para incitar a la gente a que acudiese a esos centros, recomendó la creación de hospitales para ricos y pobres, cuya única diferencia "esté en la magnificencia, pero no en la eficiencia para mejorar la salud de los pacientes"[33]. Asimismo, el autor volvió a insistir en la función educativa de los establecimientos hospitalarios, apuntando que "en un hospital bien organizado un hombre puede aprender más en un año de lo que aprendería en diez, pues allí puede dedicarse a observar a su antojo a miles de enfermos"[34].

Petty también se interesó por el cálculo de la cantidad de médicos que precisaba el país. Su propuesta consistía en inferir la morbilidad de Londres a partir del número de defunciones, para luego extrapolar los datos al conjunto de la nación. Una vez fijadas las necesidades asistenciales, una Escuela de Medicina podría determinar cuántos médicos se necesitaban y, de ahí, deducir el número de estudiantes que había que admitir[35]. El autor era consciente de que una de las principales actividades que el Estado debía llevar a cabo para reducir la mortalidad era el control de las afecciones infecto-contagiosas, especialmente la peste. En varios de sus escritos calculó las pérdidas debidas a esta temida enfermedad. Por ejemplo, en un texto de 1683 estimó que las epidemias de peste desarrolladas en los últimos veinte años se habían llevado la vida de una octogésima parte de la población inglesa[36]. Ante la magnitud de esta cifra, propuso al gobierno que considerase la posibilidad de invertir todos los fondos que fueran necesarios para reducir la incidencia de la peste en al menos tres quintas partes, y recomendó el establecimiento de hospitales de cuarentena para el internamiento de los afectados[37]. Otro reto que Petty consideró prioritario abordar era la disminución de la mortalidad materno-infantil, lo que le llevó a insistir en la necesidad de que se fundasen nuevas maternidades. Además, el autor propuso que los niños beneficiados por la asistencia gubernamental tuvieran la obligación de servir al Estado durante un periodo de veinticinco años[38].

Las aportaciones de John Graunt y el nacimiento de la estadística demográfico-sanitaria

Aunque Petty acuñó el término *aritmética política* y fue el primero en proponer el enfoque cuantitativo para el estudio de los fenómenos sociales, el verdadero iniciador de la estadística demográfico-sanitaria fue su amigo John Graunt, un mercero y comerciante de tejidos que, gracias a sus relaciones políticas, tuvo acceso a los boletines de mortalidad de Londres, a partir de los cuales redactó sus *Natural and political observations…* (1665). Esos boletines, denominados *bills of mortality*, eran listados de fallecidos que las parroquias londinenses venían elaborando desde la epidemia de peste de 1532, aunque sólo a partir de 1629 comenzaron a especificar las causas de las defunciones. Apoyándose en los datos que pudo reunir, y

[33] Ibíd.
[34] Ibíd.
[35] Petty, 1899h, p. 27.
[36] Petty, 1899e, p. 463. Sobre las ideas de Petty acerca de la peste, véase Mullett, 1938.
[37] Rosen, 1953b, p. 411; y Rosen, 1953c, p. 428.
[38] Rosen, 1953b, p. 411; y Rosen, 1953c, p. 429.

valiéndose, únicamente, de la "regla de tres", que constituía una de las pocas herramientas analíticas de la época, Graunt fue capaz de inferir numerosas regularidades estadísticas. Por ejemplo, descubrió que regularmente nacían más hombres que mujeres, que cerca de un tercio de los nacidos vivos moría en los primeros cinco años de vida, que las parejas casadas tenían cuatro hijos de media, que la mortalidad urbana era superior a la rural, que la mortalidad seguía un patrón estacional o que, fuera cual fuera la intensidad de la epidemia, la ciudad de Londres se repoblaba completamente al cabo de dos años[39].

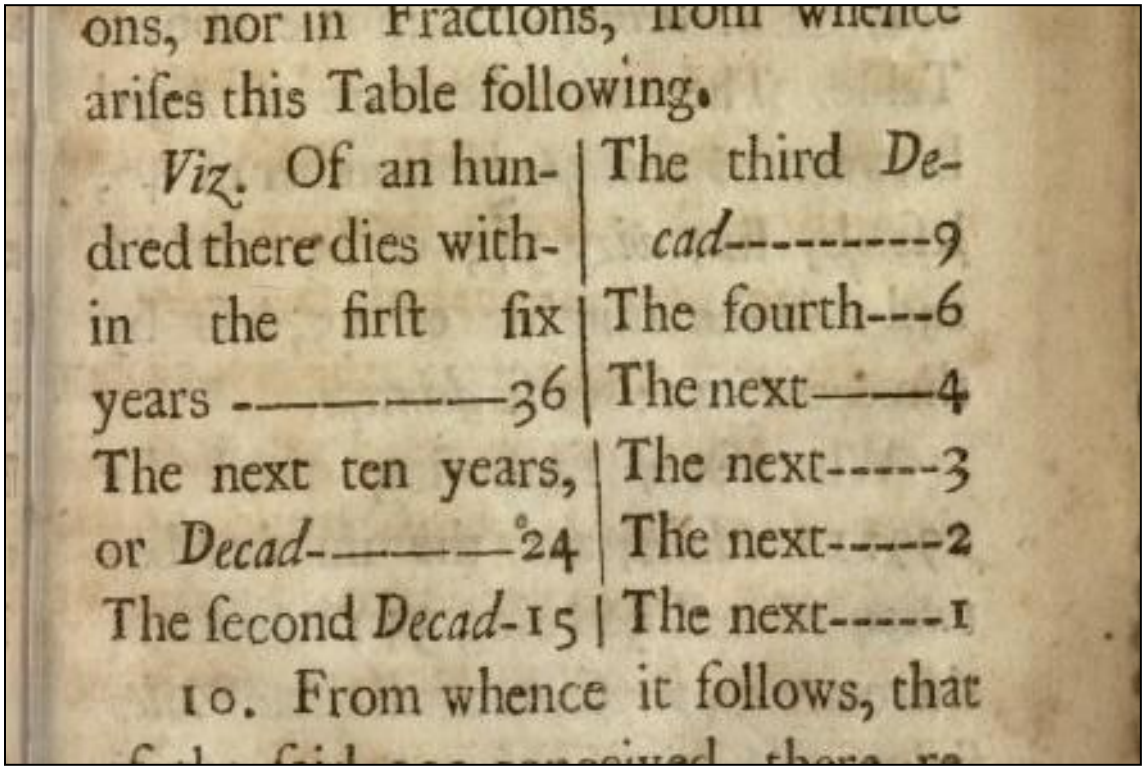
Graunt también se basó en los *bills of mortality* para estimar la población londinense y deducir, a partir de esta cifra, el número total de habitantes que albergaba Inglaterra. Otra de sus aportaciones consiste en haber confeccionado la primera tabla de mortalidad de que se tiene noticia. Como puede observarse en la Figura 1, que reproduce dicha tabla, el autor estimó que, de cada 100 personas que nacían en la ciudad de Londres, 36 morían antes de cumplir los 6 años, 60 antes de los 15, 75 antes de los 25, 84 antes de los 35, y así sucesivamente hasta los 75 años de edad, que sólo lograba alcanzar una única persona. Sin duda, los trabajos de Graunt inspirarían a Edmund Halley, que en 1693 dio a conocer un procedimiento –la tabla de vida– para describir el proceso de extinción de una generación hasta la defunción del último de sus componentes, lo que permitió al astrónomo inglés demostrar que el gobierno vendía demasiado baratos sus bonos vitalicios[40]. Graunt también se interesó por las causas de muerte y recogió datos sobre la letalidad de las afecciones más comunes. Sus indagaciones le permitieron concluir que existía "una proporción constante entre el número total de muertes y algunas de las enfermedades que las causan, tales como las crónicas y aquéllas a las que la ciudad [de Londres] está más expuesta"[41]. En cambio, la incidencia de enfermedades epidémicas como la peste, la fiebre tifoidea, la viruela y el sarampión no seguía ningún patrón estadístico, "ya que en algunos años o meses mueren diez veces más que en otros"[42].

A partir de los trabajos pioneros de Petty y Graunt, numerosos autores se interesaron por la recolección y el análisis de estadísticas vitales, tanto en las Islas Británicas como en los países continentales. En el transcurso del siglo XVIII, el perfeccionamiento de las técnicas de análisis cuantitativo, unido al desarrollo de la matemática actuarial, orientada, fundamentalmente, a la evaluación de riesgos en el negocio asegurador, permitiría mejorar significativamente la aproximación a los problemas demográficos y sanitarios, lo que posibilitó la identificación de nuevas regularidades estadísticas y la formulación de leyes de la enfermedad y la mortalidad. En 1710, el médico John Arbuthnot publicó en las *Philosophical Transactions of the Royal Society*

[39] Sobre las principales aportaciones de Graunt, véase Glass, 1963, p. 2-37.
[40] Sobre las aportaciones de Halley, cuyas indagaciones se centraron en la ciudad de Breslau, véase Cairns, 1997, p. 5-8.
[41] Graunt, 1665, p. 33. Como ejemplos de este último tipo de enfermedades, el autor mencionó la tisis, la hidropesía, la ictericia, la gota, los cálculos, la parálisis, el escorbuto la hinchazón de los pulmones y la matriz, el raquitismo, la senilidad, las enfermedades agudas, fiebres y flujos de sangre y diarrea.
[42] Ibíd.

un estudio que demostraba que la razón de nacimientos entre hombres y mujeres era de 13 a 12. Para el galeno inglés esto no podía deberse al azar, sino que era el efecto de una intercesión divina dirigida a compensar el exceso de muertes masculinas[43]. El prusiano Johann Peter Süssmilch fue otra de las figuras que más contribuyó al desarrollo de los estudios cuantitativos de la población. Según la concepción de este presbítero, que anticipa las tesis maltusianas, Dios había creado un orden perfecto y estable gracias al cual la Tierra terminaría por estar poblada proporcionalmente a las disponibilidades alimentarias[44].

Figura 1. Tabla de mortalidad de Londres confeccionada por John Graunt en 1665.


ons, nor in Fractions, from whence
arises this Table following.

Viz. Of an hundred there dies within the first six years ———36	The third *Decad*---------9
	The fourth---6
	The next———4
The next ten years, or *Decad*———24	The next-----3
	The next-----2
The second *Decad*-15	The next-----1

10. From whence it follows, that

Fuente: Graunt, 1665, p. 125.

Diferentes autores confeccionaron tablas de mortalidad para fijar adecuadamente los precios de los seguros de vida, siendo de destacar la labor desarrollada por Richard Price para la compañía *The Equitable*. Las tablas de Northampton elaboradas por este polifacético autor, que situaron la esperanza de vida al nacer en los 24 años de edad, serían consideradas como un modelo a seguir

[43] *"Among innumerable footsteps of divine providence to be found in the works of nature, there is a very remarkable one in the exact balance that is maintained between the numbers of men and women; for by this means it is provided, that the species may never fail, nor perish, since every male may have its female, and of a proportional age. This equality of males and females is not the effect of chance but divine providence, working for a good end, which is thus demonstrate"* (Arbuthnot, 1809, p. 606).

[44] Süssmilch desarrolló sus principales aportaciones a la demografía en un libro publicado en 1741 y titulado *Die göttliche Ordnung in den Veränderungen des menschlichen Geschlechts aus der Geburt, dem Tode und der Fortpflanzung desselben*. Hemos consultado una traducción francesa publicada en 1998.

durante aproximadamente un siglo[45]. La búsqueda de leyes de la enfermedad fue otra de las actividades a las que se dedicaron los demógrafos del siglo XVIII. En 1765, el matemático Johann Heinrich Lambert se basó en las gacetas estadísticas alemanas para identificar las relaciones existentes entre la mortalidad, la fecundidad y la nupcialidad, obteniendo una curva de decesos que incorporaba la duración media de la vida de la población investigada[46]. El holandés Daniel Bernoulli publicó en 1760 un trabajo sobre la inoculación de la viruela en el que demostró estadísticamente que este procedimiento confería inmunidad de por vida[47], y en 1807 el francés Emmanuel-Étienne Duvillard de Durand haría algo similar con el procedimiento de la vacunación[48]. También a comienzos del siglo XIX, la *Highland Society of Scotland* presidida por Charles Oliphant elaboró una serie de tablas para el cálculo de las probabilidades de vida, muerte y enfermedad en distintas edades[49].

En resumen, la aritmética política desarrollada por Petty y Graunt en la segunda mitad del siglo XVII constituyó el primer gran intento de alcanzar una comprensión empírica de los fenómenos sociales y de establecer las leyes que gobiernan su comportamiento. Como escribiría David Hume en la siguiente centuria, "lo que depende de unas pocas personas debe ser en gran medida adjudicado al azar o a causas secretas y desconocidas"; en cambio, "lo que resulta de un gran número de ellas puede normalmente ser explicado por causas determinadas y conocidas"[50]. Las generalizaciones sociales eran posibles siempre que se refirieran a fenómenos de masas, donde había un gran número de casos similares. De ahí que la recolección de datos vitales fuera adquiriendo una gran importancia para los autores interesados en el estudio de los problemas económicos y sociales. El consecuente desarrollo de la estadística demográfico-sanitaria, cuya definitiva institucionalización tuvo que esperar a la segunda mitad del siglo XIX, constituiría uno de los procesos que más contribuyeron al progreso de la salud pública, la higiene urbana y la epidemiología.

La difícil aplicación de los principios teóricos. Iniciativa local y filantropía privada durante el siglo XVIII

Como mostramos en el apartado anterior, durante el siglo XVII diferentes intelectuales ingleses formularon propuestas que perseguían elevar el nivel general de salud, especialmente el de los grupos sociales más desfavorecidos. Entre las motivaciones que llevaron a esos autores a abordar los problemas sanitarios, no cabe duda de que una de las más importantes fue la necesidad de disponer de trabajadores sanos y longevos que impulsasen la producción agrícola e industrial del país. De ahí que cualquier circunstancia que pusiera en peligro la fuerza laboral fuera considerada como un elemento que el poder central debía combatir por todos los medios.

[45] Hacking, 1990, p. 49.
[46] López-Moreno *et al.*, 2000, p. 137.
[47] Sobre las aportaciones de Bernoulli, véase Camúñez Ruiz *et al.*, 2009.
[48] Sobre las aportaciones de Duvillard de Durand, véase Jonckheere, 1965.
[49] Sobre los trabajos desarrollados por esta asociación, véase Riley, 1991.
[50] Hume, 1764, p. 123.

En el transcurso del siglo XVIII, se fue intensificando la conciencia sobre la necesidad de llevar a cabo una política social a escala estatal que garantizase la asistencia médica a los grupos de población más necesitados. Una de las propuestas más completas y consistentes fue la del médico y botánico Nehemiah Grew, que hacia 1707 preparó un memorando para la reina Ana en el que detalló un minucioso programa económico para incrementar la grandeza y prosperidad de Inglaterra[51]. En opinión del autor, los cuatro elementos básicos de la economía inglesa eran la tierra, la industria, el comercio exterior y la población, aspecto, este último, al que dedicó la última sección de su escrito. En ella, Grew señaló la necesidad de asegurar una población numerosa y en constante aumento para garantizar la disponibilidad de mano de obra, lo que le llevó a proponer que el Estado hiciera todo lo posible para mejorar la salud del pueblo y prevenir las principales enfermedades que le afligían. Asimismo, indicó que la atención médica se tenía que extender a toda la sociedad, y propuso que el gobierno regulara los honorarios de los facultativos de acuerdo con la experiencia que atesorasen.

También merece ser destacado el proyecto de John Bellers, un comerciante cuáquero de tejidos que a lo largo de su vida llevó a cabo numerosas actividades filantrópicas. En 1714, Bellers publicó *An essay towards the improvement of physic*, un libro de apenas cincuenta y ocho páginas en el que propuso un programa de doce puntos para la creación de un servicio nacional de salud. Basándose en sus propias indagaciones estadísticas, el autor indicó que aproximadamente la mitad de los decesos que se producían en Londres eran provocados por enfermedades que él consideraba curables. Al extrapolar los datos al conjunto del país, calculó que el reino perdía anualmente unos cien mil habitantes "por la simple falta de tratamientos oportunos o de medicinas adecuadas"[52]. El inglés llegó a evaluar el gasto económico que suponían tales pérdidas, estimando que cada trabajador prematuramente muerto costaba doscientas libras a la economía británica. Entre las medidas que planteó para revertir esta situación figuran la construcción de hospitales y el nombramiento de médicos y cirujanos para el tratamiento de los enfermos pobres. Asimismo, propuso la fundación de un Instituto Nacional de Salud que llevase a cabo investigaciones con el propósito de descubrir nuevos medicamentos, y exhortó a los profesionales de la medicina a que mirasen más allá de sus propios intereses y obrasen de acuerdo con la responsabilidad social que llevaba implícita su profesión. Bellers llegó incluso a sugerir que se modificase la legislación sobre cercamientos (*enclosure acts*) para asegurar una distribución más equitativa de las tierras comunales, y así conseguir que muchos de los menesterosos "lleven una forma de vida industriosa y honesta"[53]. También puso de

[51] Grew tituló su escrito como *The meanes of a most ample encrease of the wealth and strength of England in a few years humbly represented to her Majestie in the fifth year of her reign*. No hemos podido consultar el memorando, que nunca llegó a ser publicado. En su obra clásica sobre *Predecessors of Adam Smith* (1937), E. A. Johnson dedicó un capítulo al programa económico de Grew. Véase Johnson, 1960, cap. VII. Rosen también dedicó atención al escrito, naturalmente poniendo el acento en sus aportaciones sanitarias. Véase Rosen, 1953b, p. 430.
[52] Bellers, 1714, p. 2. Sobre las aportaciones del inglés, véase Clarke, 1987.
[53] Bellers, 1714, p. 40.

manifiesto las limitaciones de la caridad individual, a pesar de que él mismo había desarrollado numerosas iniciativas privadas para aliviar la situación de los pobres:

> It is too great a burden to the left on the shoulders, or to the care of the physicians alone, no private purse being able to bear the needful charges of it. Especially considering the necessities of many, and the indifference of others of that faculty, further than to procure a plentiful subsistence for themselves. And how much it concerns every other person; there is the more reason to expect: the STATE should bear a good part of the expense of it.[54]

A pesar de su audacia y profundidad, ninguna de las propuestas que hacían hincapié en la función asistencial del poder central pasó del estado de proyecto. Según George Rosen, la principal explicación de este fracaso reside en la singularidad político-administrativa de Inglaterra, que hacía muy difícil la intervención del Estado en materia de salud pública[55]. La puesta en práctica de las ideas de Grew o Bellers habría requerido que la actuación de las autoridades locales estuviera supeditada al control del poder central, una estructura gubernamental que en aquella época ya había sido descartada. Como es sabido, las tentativas llevadas a cabo por los Estuardo a lo largo del siglo XVII para implantar un sistema de administración centralizada no terminaron precisamente bien para esta dinastía, que en dos ocasiones se vio depuesta del poder. Tanto los intereses económicos surgidos en torno al comercio exterior, como una agricultura en prolongado ciclo de transformación estructural, vieron con recelo esas dinámicas centralizadoras, que en última instancia perseguían ensanchar la esfera de influencia política y económica de la Corona[56]. De ahí que después de la Revolución de 1688, que condujo a la aprobación de la Carta de Derechos *(Bill of Rights)* y a la instauración de un sistema constitucional, la monarquía inglesa no volviera a detentar el poder absoluto. Consecuentemente, los gobiernos locales dependieron cada vez más de su propia iniciativa y los funcionarios de los condados *(counties)* y las parroquias *(civil parishes)*, los dos niveles básicos de la administración local, reforzaron su influencia, prestigio y capacidad de acción.

En ausencia de un aparato administrativo centralizado, Inglaterra careció durante todo el setecientos de una política social de conjunto, de modo que la responsabilidad de aliviar la situación de los más necesitados fue asumida por las autoridades locales, modelo que se prolongaría hasta bien entrado el siglo XIX[57]. La política de socorros públicos fue vehiculada a través de las parroquias, que constituían el nivel más bajo de la administración local. Como se recordará, la ley isabelina de pobres, aprobada en 1601, había confiado a los administradores parroquiales la misión de proporcionar asistencia a los pobres incapacitados para el trabajo, lo que significaba que esos funcionarios debían asumir funciones en materia de salud pública. En la práctica, no obstante, se generalizó un sistema de contratas privadas –que acabaría siendo conocido como *farming out the poor*, es decir, "dar a los pobres en arriendo"– mediante el cual

[54] Ibíd., p. 4. Las mayúsculas provienen del original.
[55] Rosen, 1953b, p. 413-414; y Rosen, 1953c, p. 431-432.
[56] Cfr. Pipitone, 2003, p. 158.
[57] Sobre la política asistencial inglesa durante el siglo XVIII y la primera mitad del XIX, véase King, 2000.

las autoridades delegaban sus funciones asistenciales en profesionales privados locales. Aunque el contenido de dichas licitaciones podía variar mucho de una parroquia a otra, en la mayoría de las ocasiones hacía referencia a aspectos concretos de la política asistencial, como el transporte de los pobres o la administración de las "casas de trabajo" *(workhouses)*[58]. El primero de estos establecimientos, en donde los menesterosos eran obligados a desempeñar alguna ocupación productiva, fue creado en Bristol en 1696, y la experiencia se extendió rápidamente a otras muchas localidades del país[59]. Muy a menudo, los dirigentes parroquiales también suscribieron contratos con los médicos locales para que se hicieran cargo de la atención a los indigentes, o bien con los boticarios para que les suministraran medicamentos. El contenido de dichos contratos tampoco era fijo, sino que dependía de los acuerdos a que llegaran las partes. Así, por ejemplo, mientras que unas parroquias retribuían a los facultativos en función del número de pobres, otras lo hacían en atención a los trabajos realizados. Ocasionalmente, los contratos también podían eximir la prestación del servicio en determinadas coyunturas, como por ejemplo durante las epidemias[60].

Aunque es posible que este sistema permitiera aliviar las necesidades sanitarias de las clases populares, especialmente en los ámbitos rurales, las principales iniciativas desarrolladas en la Inglaterra del siglo XVIII para abordar los problemas de salud pública no fueron debidas al poder político, sino a un movimiento de carácter privado cuyo fundamento ideológico era un humanitarismo pragmático fuertemente impregnado de filantropía[61]. Este *sanitary movement*, protagonizado por personas de condición muy heterogénea, fue el responsable de la fundación de numerosos hospitales, como el Westminster Hospital (1719), el Guy's Hospital (1724), el Saint George Hospital (1733) o el London Hospital (1740), todos ellos localizados en la capital. La experiencia se extendió rápidamente al resto del país, de modo que a fines del setecientos casi todas las grandes ciudades de Gran Bretaña e Irlanda disponían de establecimientos hospitalarios[62]. La filantropía privada también contribuyó a incrementar la cobertura asistencial de la población creando maternidades –como la instituida por el tocólogo Richard Manningham en 1739– y manicomios –como el Retreat de York, fundado en 1777 por el comerciante cuáquero William Tuque. La labor asistencial de este movimiento caritativo se complementó con la creación de numerosos dispensarios. Aunque el primero de ellos, destinado a la atención de los niños pobres, fue fundado en 1769 por el médico George Armstrong, el centro que marcó la

[58] Fessler, 1950, p. 1.112.

[59] Un informe de 1725 identificó un total de 126 *workhouses*. Otro informe aparecido en 1776 elevó el número de estos establecimientos a 1.873, con una capacidad para aproximadamente 90.000 personas. Este incremento tan significativo fue motivado por la aplicación de la *Workhouse Test Act* de 1723, en virtud de la cual se dispuso que todos los pobres que quisieran beneficiarse de las ayudas públicas debían llevar a cabo una cantidad fija de trabajo en dichas instituciones, por lo general sin percibir ningún tipo de remuneración. Cfr. Nixon, 2011, p. 63.

[60] Rosen, 1953c, p. 432.

[61] Carrillo, 1992, p. 11.

[62] Sobre este movimiento privado de fundación de hospitales, conocido como *voluntary hospital movement*, véase Donaldson, 2002, p. 171-172; y De Renzi, 2004, p. 155.

pauta a seguir fue el General Dispensary de Londres, que abrió sus puertas en 1770 gracias a la iniciativa del médico cuáquero John Coakley Lettson[63]. Entre 1770 y 1792 se erigieron otros quince ambulatorios más en la capital, y desde 1775 hasta 1798 trece de estos establecimientos fueron inaugurados en el resto del país[64]. Entre ellos, cabe destacar el Public Dispensary de Edimburgo, fundado en 1776 por el galeno Andrew Duncan, y que además de proporcionar asistencia médica gratuita a los pobres de la ciudad, se convirtió en un importante centro de formación en medicina práctica[65].

El *sanitary movement* inglés del siglo XVIII también llevó a cabo diferentes iniciativas orientadas a la prevención de las enfermedades. Entre los protagonistas más destacados de este movimiento figuran los promotores de la campaña antialcohólica organizada a mediados del setecientos para que el Parlamento regulara el comercio de ginebra. Dicha campaña motivó la promulgación en 1751 de la llamada *Gin Act*, mediante la cual se pretendió reducir el consumo de destilados prohibiendo su comercialización en los establecimientos que carecieran de la preceptiva licencia e incrementando las tasas que gravaban su venta. Al parecer, la normativa consiguió el objetivo para la que había sido dictada, pues en un estudio reciente se ha podido comprobar que a raíz de su aprobación el consumo de bebidas alcohólicas disminuyó considerablemente en el conjunto de Gran Bretaña[66]. Otra iniciativa del mismo signo fue el *Manchester Board of Health*, fundado en 1796 por un grupo de ciudadanos adinerados para combatir la difusión del tifus, pero que acabaría abordando otros muchos problemas sociales provocados por el avance del proceso industrializador[67]. También conviene destacar la labor de los doctores James Lind y John Pringle, iniciadores, respectivamente, de la higiene naval y de la sanidad militar moderna[68], así como del magistrado John Howard, cuyo informe de 1777 sobre el estado de las cárceles de Inglaterra y Gales ya hemos tenido ocasión de comentar en un trabajo anterior[69]. El descubrimiento de la vacunación antivariólica, debido a Edward Jenner, puede asimismo ser encuadrado dentro del *sanitary movement* inglés[70].

El cambio de rumbo de la política social en el siglo XIX

A pesar de las medidas paliativas –tanto públicas como privadas– desarrolladas a lo largo del setecientos para abordar los problemas sanitarios, éstos no sólo siguieron sin resolverse, sino que tendieron a agudizarse como consecuencia del extraordinario crecimiento de la tasa de urbanización provocado por las grandes transformaciones acaecidas desde finales de la centuria

[63] Cfr. Kilpatrick, 1990, p. 255.
[64] Rosen, 1953b, p. 416.
[65] Cfr. Thompson, 1984.
[66] Warner, 2001.
[67] Cfr. Harris, 1938.
[68] Sobre las aportaciones de Lind y Pringle, véase Walker, 1968.
[69] Jori, 2013c.
[70] Cfr. López Piñero, 1990, p. 158; y Carrillo, 1992, p. 12.

en el modelo de producción agrícola e industrial. A principios del siglo XIX, alrededor del 20 por ciento de los ingleses y galeses vivían en localidades de más de 5.000 habitantes; en 1851 ya eran el 54 por ciento, y en esos cincuenta años diez ciudades habían conseguido superar la barrera de los 100.000 habitantes, aparte de Londres que ya los tenía[71]. La rapidez con que se registró este crecimiento de la población urbana acarreó graves problemas sociales, a los que se trató de hacer frente a partir de planteamientos diametralmente opuestos a los que habían sido operativos hasta el momento. En los inicios de la Revolución Industrial, la asistencia a los enfermos e indigentes era proporcionada de forma inconexa por unas quince mil parroquias de características muy heterogéneas, lo que motivó que diversos reformistas sociales plantearan la necesidad de racionalizar y centralizar la política de beneficencia. Al mismo tiempo, la burguesía industrial acusó al sistema vigente de socorros públicos de constituir el principal obstáculo para el suministro regular de mano de obra al sector fabril, proponiendo, en consecuencia, que se dejase de auxiliar a las personas que estuvieran capacitadas para el trabajo. Por ambas vías, surgió un nuevo enfoque para el tratamiento del problema de la pobreza, que sería finalmente asumido por los legisladores con la aprobación de la *Poor Law Amendment Act* de 1834.

Dicha ley incorporó los principios recogidos en el informe de la Real Comisión creada en 1832 para abordar la reforma de la política de beneficencia, que contó con la participación de figuras como Edwin Chadwick, George Nicholls, John Bird Sumner y Nassau William Senior. Tanto las conclusiones a las que llegó esta comisión, como el contenido de la ley, evidencian una clara influencia de los planteamientos utilitaristas defendidos por los filósofos radicales agrupados en torno a la figura de Jeremy Bentham. En esencia, la nueva normativa dispuso que ninguna persona que estuviera capacitada para el trabajo pudiera percibir ayudas públicas, a no ser que fuera dentro de una *workhouse*. Quienes accedieran a estas instituciones serían sometidos a unas condiciones de vida y de trabajo muy inferiores a las que se disfrutaban en el exterior, pues de este modo se incitaría a los menesterosos a procurarse su propio sustento. Este planteamiento estaba claramente inspirado en la denominada *doctrina de la necesidad*, que en relación al problema del pauperismo postuló que los pobres no debían ser socorridos, sino estimulados a valerse por sí mismos[72]. Desde un punto de vista administrativo, la ley representó el primer gran intento de uniformizar la política social en el conjunto de Gran Bretaña, pues creó una Junta Central de Beneficencia *(Poor Law Commission)* independiente del Parlamento encargada de orientar a los funcionarios locales en la aplicación de la nueva reglamentación[73]. Los principales objetivos que perseguía la normativa eran reducir la tasa de pobreza, limitar la asistencia social a

[71] Rodríguez Ocaña, 1992, p. 16.

[72] Uno de los principales representantes de esta filosofía fue el polímata Joseph Priestley, para quien *"individuals, when left to themselves, are in general sufficiently provident, and will daily better their circumstances"* (Priestley, 1788, p. 315). En consecuencia, cualquier intento de auxilio a los necesitados constituía un obstáculo al progreso material.

[73] Sobre el informe de la Comisión Real y el contenido de la ley, véase Watkin, 1975, p. 3-15. El texto íntegro de la normativa se encuentra reproducido en Theobald, 1834, p. 51-170.

los verdaderamente necesitados y sentar las bases del crecimiento económico mediante la creación de un mercado de trabajo libre[74]. Ahora bien, al legitimar el recogimiento de los pobres hábiles en aras del bienestar general, la pobreza tendió cada vez más a ser asimilada a la criminalidad[75].

El problema de la salud de la población indigente no fue directamente abordado por la ley de pobres de 1834. Sin embargo, ocho años después Edwin Chadwick coordinó en calidad de secretario de la *Poor Law Commission* la elaboración de un importante informe titulado *Report… on an inquiry into the sanitary conditions of the labouring population of Great Britain* (1842), que al año siguiente se complementaría con la publicación de un dictamen suplementario. El contenido de ambos documentos refleja la vigencia de la doctrina miasmática de la enfermedad, pues en ellos se relaciona la incidencia de diversas afecciones con las deficientes condiciones ambientales debidas a la falta de agua potable, de una red de alcantarillas en condiciones y de mecanismos eficaces para la eliminación de los deshechos. Los efluvios miasmáticos procedentes de la materia orgánica putrefacta constituían, en particular, el principal enemigo a combatir. Por este motivo, una de las medidas preventivas más destacadas que se plantearon fue el drenaje de las calles y la limpieza de las casas, "mediante la mejora del abastecimiento de agua y del alcantarillado y, sobre todo, mediante la aplicación de procedimientos más económicos y eficientes de eliminación de los residuos urbanos"[76]. Al enfatizar la importancia de la infraestructura física de la ciudad, este planteamiento, que constituye el núcleo de la denominada *sanitary idea* de Chadwick, introdujo un cambio de orientación muy significativo a la hora de abordar los problemas de salud pública. En primer lugar, porque ésta quedó reducida a una cuestión de ingeniería y no ya de medicina[77]. Y, en segundo lugar, porque se dejaba completamente de lado la consideración de temas como la alimentación, los salarios o las condiciones laborales de la población. De ahí que en un libro sobre la política de la salud británica en la primera mitad del siglo XIX, Christopher Hamlin haya podido sostener la tesis de que la idea sanitaria de Chadwick representó el triunfo de una política favorable a las clases dominantes, que de este modo resolvieron una situación social potencialmente conflictiva que amenazaba con limitar el avance del proceso de industrialización y de acumulación capitalista[78].

Los informes coordinados por Chadwick en 1842 y 1843 sirvieron de base a la *Public Health Act* de 1848, primera ley sanitaria aprobada en Inglaterra[79]. En virtud de esta normativa se creó una Junta Superior de Sanidad *(General Board of Health)* cuyas disposiciones eran extensivas a las distintas juntas locales *(local boards of health)* instituidas en el conjunto del reino, las cuales

[74] Rees, 2001, p. 24.
[75] Jordan, 1978, p. 142.
[76] Chadwick, 1842, p. 341.
[77] Rosen, 1953b, p. 426. En el mismo sentido, véase Barles, 1999.
[78] Hamlin, 1998.
[79] La *sanitary idea* de Chadwick también tuvo una gran influencia en el diseño y desarrollo de tecnologías sanitarias en otros países. Sobre su aplicación en Estados Unidos, véase Melosi, 2008, cap. III.

habían de velar por la limpieza y el drenaje de las calles, el adecuado suministro de agua potable o la regulación de los mataderos[80]. Para llevar a cabo estos cometidos, las juntas locales podían nombrar a inspectores médicos de higiene, quienes se encargaban de averiguar, comunicar y, en su caso, prevenir, las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad. La figura clave en este sentido fue la de John Simon, que entre 1848 y 1855 ocupó el puesto de *Officer of Health* de Londres, y que a partir de 1858, fecha de la disolución del *General Board*, se convirtió en la primera autoridad sanitaria de Gran Bretaña al hacerse cargo del departamento de sanidad del Consejo Privado de Su Majestad, ocupación que desempeñó hasta 1876. Se ha destacado que Simon desarrolló una política de incitación más que de obligación, ya que llevó a cabo un ambicioso programa de investigación destinado a fundamentar empíricamente la conveniencia de la actuación sanitaria de los poderes públicos[81]. Sus estudios, que realizó con la ayuda de valiosos colaboradores como Edward H. Greenhow, estuvieron dedicados a temas tan diversos como la mortalidad infantil, la alimentación, la vivienda obrera, la salud laboral, las enfermedades venéreas, el cólera o la fiebre tifoidea[82].

Conclusión

Como en otros muchos países europeos, a lo largo de los siglos XVII y XVIII diferentes intelectuales ingleses plantearon la necesidad de que el Estado se irrogara una misión de policía sanitaria que abarcara una gran pluralidad de frentes, tales como la gestión de establecimientos hospitalarios, la regulación de la enseñanza y práctica profesional de la medicina o el control de las condiciones higiénico-sanitarias de las ciudades. Pero a diferencia de lo que ocurrió en Alemania, Francia o España, ninguna de estas propuestas se llevó a la práctica, pues los sucesivos gobiernos ilustrados jamás llegaron a coordinar una acción política de conjunto destinada a elevar el nivel general de salud y bienestar. Según hemos tratado de argumentar, la explicación de esta particularidad reside en el hecho de que esas propuestas se fundamentaban en unos principios político-administrativos, económicos y sociales que en la Inglaterra del siglo XVIII ya comenzaban a ser desplazados.

Durante buena parte del setecientos, la política social inglesa se basó en un enfoque inspirado en los principios ideológicos del liberalismo, que propugnó la capacidad del libre mercado para autorregularse y consideró la iniciativa individual como el principal motor del progreso económico y social. De ahí que buena parte de las actividades sanitarias desarrolladas en el siglo XVIII no fueran impulsadas por el Estado, sino por funcionarios locales o filántropos privados. Pero paradójicamente, la introducción del *laissez-faire* ni mucho menos condujo a una supresión de las actividades gubernamentales en materia de salud pública, sino que a la larga acabaría

[80] Hemos consultado el texto de la ley reproducido en Lawes, 1849, p. 1-208. Sobre las principales aportaciones de esta normativa, véase Calman, 1998.
[81] Rodríguez Ocaña, 1992, p. 16.
[82] Cfr. Lambert, 1963.

reforzando el sentimiento de que el poder central debía asumir crecientes funciones sanitarias y asistenciales.

Tanto la *Public Health Act* de 1848, como las sucesivas normativas sanitarias que la siguieron, reflejan que la preocupación por el bienestar físico de la población fue el resultado, no ya de una respuesta solidaria a las crecientes desigualdades sociales, sino de la conciencia cada vez más generalizada de que los problemas de salud pública acarreaban unos costos sociales y económicos difíciles de asumir para el nuevo orden que se estaba perfilando. El despegue del proceso industrializador en Inglaterra provocó un notable incremento de la mortalidad urbana vinculado, sobre todo, al deterioro de la higiene pública, de modo que a mediados del ochocientos la esperanza de vida al nacer guardaba una evidente e inversa relación de proporcionalidad con la densidad de población. A medida que empeoraban las condiciones sanitarias en las urbes manufactureras, se fue haciendo cada vez más evidente que el problema no podía ser abordado a través de iniciativas individuales, aisladas e inconexas, como se había hecho a lo largo del siglo XVIII. Por el contrario, se requería que el Estado llevara a cabo una acción de conjunto para mejorar la salud de la sociedad, pues como argumentaron Chadwick y otros reformadores la enfermedad representaba una amenaza socialmente compartida que sólo podría ser combatida de forma colectiva.

El estudio de la política sanitaria inglesa del siglo XIX pone al descubierto que los ideales perseguidos por los teóricos del liberalismo clásico precisaron del intervencionismo estatal para poder ser llevados a la práctica. En el fondo, el tratamiento que se hizo de los problemas de salud pública evidencia que la mano invisible que debía regular el funcionamiento del mercado era, en realidad, la mano de los legisladores, administradores y funcionarios públicos.

Bibliografía

ALFARO NAVARRO, José Luis; *et al*. Los inicios de la artimética política en la Inglaterra del siglo XVII. In RIOBOÓ ALMANZOR, José M.; RIOBOÓ LESTÓN, Irene (Ed.). *Historia de la probabilidad y la estadística (V)*. s/l.: Asociación de Historia de la Estadística y la Probabilidad de España, 2011, p. 1-10.

ARBUTHNOT, John. An Argument for Divine Providence, taken from the Constant Regularity observed in the Births of both Sexes. [1ª ed. de 1710]. In *The philosophical transactions of the Royal Society of London, from their commencement in 1665 to the year 1800*. London: C. and R. Baldwin, 1809, vol. V, p. 606-612.

BARLES, Sabine. *La ville délétère. Médecins et ingénieurs dans l'espace urbain XVIIIe-XIXe siècle*. Seyssel : Champ Vallon, 1999.

BAXTER, Richard. *A Christian Directory, or, a body of practical divinity and cases of conscience*. London: Richard Edwards, 1825, 5 vol.

BEIER, A. L. *The problem of the poor in Tudor and early Stuart England*. London: Methuen & Co., 1983.

BELLERS, John. *An essay towards the improvement of physick. In twelve proposals… With an essay for imploying the able poor*. London: Assigns of J. Sowle, 1714.

CAIRNS, John. *Matters of Life and Death. Perspectives on Public Health, Molecular Biology, Cancer, and the Prospects for the Human Race*. Princeton: Princeton University Press, 1997.

CALMAN, Kenneth. The 1848 Public Health Act and its relevance to improving public health in England now. *British Medical Journal*, 1998, vol. CCCXVII, nº 7.158, p. 596-598.

CAMÚÑEZ Ruiz, José Antonio; *et al*. La memoria de Daniel Bernoulli sobre la inoculación sontra la viruela (1760). Un problema de decisión bajo incertidumbre. In BASULTO SANTOS, Jesús; GARCÍA DEL HOYO, Juan José (Ed.). *Historia de la probabilidad y la estadística (IV)*. Huelva: Universidad de Huelva, 2009, p. 47-60.

CARRILLO, Juan L. *La medicina en el siglo XVIII*. Madrid: Akal, 1992.

CHADWICK, Edwin. *Report… on an inquiry into the sanitary conditions of the labouring population of Great Britain; with appendices*. London: W. Clowes and Sons, 1842.

CHADWICK, Edwin. *Report on the sanitary condition of the labouring population of Great Britain. A supplementary report on the results of a special inquiry into the practice of interment in towns*… London: W. Clowes and Sons, 1843.

CLARKE, George. Introduction. In CLARKE, George (Ed.). *John Bellers. His life, times & writings*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd., 1987, p. 1-41.

DE RENZI, Silvia. Policies oh health. Diseases, poverty and hospitals. In ELMER, Peter (Ed.). *The healing arts. Health, disease and society in Europe, 1500-1800*. Manchester: Manchester University Press, 2004, p. 136-165.

DONALDSON, L. J. and R. J. Donaldson. *Essential public health*. 2ª ed. Newbury: LibraPharm, 2002.

FESSLER, A. A medical contract from the Eighteenth century. *British Medical Journal*, 1950, nº 2, p. 1.112-1.113.

GINSBERG, Leon H.; MILLER-CRIBBS, Julie. *Understanding social problems, policies, and programs*. Columbia: University of South Carolina Press, 2005.

GLASS, David V. John Graunt and his *Natural and oolitical observations. Procedings of the Royal Society of Londo. Serie B, Biological Sciences*, 1963, vol. CLIX, nº 974, p. 2-37.

GRAUNT, John. *Natural and Political Observations mentioned in a following Index, and made upon the Bills of Mortality*. 3th ed. London: John Martin and James Allestry, 1665.

HACKING, Ian. *The taming of chance*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

HAMLIN, Christopher. *Public Health and Social Justice in the Age of Chadwick. Britain, 1800-1854*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

HARRIS, Henry. Manchester's Board of Health in 1796. *Isis*, 1938, vol. XXVIII, nº 1, p. 26-37.

HUME, David. Of the Rise and Progress of the Arts and Sciences. [1ª ed. de 1742]. In HUME, David. *Essays and treatises on several subjects*. London: A. Millar & A. Kincaid and A. Donaldson, 1764, vol. I, p. 123-153.

JOHNSON, E. A. *Predecessors of Adam Smith. The growth of British economic thought*. New York: A. M. Kelley, 1960.

JONCKHEERE, Werner G. La table de mortalité de Duvillard. *Population*, 1965, vol. XX, n°5, p. 865-874.

JONES, Whitney R. D. *The Tree of Commonwealth, 1450-1793*. Cranbury: Associated University Presses, 2000.

JORDAN, Bill. *Freedom and the welfare state*. London: Routledge & Kegan Paul, 1978.

JORI, Gerard. La política de la salud en el pensamiento ilustrado español. Principales aportaciones teóricas. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 2012, vol. XVI, nº 418 (16). <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-418/sn-418-16.htm>.

JORI, Gerard. Población, política sanitaria e higiene pública en la España del siglo XVIII. *Revista de Geografía Norte Grande*, 2013a, nº 54, p. 129-153.

JORI, Gerard. Asistencia social y política sanitaria en el pensamiento ilustrado francés. In BONASTRA, Quim; JORI, Gerard (Ed.). *Imaginar, organizar y controlar el territorio. Una visión geográfica de la construcción del Estado-nación*. Barcelona: Icaria, 2013b, p. 331-361.

JORI, Gerard. La ciudad como objeto de intervención médica. El desarrollo de la medicina urbana en España durante el siglo XVIII. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 2013c, vol. XVII, nº 431. <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-431.htm>.

KILPATRICK, Robert. 'Living in the light': dispensaries, philanthropy and medical reform in late-einghteenth-century London. In CUNNINGHAM, Andrew; FRENCH, Robert (Ed.). *The Medical Enlightenment of the Eighteenth Century*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990, p. 254-280.

KING, Steven. *Poverty and welfare in England, 1700-1850. A regional perspective*. Manchester: Manchester University Press, 2000.

LAMBERT, Royston. *Sir John Simon (1816–1904) and English Social Administration*. London: MacGibbon & Kee, 1963.

LAWES, Edward. *The act for promoting the public health, with notes, an analytical index, and (by way of appendix) The Nuisances Removal and Diseases Prevention Act, 1848*… London: Shaw and Sons, 1849.

LEWIS, Richard A. *Edwin Chadwick and the Public Health Movement, 1832-1854*. London: Longmann, 1952.

LÓPEZ-MORENO, Sergio; *et al*. Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. *Salud Pública de México*, 2000, vol. XLII, nº 2, p. 133-143.

LÓPEZ PIÑERO, José María. *Historia de la medicina*. Madrid: Historia 16, 1990.

MELOSI, Martin V. *The Sanitary City. Environmental Services in Urban America from Colonial Times to the Present*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 2008.

MORRIS, James M.; KROSS, Andrea L. *Historical dictionary of utopianism*. Lenham: Scarecrow Press, 2004.

MULLETT, Charles F. Sir William Petty on the Plague. *Isis*, 1938, vol. XXVIII, nº 1, p. 18-25.

NIXON, Cheryl L. *The orphan in eighteenth-century law and literature. Estate, blood, and body*. Farnham: Ashgate Publishing, 2011.

PASHLEY, Robert. *Pauperism and poor laws*. London: Longman Brown Green and Longmans, 1852.

PETTY, William. The political anatomy of Ireland. [Escrito en 1672, 1ª ed. de 1691]. In HULL, Charles H. (Ed.). *The economic writings of Sir William Petty*. Cambridge: Cambridge University Press, 1899a, vol. I, p. 121-231.

PETTY, William. Political Arithmetic. [Escrito en 1672, 1ª ed. de 1691]. In HULL, Charles H. (Ed.). *The economic writings of Sir William Petty*. Cambridge: Cambridge University Press, 1899b, vol. I, p. 233-313.

PETTY, William. Verbum Sapienti. [Escrito en 1664, 1ª ed. de 1691]. In HULL, Charles H. (Ed.). *The economic writings of Sir William Petty*. Cambridge: Cambridge University Press, 1899c, vol. I, p. 99-120.

PETTY, William. A Treatise of Taxes and Contributions. [1ª ed. de 1662]. In HULL, Charles H. (Ed.). *The economic writings of Sir William Petty*. Cambridge: Cambridge University Press, 1899d, vol. I, p. 1-97.

PETTY, William. Another essay in political arithmetick concerning the growth of the city of London. [1ª ed. de 1683]. In HULL, Charles H. (Ed.). *The economic writings of Sir William Petty*. Cambridge: Cambridge University Press, 1899e, vol. II, p. 451-478.

PETTY, William. Observations upon the Dublin-bills of mortality. [1ª ed. de 1683]. In HULL, Charles H. (Ed.). *The economic writings of Sir William Petty*. Cambridge: Cambridge University Press, 1899f, vol. II, p. 479-491.

PETTY, William. Further observations upon the Dublin-bills. [1ª ed. de 1686]. In HULL, Charles H. (Ed.). *The economic writings of Sir William Petty*. Cambridge: Cambridge University Press, 1899g, vol. II, p. 493-498.

PETTY, William. A Treatise of Taxes and Contributions. [1ª ed. de 1662]. In HULL, Charles H. (Ed.). *The economic writings of Sir William Petty*. Cambridge: Cambridge University Press, 1899h, vol. I, p. 1-97.

PETTY, William. The method of enquiring into the state of any country. [Escrito *c*. 1665]. In LANDSDOWNE, marquis of (Ed.). *The Petty papers. Some unpublished writings of Sir William Petty*. London: Constable & Company Limited, 1927a, vol. I, p. 175-178.

PETTY, William. An essay for the improvement of London. [1ª ed. de 1676]. In LANDSDOWNE, marquis of (Ed.). *The Petty papers. Some unpublished writings of Sir William Petty*. London: Constable & Company Limited, 1927b, vol. I, p. 33-36.

PETTY, William. Anatomy Lecture. [Conferencia pronunciada en 1676]. In LANDSDOWNE, marquis of (Ed.). *The Petty papers. Some unpublished writings of Sir William Petty*. London: Constable & Company Limited, 1927c, vol. II, p. 171-178.

PIPITONE, Ugo. *Ciudades, naciones, regiones. Los espacios institucionales de la modernidad*. México, D. F.: Fondo de Cultura Economica, 2003.

POUND, John F. *Poverty and vagrancy in Tudor England*. London: Longman, 1986.

POYNTER, John R. *Society and pauperism. English ideas on poor relief, 1795-1834*. London: Routledge & K. Paul, 1969.

PRIESTLEY, Joseph. *Lectures on history, and general policy; to which is prefixed, An essay on a course of liberal education for civil and active life*. Dublin: P. Byrne, 1788.

RATTANSI, P. M. The Intellectual Origins of the Royal Society. *Notes and Records of the Royal Society*, 1968, vol. XXIII, nº 2, p. 129-143.

REES, Rosemary. *Poverty and public health, 1815-1948*. Oxford: Heinemann, 2001.

RILEY, James C. Working health time: A comparison of preindustrial, industrial, and postindustrial experience in life and health. *Explorations in Economic History*, 1991, vol. XXVIII, nº 2, p. 169-191.

RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban. *Por la salud de las naciones. Higiene, microbiología y medicina social*. Madrid: Akal, 1992.

ROSEN, George. Cameralism and the Concept of Medical Police. *Bulletin of the History of Medicine*, 1953a, vol. XXVII, p. 21-42.

ROSEN, George. Economic and Social Policy in the Development of Public Health. An Essay in Interpretation. *Journal of the History of the Medicine and Allied Sciences*, 1953b, vol. VIII, nº 4, p. 406-430.

ROSEN, George. Medical Care and Social Policy in Seventeenth Century England. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 1953c, vol. XXIX, p. 420-437.

ROSEN, George. The Fate of the Concept of Medical Police 1780-1890. *Centaurus*, 1957, vol. V, nº 2, p. 97-175.

RUSNOCK, Andrea A. *Vital Accounts. Quantifying Health and Population in Eighteenth-Century England and France*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

RYKEN, Leland. *Worldly saints. The Puritans as they really were*. Grand Rapids: Zondervan, 1991.

SLACK, Paul. *The Impact of plague in Tudor and Stuart England*. Oxford: Clarendon Press, 1985.

SÜSSMILCH, Johann Peter. *L'ordre divin dans les changements de l'espèce humaine, démontré par la naissance, la mort et la propagation de celle-ci*. [1ª ed. de 1741]. Traduit et annoté par Jean-Marc Rohrbasser. Paris: Institut National d'Études Démographiques, 1998.

TAYLOR, Edgar. *The book of rights: or constitutional acts and parliamentary proceedings affecting civil and religious liberty in England, from Magna Charta to the present time*. London: A. Maxwell, Bell-Yard, Lincoln's Inn, 1833.

THEOBALD, William. *The Poor Law Amendment Act; with a commentary on the powers of the commissioners, and a general introductory view, showing how the act affects the Law of Relief, Settlement, Removals and Appeals*… London: S. Sweet, Steve & Sons, 1834.

THOMPSON, Donald M. General practice and the Edinburgh Medical School: 200 years of teaching, care and research. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1984, vol. XXXIV, nº 258, p. 9-12.

WALKER, M. E. M. *Pioneers of public health. The story of some benefactors of the human race*. Freeport: Books for Libraries Press, 1968, p. 13-34.

WARNER, Jessica. Can Legislation Prevent Debauchery? Mother Gin and Public Health in 18th-Century England. *American Journal of Public Health*, 2001, vol. XCI, nº 3, p. 375-984.

WATKIN, Brian. *Documents on health and social services. 1834 to the present day*. London: Methuen & Co., 1975.

WINSTANLEY, Gerrard. The Law of Freedom in a Platform. [1ª ed. de 1652]. In HILL, Christopher (Ed.). *Winstanley 'The Law of Freedom' and Other Writings*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006, p. 273-389.