

Dynamics of Health and Welfare: texts and contexts
Dinámicas de Salud y Bienestar: textos y contextos

Laurinda Abreu
Patrice Bourdelais
Teresa Ortiz-Gómez
Guillermo Palacios (eds.)

Dynamics of Health and Welfare: texts and contexts
Dinámicas de Salud y Bienestar: textos y contextos

Edições Colibri

•
CIDEHUS/UE – Centro Interdisciplinar de História,
Culturas e Sociedades da Universidade de Évora

•
GRAPH / PhoenixTN

Biblioteca Nacional – Catalogação na Publicação

TÍTULO *Dynamics of Health and Welfare: texts and contexts*
Dinámicas de Salud y Bienestar: textos y contextos

EDS. Laurinda Abreu, Patrice Bourdelais, Teresa Ortiz-Gómez,
Guillermo Palacios

EDIÇÃO Edições Colibri • CIDEHUS-UE • GRAPH / PhoenixTN

CAPA TVM Designers

ISBN 978-972-772-773-5

DEP. LEGAL 268 655/07

Lisboa Dezembro de 2007

SUMMARY

Preface	11
---------------	----

PART I

HEALTH AND WELFARE / SALUD Y BIENESTAR

Laurinda Abreu; Patrice Bourdelais

<i>Health and welfare as human rights: some notes on a utopia or a vision of the future</i>	15
1. The old regimes of poor relief and health care	16
2. The philanthropist turn of the 18 th century and the French Revolution measures	19
3. How to answer the “ <i>question sociale</i> ”?	22
4. How to articulate individualization and collective security?	26
5. Texts	31
<i>Health and Welfare in a moment of transition</i>	31
5.1 Black Death and new sanitary policies. <i>Laurinda Abreu</i>	31
5.2 As confrarias de Misericórdia (Portugal – Período Moderno). <i>Laurinda Abreu</i>	36
5.3 The English “Poor laws”. <i>Laurinda Abreu</i>	39
<i>Health and inequalities</i>	43
5.4 Sussmilch, Moheau et la découverte des inégalités sociales de santé. <i>Patrice Bourdelais</i>	43
5.5 Social reforme. <i>Patrice Bourdelais</i>	47
5.6 El Instituto de Reeducación Profesional de Inválidos del Trabajo (IRPIT) de España. <i>María Isabel Porras Gallo</i>	50
5.7 La Clínica del Trabajo del Instituto Nacional de Previsión de Madrid (España). <i>María Isabel Porras Gallo</i>	54

<i>Welfare and Health as a condition of citizenship</i>	58
5.8 L'assistance et la Révolution française. <i>Patrice Bourdelais</i>	58
5.9 La institucionalización y reglamentación de la salubridad en México en el siglo XIX. <i>Hira de Gortari Rabiela</i>	61
5.10 Previdência social e história: a saúde como direito do trabalhador brasileiro. <i>Denise Bernuzzi de Sant'Anna</i>	65
5.11 The Cuba case: the Constitutional Law in 1976. <i>Patrice Bourdelais</i>	68
5.12 The reorganization of the Health care system in Buenos Aires (Argentina) 1999. <i>Patrice Bourdelais</i>	71
 <i>Welfare and Health as a condition of Human development</i>	 77
5.13 Croix Rouge. <i>Patrice Bourdelais</i>	77
5.14 René Sand and the social medicine. Health and Human Progress: an Essay in Sociological Medicine. <i>Patrice Bourdelais</i>	80
5.15 La sécurité sociale française. <i>Patrice Bourdelais</i>	83
 Bibliography	 86

PART II

PERSPECTIVES ON GENDER AND HEALTH/

PERSPECTIVAS EN GÉNERO Y SALUD

Teresa Ortiz-Gómez; Denise Bernuzzi Sant'Anna

1. Gender and androcentrism. Proposals for applying a gender approach to the study of health discourses and practices	104
2. Relationships among history, gender and health. Contributions and research lines in Europe and Latin America	106
2.1 Women in medicine and healthcare activities	109
2.2 Women as producers of scientific knowledge	111
2.3 Androcentrism and construction of the sexual difference	112
2.4 Medicalisation and pathologisation of the female body: Coercion and resistance of women	113
2.5 Sexuality, contraception and reproductive health	114
2.6 Family health, welfare state and women	115

2.7 Women and the experience of being ill	116
2.8 Masculinities, gender and health	116
2.9 Conclusion and new directions	117
3. Texts	118
<i>Women, gender relations and healthcare practice</i>	118
3.1. History as Politics: Kate Campbell Hurd-Mead (1867-1941) and the Women Physicians' International Movement. <i>Montserrat Cabré</i>	118
3.2. Relaciones entre matronas y médicos en España y México en el siglo XIX. <i>Ana María Carrillo</i>	121
3.3. La educación de las mujeres según las primeras médicas doctoras españolas a finales del siglo XIX. <i>Consuelo Flecha-García</i>	124
3.4. Gênero, saúde e espaço público: a trajetória de Maria Rennotte (1852-1942). <i>Maria Lucia Mott</i>	127
3.5 La feminización de las profesiones sanitarias en el siglo XXI. <i>Teresa Ortiz-Gómez</i>	130
<i>Scientific knowledge and policies on the female body and sexuality</i>	133
3.6 Corpo e medicina no Brasil do século XVIII. <i>Denise Bernuzzi Sant'Anna</i>	133
3.7 Semiología del androcentrismo en la patología y la clínica contemporáneas. <i>Consuelo Miqueo</i>	136
3.8 Alegres e perigosas: prostituição e vida urbana no início do século XX. <i>Luis Soares Camargo</i>	139
3.9 Salud, trabajo y género: La orientación profesional para las mujeres. <i>José Martínez Pérez</i>	141
3.10 Debates médicos y sociales sobre anticoncepción y aborto en Argentina (1960-1974). <i>Karina Felitti</i>	144
<i>Practices and knowledge of gender and health</i>	147
3.11 Las mujeres como agentes de higienización familiar. <i>Esteban Rodríguez-Ocaña</i>	150
3.12 A pílula contracepcional no Brasil (1960-1980). <i>Joana Maria Pedro</i>	

3.13	Medicalización y criterios diagnósticos de los trastornos de la alimentación. <i>Eugenia Gil-García</i>	153
3.14	Antropología del género, riesgo y uso de drogas. <i>Nuria Romo-Avilés</i>	156
3.15	Gender and medical technologies: the case of living organ donation. <i>Kristin Zeiler</i>	159
	Bibliography	163

PART III

MIGRATION, URBANIZATION AND HEALTH/ MIGRACIÓN, URBANIZACIÓN Y SALUD María Rosa Gudiño, Laura Rojas, Guillermo Palacios

	<i>Migration, Urbanization and health</i>	177
1.	Health and migration	180
2.	Migration, colonialism and public health	187
3.	Health and urbanization	189
4	Texts	193
	<i>Legislation</i>	193
4.1	México. Código Sanitario 1926. Capítulo tercero. <i>María Rosa Gudiño</i>	193
4.2	La inmigración en el Perú en el siglo XIX. <i>Gerardo Álvarez</i>	197
4.3	Regular la inmigración y la extranjería: Colombia 1920. <i>María Rosa Gudiño</i>	201
	<i>Migration, colonialism and public health</i>	205
4.4	Pobreza y emigración en la lente pública europea. <i>Guillermo Palacios</i>	205
4.5	Assistance publique aux colonies. <i>Guillermo Palacios</i>	208
	<i>Migration, contagious diseases and crimes against health</i>	211
4.6	Prohibiciones, denuncias y rechazo. México 1926-1930. <i>María Rosa Gudiño</i>	211
4.7	Inmigración japonesa y cáncer gástrico y de mama en São Paulo. <i>Guillermo Palacios</i>	215

<i>City and health</i>	217
4.8. Campaña contra tifo en ciudad de México. 1909. <i>Laura Rojas</i> .	217
4.9 Urbanización y salud en Suecia, 1750-2000. <i>Sam Willner</i>	221
4.10 Relatório de 1913 do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. <i>Guillermo Palacios</i>	225
<i>Urbanization and hygiene</i>	228
4.11 La Higiene en México de Alberto J. Pani. <i>María Rosa Gudiño</i> ..	228
4.12 Urbanización y salud en São Paulo: las viviendas obreras en 1893. <i>Guillermo Palacios</i>	231
4.13 Circular para Inspectores de Sanidad. Gerona, España 1929. <i>María Rosa Gudiño</i>	235
4.14 Higiene y Salubridad. Francia 1913-1916. <i>Laura Rojas</i>	238
4.15 Legislación compartida de puertos. <i>María Rosa Gudiño y Laura Rojas</i>	241
Bibliography	245

PREFACE

The book that is now being presented is a result from work developed in the scope of a project within the Alfa Programme (Exchange Programme between Universities of the European Union and Latin America), integrated into EuropeAid – Cooperation Office Latin America Directorate, and financed by the European Commission, between 2005 and 2007. Entitled Graph – Graduate Programme in the Social Dynamics of Health, the members of the project were the École des Hautes Études en Sciences Sociales (Patrice Bourdelais), the Colegio de México (Guillermo Palacios), the universities of Évora (Laurinda Abreu), Granada (Teresa Ortiz-Gómez), Nacional de Luján (José Luis Moreno), La Habana (Mariana Ravanet Ramírez), Linköping (Jan Sundin), Mannheim (Martin Dinges), Peruana Cayetano Heredia (Marcos Cueto), the Pontificia Universidade Católica de S. Paulo (Denise Bernuzzi de Sant’Anna) and the Asociación Médica Argentina (Vicente Enrique Mazzafero Martín).

Designed as a textbook especially destined for post-graduate students, the main purpose of this book is to make access easier to a diversified set of documents considered of great significance to illustrate relevant content in terms of health and welfare dynamics. The book is organized into three parts (Health and Welfare; Perspectives on Gender and Health; Migration, Urbanization and Health), that start with a general introduction to the subject, followed by a small presentation, and in some cases, problematization, of the documents. Each chapter ends with a bibliographic list of the most recent and/or most important titles, according to the chapter authors’ perspective, for the subject in analysis. Issues in Europe and Latin America are the focus of the book.

The linguistic diversity of the project partners was assumed as an added-value that we wanted to preserve, not only taking into account the book’s potential public-target – students, researchers and professors of diverse countries, with expertise in several languages – but also as a way to escape from the imposition of a single language for science, without obviously denying the importance of the English as an international language.

We would like to express our gratitude to everyone who contributed for this book.

The editors

PART I

HEALTH AND WELFARE
SALUD Y BIENESTAR

HEALTH AND WELFARE AS HUMAN RIGHTS: SOME NOTES ON A UTOPIA OR A VISION OF THE FUTURE

*Laurinda Abreu
Patrice Bourdelais*

European countries were a sort of reference point as far as social security systems were concerned, at least until the 1990s. This chapter intends to set forth the main lines of such a long history whether within the theoretical frame, whether presenting documents considered representative of important moments or actions that were determinant for the construction of such systems.

It has been frequently claimed that measures related to public health and individual health care experienced a great development from the 19th century onwards. In the pioneering book, *History of Public Health* published in 1958, George Rosen wrote “the protection and promotion of the health and welfare of its citizens is considered to be one of the most important functions of the modern state” (Rosen, 1958, 17). Recognizing in the Mercantilist State of the end of the 16th century, and in its political philosophy, evident concerns regarding public health that gave way to the first systematic measures promoting the health of the population and the demographic increase, Rosen postulated that the task had only been implemented at a large scale by the big Leviathan, being the French revolutionaries of 1789 the ones responsible for transforming health into a right for the citizens (Rosen, 1974). However, recent research has been proving that, at least from the Black Death, several political and administrative provisions have been regularly implemented in the public health field in order to defend cities against epidemic outbreaks and aid the inhabitants in case of need. (Bourdelais, 2001; Cipolla, 1979; Slack, 1985). It is about this initial period that the first documents presented in the Part I will be dealt with. The second part will be devoted to the criticism that arose in the mid 18th century that the French Revolution later on transformed into laws, and the third one

will be dedicate to the answers given to the “social issue”. It will end up problematizing the difficulties of articulation between individualism and collective security.

1. The old regime of poor relief and health care

The new models of charity and poor relief developed after the Black Death, as is well-known. Supported in an already complex bureaucracy (Porter, 1999, 34-45), the authorities tried new sanitary policies (doc. 5.1), namely protecting the water deposits and investing in the cleaning-up of public and private places, but also controlling the beggars and the vagrants more, as they were considered potential disease carriers, and creating the Health Councils (Pullan, 1994, 101-123; Palmer, 1999, 87-101). Interventions followed by a first hospital reform, aimed to rationalize the assistential resources and increase the efficiency of the health services offered, therefore imposing a certain specialization at the level of the administrative procedures and in the restriction of the access of those who used the hospitals as hostelrys (Cosmacini, 1992, 57-73). The chronologic simultaneity and the complementarity of the decisions taken by the local authorities, in most European contexts, and by the Crown in others, allow the use, with some confidence, of the expression *public health policies* at least for the Early Modern Period (Fassin, 2005).

As with the concept of public health, the one of welfare, usually identified with specific social policies that came up in Western Europe during the second half of the 19th century and mainly in the 20th century (Rosanvallon, 1995, 7-12), has an extensive path and must be analyzed from a long-term perspective (Pastorini, 2004). By definition, welfare consists of the organization, at a national and state level, of a sort of security network that supposedly prevented people suffering from a health problem, whether from work or not, old age or accidents, among others, from poverty and allowed them to continue supporting their families, their lives and their dignity. Still, the roots of the concept of welfare have to be found in the development of the Early Modern State. In fact, the expression “welfare” could be substituted with some advantages by the expression “better-being”, which could be eventually more accepted. Anyway, it is interesting to verify that the authorities tried to link both in order to protect and improve the health and the security of the population, avoiding worse consequences as a result of economic crises and poverty. The methods were, obviously, quite different from the ones used during the 19th century but the political worries were already expressed and several realizations carried out.

Taken from Castel's interpretation of the concept of Social State (Castel, 2003), by *welfare* we assume all the measures and interventions aimed at improving and lessening everyday difficulties related to specific economic and family contexts (Ashford, 1986; Baldwin, 1990; Beneton, 1983; Esping-Andersen, 1990). Welfare is also taken to include those measures intended to control and reduce social insecurity or increase the chances for survival in adverse circumstances, or even those that were aimed at preserving the social status of certain groups. This is valid for both high-status families – as can be seen by the analysis of the alms given to the ashamed poor by the Church and by the brotherhoods (Ricci, 1983, 158-177) – and for peasants, who were given or lent cereals at reduced prices, trying to prevent them from going over the threshold that separated them from beggary. In a way, all the decisions also had as a purpose, and we believe to a certain extent some results, to improve public security and, therefore, social security, avoiding crises or limiting their dimension and situations of vulnerability.

The assumption of the concepts of health and welfare as polysemic ones results greatly from the research work that came up from the books published by Michel Mollat during the 70s (Mollat, 1974, 1977). Opening up to new problems, at the same time that it questioned old controversies, such as the one of confessionalization, and correlating the strategies concerning the poor with the social attitudes related to the economy and the political options, the new historiography (Gutton, 1971; Lis and Soly, 1977; Geremek, 1980; 1986; Woolf, 1986) allowed the knowledge of the principles that had guided the action of the authorities in this field to deepen (Lynch, 2003). At same time, it presented concrete results of the investment done in terms of better living conditions, of the public health and, subsequently, of economic development (Szreter, 2004, 2005). The case recently studied by Steven King clearly states the link between social protection policies, in that case, the Poor Laws in England between 1770 and 1834, that is, before their reform, and the improvement of the health of the population, with evident results at the level of mortality rates (King, 2006, 31-62).

The starting point in this new trend was the perception that something new had developed in the poor relief and assistance field from the 15th to the 16th centuries. A change without rupture whose roots are found, precisely, in the difference that the medieval canonists established between charity and compassion and in the fact that the latter could have had a wider meaning when compared to the former (Mauss, 1990). A bigger and bigger intervention of the society in this sector – the laicization referred to by Brian Pullan, in a clear opposition to the secularization defended by some authors (Pullan, 1990, 289-290) – could have worked as a first step towards the creation of a new area of

social policies, characterised by new rules and different roles, not only by municipalities and by the Crown, but also by the Church (Pullan, 1971; Parker, 1998; Jones, 1989; Flynn, 1989). It meant, in fact, a redefinition of competences and of intervention spaces (doc. 5.2), both becoming more defined as the 16th century advanced and, with it, the epidemic outbreaks. Additionally, it also expresses the determination of the Mercantilist States, for whom the population was a value in itself and the paternalistic duties of the monarchs were more and more based on economic values.

Parallel to this process, the image of the deserving poor emerged as well as the recognition of the antiquity of the concept, a sort of linking bridge between the Middle Ages and the Early Modern world (doc. 5.3), attaining Liberalism in some cases, without important changes (Slack, 1988; Hufton, 1974; 1976; Jütte, 1994). Among the results of the multiple studies on beggars and vagrants, the necessity to re-equate the discourse regarding the different forms of assistance according to the analysis of people assisted would come up. The reason being that, although it is generally recognized that the concept of vulnerability is a social construction and, therefore, dynamic (Bourdelaís, 2005, 5-9), it showed that the definition of deserving poor worked as a way to define who had the right to use the institutionalized poor relief. Which does not, however, mean that the society of the beginning of the Early Modern Period did not have a clear idea of the difference between poverty and destitution and how easy it was to cross the threshold of survival, which characterized the first one, to the necessity to get outside help (Dinges, 2004, 24-25). An example of this is revealed by the analysis of those who benefited from the different forms of institutionalized assistance, clearly managed according to life-cycles, instability of work, economic cycles and even according to gender (Smith, 1984; Hareven, 2001).

Among the institutions that better express the intentionality underlying the administration of the institutionalized assistance in the Early Modern Period are the hospitals. In the analysis of the discourses of their managers and of the written records of the patients' entries, the special relationship between society and the authorities with the workers is revealed: although this group had always been considered as vulnerable, it was now prominent, with direct access to the hospitals. The existence of a working force in order to meet the needs of the cities, which were seldom self-sufficient in this field, and the matters related to the preservation of the social order, came up as possible explanations for the number of workers among the hospital patients and for the permeability of such institutions, when accepting the use of their resources for different purposes from the ones they had initially been

planned for. In fact, the strategies that the people, alone or as a family, developed so as to face a particular social, cultural and institutional context, or, in other words, the social uses of the system, together with the self-help mechanisms (beggary, marriage strategies, for instance), and the inter-aid networks (the so-called intermediary organisations, brotherhoods, associations, neighbourhood bonds, among others) as a way to survive in adverse conditions, discloses a whole world of negotiations and adaptations as well as a great degree of flexibility according to the interests of the actors involved (Henderson, 1994; Richard Wall, 1994). Still, not enough to meet in an efficient way the real necessities of the population, the new social situations derived from the economic transformations, the new philosophic and political ideology that came up in the middle of the 18th century (doc. 5.4).

These evolutions lead to a new way of thinking of the assistance system among those who were close to the Enlightenment milieu and criticizing the political organization of the Ancient Regime.

2. The philanthropist turn of the 18th century and the French Revolution measures

According to Catherine Duprat, by the end of the Ancient Regime, in France, those who tried to reform the government and the society according to their ideal of Nation made a clear distinction between the charity patterns for the poor, managed by the Church and the State, and a new model (Duprat, 1993, 1996, 1997). The progressive philanthropic opinion was hostile not as much to the poor as to the existing institutional solutions created to help them. There was a strong tension between the ancient 'heroic' Counter-Reformation ideal of charity, which consisted of providing the most marginal members of society with care in highly-controlled environments such as General Hospitals, and the new ideals of assistance for the poor based upon the obligation to fellow citizens and on a greater love for "humanity". The defenders of the new ideology advocated relieving the poor in their homes, arguing that the incarceration of paupers encouraged laziness and could lead to an increase in their number. They also pointed out that assisting a household burdened with dependent people (either small children or elderly people) was significantly less expensive than maintaining dependent people in large premises. This option was also preferable from a moral point of view because it strengthened the natural bonds of solidarity within the family and also between the family and the surrounding community, and made it possible to generate "economies of scale". However, the commentators realized that this outdoor assistance

to families, as the only means to aid the poor, would not be enough: hospitals had to be maintained for a large number of people, the sick and the poor as well as for poor itinerants who had just arrived in the city (without relatives, neighbours or friends to take care of them) (Lynch, 2003, 171-176). However, as Katherine Lynch pointed out, even “the most progressive advocates of a civic model of poor relief argued that newer hospitals should aim to capture the small scale and “feel” of domestic life” (Lynch, 2003, 176).

Following the same author, during the early years of the Revolution appeals for voluntary contributions for the poor continued to be framed by a language that combined Christian charity and the newer discourse of Philanthropy. Many members of the clergy and many laymen considered that there was little inherent conflict between the obligations to the poor based upon Christian charitable principles and those based upon the secular values of philanthropy. Freemasons also had a greater outreach and sometimes they covered the needs of the local poor in the name of common humanity. The willingness to approach the others was also exemplified by the National Constituent Assembly, which included the face-to-face relationship in its proceedings: citizens were admitted to the room in which the Assembly was celebrated, even those who had come to make donations to the Nation, very often to relieve the poor. “For many men and women the nation was becoming their community, since some “fraternal” gifts to the nation doubtless replaced contributions to local charities (...). This patriotic gift-giving to the nation through its representatives continued throughout the life of successive revolutionary assemblies right up to the fall of Robespierre in summer 1794” (Lynch, 2003, 182-183).

In the Assembly, the *Comité de Mendicité* had one main task: the design of a system for relieving the poor, one that would be consistent with the civic values upon which the Nation had been built. The representatives of the two Philanthropic societies were very powerful until the Assembly was dissolved in September 1791, and La Rochefoucauld-Liancourt played a pre-eminent role (doc. 5.8). The system proposed to incorporate the new notion of central responsibility to the domain of public assistance; and the main consequence was that the taxes paid to the central government were used to assist the poor, because the poor did not belong to the municipalities, as Liancourt said, and this idea had major consequences that can be seen even today. The funds flew from the nation’s reserve to the *départements*, the new administrative organization created to avoid these inter-parish quarrels was associated with the municipal Poor Law organisation in England. The responsibility of the community did not have a national dimension.

Substituting the nation with the Church or the King, the committee had also buttressed the legitimacy of the claims of the National Assembly with regards to the financial resources of the Church. As the properties of the clergy “belonged” to the poor, the National Assembly would have to take them to be distributed among the poor and this would prevent the addition of local or national taxes (Lynch, 2003, 184-185).

“Consistent with their own philanthropic views, members of the Committee on Mendicity did not wish the state to have a monopoly on assistance to the poor, only the major role” after families, relatives, friends, neighbours, and voluntary associations of individuals” (Lynch, 2003, 187). The importance of the voluntary associations formed by benevolent people was stressed in order to provide outdoor relief, for instance, while it promoted family bonds and solidarity farther than the home.

The radicalization of the Revolutionary assemblies (the Convention) is the reason why the assistance to the worthy poor is placed at the top of the agenda, but the first demands were made by the families of the volunteers that were going away to fight foreign enemies and leaving them without any resources. Thus, the families received aid: for each child, for the wife, for the aged parents and eventually also for orphan brothers and sisters who, according to the department or to the municipalities, did not have enough resources to subsist. The focus was mainly on children and elderly people at that time. The poor were considered members of the “grande famille de la nation”, and “in the case of poor children, the nation had to step in to replace those parents who were unable to take care of them. Indeed, the nation’s provision of care served as a kind of “perfect adoption” of needy children” (Lynch, 2003, 198-199). For the families it became possible to adopt a poor infant or foundling, who were renamed as “children of the fatherland”, “enfant de la Patrie”. “The incorporation of a stranger into one’s family through adoption became a metaphor for the incorporation of the individual into the nation” (Lynch, 2003, 199). Convention had broken down the historical boundaries between the respectable and the dishonourable poor. The illegitimate children and their mothers became eligible for assistance. By transforming bastards into “children of the fatherland”, the law expanded the limits of respectability itself, as was stressed by Katherine Lynch (Lynch, 2003, 193-200).

Nevertheless, revolutionary laws tried to limit the power of the father in the family, abolished primogeniture, lowered the coming of age for marriage both for men and women and legalized divorce (September 1792). Thus, the family was built as “a marital bond between two individuals who had chosen one another freely”; the only good “extended family” was considered the nation itself. There was a

completely new notion and it was the sense of belonging to the nation and the fact that the community had a solidarity obligation to the poor. But beyond these projects, the implementation of the system failed mainly because of the wars and the lack of public financing: the question of the poor was not solved (Lynch, 2003, 209-211).

3. How to answer the “*question sociale*”?

The *social question* was debated during the first half of the 19th century (doc. 5.5). The first sociologists and political writers, followed by paternalist employers, tried to educate, normalize the population working in the cities or in the new industrial plants, make families respect the rules of marriage, improve their morality through their daily behaviour, and propose the necessary aid institutions so that the number and quality of the working class would increase. It was also important for them to decrease the rates of infant and child mortality and to encourage primary school instruction, firstly in the case of the boys and soon afterwards in the case of young girls. This policy was completed by a free access to local medical care and hospitals, if necessary (Bourdelaïs, 2004). These paternalist employers also created retirement funds (towards the middle of the century in France) in order to protect the families of aged workers. This model spread in Western Europe, from Sweden to Spain. Locally, some “*caisses de secours*” (relief funds) were organized by employers and workers, or by workers alone, so as to pay, in part, the days that workers would take out for medical reasons. During the second half of the century a lot of different systems were organized so that the States could provide big companies, the mutualist movement, civil servants or the largest part of the population with protection against the dangers of life (Baldwin, 1990; Rosanvallon, 1995).

Laws that were initially passed by Bismark’s government in 1883 and 1884 came within the traditional scope of aid to the poor: their primary goal was to prevent indigence. Nevertheless, little by little, the plans of the government expanded their scope in Germany, always making a greater emphasis on medical insurance for workers, and by 1892 all insurance funds offered medical and drug coverage to the families of the insured (Kott, 1995, Dross, 2007). Thus, in the twenty-year period between 1891 and 1911, the average annual medical expenses for each insured person almost doubled and, of course, the pressure to check medical expenses rose. This pressure became manifest in the restrictions applied to physicians working for the government, who may have, for example, been required to limit their prescriptions concerning the most expensive medicines. But there were democratic

trends as well: workers not only obtained medical attention with ease under the new plans, but even had access to specialists.

Between the two World Wars, the German model was adapted to the institutions and cultures of other developed countries (docs. 5.6; 5.7). In France, the largest companies had created medical plans for their employees and sometimes for their dependents back in the time of Napoleon III but the first insurance plan covering all workers was only approved in 1930, after an extensive parliamentary discussion; it was called “Assurances Sociales”. Some politicians feared an explosion in the demand for medical services. 80% of the cost of doctors’ visits, most medicines, and even hospital stays, were to be reimbursed to the patient. Louis Loucheur, Minister of Health in 1930, planned 4,000 new hospital beds and some further 10,000 for short-term use in order to handle the huge amount of patients that the new law would undoubtedly generate (doc. 5.14).

Restrictions were established in order to limit the demand. For example, benefits were extended only to those who had contributed to the plan for at least sixty days (out of a total of sixty-five possible working days) during the three months prior to an illness (Hatzfeld, 1971).

This requirement was a real obstacle in the context of a difficult job market. As to hospitalization coverage, total daily benefits were limited to almost 40% of the average salary of Parisian workers, which could even decrease to one-third of the salary of a well-paid worker. Moreover, a five-day delay in payments left the patient temporarily without any compensation. As to medicines, the “80% reimbursement level” was limited to 25 francs per prescription; beyond that amount, the percentage dropped. Each plan set the reimbursable amounts, which were sometimes unrealistically low – often lower than the fees usually charged by doctors or hospitals. Thus, by the end of World War II, the real reimbursement rate was scarcely 50%.

There were other factors at work as well. The directors of mutual insurance funds expressed a concern about the citizens’ loss of free choice capacity, as well as about the devaluation of individual foresight and planning competence. These concerns were addressed in the French law of 1930 by preserving the nineteenth-century decentralized structure of health insurance, and by allowing any interested parties to set up insurance funds. Thus, some funds were created under the auspices of Catholic organizations, some were set up by employers, some by private insurance companies, and others were sponsored by trade unions. All of them were competing for policyholders. In addition to this, regional “neutral plans” were created for those who had no preference.

By 1944 there were 589 main insurance providers offering medical and maternity benefits in France. Besides that, there were “old-age funds” and 400 “children’s benefit funds”. In order to control this huge number of competing programmes, the government retained some central functions such as the registration of plan members and the collection of premiums. The mutual insurance companies appeared as the dominant partners, with 20% of all the plan members. These companies tended to recruit customers among the members of the traditional middle classes, thus, labour union plans portrayed the “Mutuals” as outsiders, alien to the concerns of most workers – a useful approach in the expected fight for dominance. World War II brought about complaints concerning the law of 1930, which was said to be “too interventionist”, according to doctors and small and important businessmen, and “not sufficiently interventionist” according to labour unions and some top government officials (Valat, 2001, 66-71).

The impetus for reform issued from the willingness to improve the situation as soon as the war was over also came from abroad. The Beveridge report, published in 1942, changed the frame of reference by proposing social security programs involving universal coverage and a single payer. Protection had to be extended to everyone and it had to cover any risk affecting the ability of individuals to provide for themselves and for their families. The single-payer system implied a mixture of public assistance and private insurance and a schedule of uniform benefits, in which health care would be free for patients and the reimbursement levels would be identical. Britain established its National Health Service in accordance with these principles.

The International Labour Organization got an idea from Franklin D. Roosevelt and declared, in May 1944, that member nations would work in order to establish true social security systems as soon as the war was over. The Comité Français de Libération Nationale expressed demands for “complete social security coverage, guaranteeing all citizens a means of subsistence whenever they became incapable of obtaining it for themselves by work” (Tixier quoted by Valat, 2001, 31).

The political situation at the time of the liberation of France was favourable for such goals, because of the weakened power of employers and the loss of legitimacy of the insurance industry, which had established compromises with the Nazi collaborationist government in Vichy. The power of the French communist party was also important, as well as the agreement between the socialists and others concerning an ambitious social programme. Pierre Laroque, the “father of French social security,” stated in January 1945 that “the British plan is all the rage”. For Beveridge, the entire country was really an organization whose purpose was to set individuals free from need through economic and

social programmes. “Welfare state” policies included full employment, high salaries, and redistributive taxation and expenditure. Finally, the laws of October 1945 established a single system that improved reimbursements by providing total coverage in case of hospitalization, and that removed limits on daily charges, while limiting the number of unpaid days to three on the whole. Not all the plans were unified, however, as workers in certain industries, such as farming, railroads and mines, continued to form part of separate programmes (Valat, 2001, 103-109).

Unlike the previous situation, benefits could be brought in line with the income level and the lost wages of the insured at least to a certain extent. Moreover, from December 1945 on, the reimbursement limits of 80% and 25 francs per prescription no longer existed. Chronic illnesses were now covered by long-term care insurance which covered all costs for a period of three years. This provision was especially important for those suffering from tuberculosis or silicosis. Besides, doctors accepted the State’s regulatory role as far as setting fees was concerned, as the reimbursement was rather generous (Valat, 2001, 84-87).

Government expenses for health care went up 25% per year, and by 1947 the medical care insurance funds (including long-term and maternity care funds) were already running enormous deficits. Some of the costs had to do with the post-war baby boom, but there were also two other factors. One was the poor general health of the population after the miserable years of the Nazi occupation: individuals were at last turning their attention to their health problems. The other was the arrival of antibiotics, for modern medicines carried higher costs. The cost of medicines had an impact on hospitals: data concerning some public institutions in Lyon show that the expenditure in medicines between 1947 and 1948 had doubled (adjusted to inflation), and they also show an additional rise of 22% between 1948 and 1949 (Garden, 1986, 105). Yet, even though these combined factors still do not completely explain the rising expenditure levels, social security programmes were favouring an ever-increasing access to services, which had been the trend ever since the late 1930s (doc. 5.15).

Henri Péquignot had a different explanation. He taught a course at the prestigious *École Nationale d’Administration* in France, in 1952, during which he put forward a new thesis about the growth of health-care costs, bearing in mind that for the first third of the nineteenth century, rules were established in order to restrict inappropriately long hospital stays, excessive “sick days,” and spa cures. He said, “the level of health-related expenditures is basically a function of the ‘medicalization’ of the country, that is, the current level of medical technology and the psychological expectation that a population has with respect to the consumption of medical services” (Péquignot, 1953, 13). He also

commented on the fact that the cure of an illness does not contribute to the economy because an illness is immediately replaced by another that had not been correctly treated before.

Péquinot's theories are the polar opposite of the traditional view, which sees health expenditures as the result of poverty. Instead, the higher the standard of living and the better the sanitary conditions, the higher the consumption of health care – and this is always a growing tendency. Péquinot's analysis was very insightful and his expectations have been essentially confirmed by subsequent experiences. Hospitals have had to adapt rapidly as the indigents of earlier times have been replaced by an increasingly well-off population seeking the benefits of medical progress. In addition, there is competition for hospital patients, who are choosy about the location of services, the comfort of hospital rooms, and the attitude of the staff. The modern argument about how to control public expenditure in the area of health care began in the post-war period and has never abated. The real obstacle to any cut in benefits is the pressure exerted by a population that has overwhelmingly chosen to devote a large portion of its income to the care and maintenance of the body. French society, just to give an example, reacts very negatively to any delay in the marketing of newly-developed pharmaceuticals. The pressure exerted by consumers is strong even though the eradication of infectious diseases, which seemed within reach in the 1960s, seems less achievable these days, decades later.

There have been great improvements in life expectancy at birth. French society is a typical one: in 1950, the figures were 63.4 years for males and 69.1 for females. In 1970, the figures were 67.6 and 75.2, respectively. There have been gains due to institutions that provide better access to better medical care and the guarantee of a retirement income for everyone. The gains are also because of the antibiotics – a scientific breakthrough – as well as the strong post-war economic growth, which made it possible to finance all the medical and social programmes during that period (Bourdelaís, 1997).

4. How to articulate individualization and collective security?

Since the mid-17th century this question has been dealt with in the area of political philosophy. Thomas Hobbes gave the first description (totally frightening – he witnessed religious wars and the English civil war) of a society of individuals, alone in an unstable world: a sort of 'Nature state' with no laws, no political constitution, no social institutions... just an extreme competition between individuals; the war of all against all; a society of full insecurity, where the most powerful

could be killed (by surprise for instance). The need for security was, in this perspective, the first condition for individuals who were no longer included in traditional nets to create a “society”. Only the Leviathan, the Absolute State, could give collective protection and answer to the need for security (Castel, 2003, 12-15). Less well-known than Hobbes, but very well stated by Robert Castel, is the fact that the State (with the monopole of most political powers) opened a space for individuals to live in freedom (in private spaces, for instance), including the freedom of belief, of thought, and so on. The Absolute State was the condition for civil society to live in peace. The modern man could develop his own subjectivity and obtain his independence because the State guaranteed his access to real property. Therefore, providing collective protection (even if it means the confinement of the excluded) was the determining factor for civil security.

Liberalism, still attached to individualism, transferred the capacity of protection against illnesses, accidents and lack of job opportunities to the possession of properties – the same properties that guaranteed the social existence and the protection against the vicissitudes of the life cycle and political existence. By making the protection capacity depend on property, Liberalism ignores most of the population which does not have any property, such as when a lot of young people arrived in the growing towns, in industrial ones especially, falling again in a sort of ‘natural state’. The synthesis between the Leviathan and the liberal state was not being achieved: absolute power and control were no longer compatible with individualism and with the values of freedom, but the liberal state was not able to offer a general feeling of civil security and protection. The question of the poor was not being really taken into account by the liberal state and even during the French Revolution the distinction between “equality de jure” and “factual equality” emphasized this difficulty. By the beginning of the 19th century, the label liberal society was not applicable to the whole population, as most of the population did not own any property, even if the fact that few peasants were increasingly acquiring more properties is taken into account (Demonet, 1990).

The consequences of this deadlock on the social conditions of the liberal principle have been numerous and disastrous. For the less wealthy part of the population, the social insecurity was permanent and it entered daily life as a sort of virus that can destroy the social bonds and the psychological balance of the individuals. They were not able to control their present and think of their future (this was what economists and moralists called the “imprévoyance” of popular classes). This permanent precariousness led to a situation that was the opposite of social cohesion, this was what Castel called the “déassociation” (disassociation), even if sociologists are not taking into account the fact

that for centuries the usual horizon of the poor, in the countryside and in the cities as well, was precisely that social insecurity. The negative side of the Rule of the Law is that it leaves aside all the people who have no properties to guarantee their lives. The distinction between property owners and those who own nothing leads to another distinction: citizen of the Law and citizen of the non-law. According to Castel there are two ways to solve this problem: establishing a bond between protection and rights and being employed with a salary for care access, for instance, or building a sort of collective property for the security that was supposed to be given by the property. Retirement funds, for example, opened a right built upon labour activities, one part of a salary is received indirectly, so that the worker may be safer when he no longer works. The social State established in Europe by the end of the 19th century and the beginning of the 20th century organized the risk reduction by means of the Law and the State itself became a wide insurance frame. (Castel, 2003, 32)

Most of the population has been protected like that. The differences between salaries were important but the whole system provided protection and it was not doing it so badly. There was no economic equality between people but a society of similar people, fellow-men (the “semblables”) who were protected against the risks of life. The members of the society can establish a relationship among themselves because they have access to common resources and rights. This social property gives to the non-owners some real conditions of protection which are guaranteed by the State rather than a redistribution of wealth. The main achievement of the social State has been the reduction of the social insecurity to a level that was unknown so far. This system has mainly been developed after the Second World War. What have been the conditions for such a success? First of all, economic growth has been really strong: between 1953 and 1970, productivity, consumption, revenues tripled. These conditions made it possible to negotiate some opportunities: the salaried people had some hope to obtain some improvements in their situation during the following years. Then, the vision of the future as a better life with a reduction of inequalities was reinforced through the integration of individuals in collective agreements to be negotiated by social partners. The individual was no longer protected by the traditional communities (family, neighbourhood and friends) but by the conventions built up by regulations with a legal status and it is precisely this status that protects people collectively. Thus, a huge pressure was placed on the State that took the initiative and had to legitimize and finance these systems, at least partly (Castel, 2003, 37-38).

It was also a period in which the political threat of the communist regimes was present and liberalism had to give an answer that might help to organize a counter movement.

After the 1970's, the two pillars on which this system of collective protection was built, the State and the homogeneous professional categories, were threatened. The changes in the scale of the economic policies (European or worldwide and no longer national) put an end to the possibility of balancing the economic improvements by applying the regulationist theories of Keynes, for instance. Due to the internationalisation of enterprises and competitors, the perception of the role of the State has changed. It has become the opposite: the State is believed to have a handicap because of the social charges and because of the regulation laws it imposes (Castel, 2003, 41).

Even though they belong to the same social wage category, some people are victims and others are protected from unemployment, which means that the collective, conventional division into professional branches is no longer relevant or protective. What is new is the mobility, the demands for adaptation and the standardisation of the work; each one has to take care of oneself. Thus, workers are more exposed and more vulnerable, particularly if they have no capital, at the economic level, as well as at the cultural or social levels. And we go back to the situation denounced during the first half of the 19th century by those who criticised industrial liberalism: the contract between individuals (the boss and the salaried people who work for him) becomes totally unbalanced. This proves that protection is either collective or does not really exist (Castel, 2003, 46).

The first to be excluded from work are also dissocialized, but they are acquainted, *both locally and as professional workers, with a collective situation concerning those in the same situation* (it means that it is a global, collective situation but that locally or inside the groups of professional workers they know each other). A political consequence of this sort of frustration can be, in democratic regimes to vote for extremist parties (Front National in France, for instance). Many people feel that they are not employable material and have to survive without any future, which is a strong factor for feelings of insecurity. At the same time, States are more in favour of public security, which is hardly maintained in suburbs where a lot of immigrants live and, besides, the consequences of the new economic liberalism tempered by the social network or system leads to greater social insecurity. Civil security and social security converge here and each time more where Western European populations are concerned.

The social risks (illness, pregnancy, ageing) could be mutualised because it is possible to measure and evaluate the cost of these risks, which means that they are very different from other sorts of risks, such as natural or environmental ones. The latter, as everyday risks (accidents), can be insured by individual and private insurance companies, which is not the case for collective risks.

However, because of the historical construction of the social state and of collective protection, there has been an acceleration of the evolution of individualism, promoted, precisely, by collective security. The individuals have memorized that the role of the State is also to offer these protections (Castel, 2003, 66). We could claim, like Robert Castel, that today the need for collective protection belongs to the social nature of men, which is the result of one century of construction of these collective protections.

In several western European countries, during the 1980s, a sort of new social regime emerged, designed for people without a job and benefiting from the multiplication of resources and from the new measures. This new protection no longer belongs to the “social property” based on work, instead it simply belongs to a sort of global social solidarity. It is individualized and adapted but the beneficiary has to help himself, which has very low results in terms of reinsertion. This dichotomy is also negative in terms of social cohesion because the right to obtain aid cannot build a “social citizen”: if this relief is given to him because of his inferiority we are no longer in a society of fellow-men.

Social workers are taking part in this construction, trying to modify the behaviour of these people as if they were responsible for their situation, when very often they are just victims of the economic evolution. The thing is to know how to give to those who are undergoing difficulties the support they lack in order to make it possible for them to behave as citizens in the full sense of the word. A society of fellow-men means that there is a right to receive a relief regardless of the beneficiary’s merit (Castel, 2003, 79).

In other words, it is necessary to secure the professional trajectories. It could be possible to transfer the rights linked to the status of the employed person to the worker himself, in order to obtain a chronological continuity of the rights, with transitory rights during a formation period, as in Denmark, for instance, because the conditions for individuals to have an independent status are the right to be protected and the right to access to a social and civil security. This is the reason why, from the point of view of philosophical politics, it is impossible to abandon collective social protection without deeply changing the type of society.

The documents that follow have been chosen in order to enlighten some particular and important moments of the historical evolution in the organisation of assistance and welfare in their relationship with health. In Latin America, the elites have followed very precisely the evolution of the question of health and welfare, examples provided for Brazil and Mexico show that the chronological gap was not as broad as we had imagined, even though the proposed welfare systems are very different from European ones (docs. 5.9; 5.10; 5.11; 5.12).

5. Texts

Health and Welfare in a moment of transition

5.1 *Black Death and new sanitary policies*

Laurinda Abreu. University of Évora

The Black Death, that arrived in Europe in the middle of the 14th century, decimating, over fifteen years, a great part of the population of Europe (particularly the urban population), was responsible for the first systematic regulations in the field of public health.

Supported in a bureaucracy already with some degree of complexity, the authorities tried to defend cities against the epidemic outbreaks and to keep the health of their inhabitants by testing new sanitary policies – namely protecting the places of water supply and investing in the cleanliness of public and private spaces – but also by exerting more control over beggars and vagrants, both considered potential carriers of the illness, and by creating Health Councils.

Interventions were followed by a first reform of the hospitals aiming at a rationalization of the offer of poor relief resources and an increase of the efficiency of the care given there, thus, imposing some specialization at the administrative level and restricting access of those looking at the hospitals as purely shelter.

In the reform of the hospitals, as in the measures for combating and preventing the epidemics, the late-medieval Italy became the example that Europe immediately wanted to follow. From France to England, from Spain to Portugal, the European political authorities sent their emissaries to learn *in locu* procedures and ways of action that were later reproduced in their places of origin, probably, creating the first European model of sanitary organization.

The Ordinances of Pistoia – a city of the Toscana region with about 11 000 inhabitants at the beginning of the 14th century – reflected, beyond a capacity of quick action, a scientific and practical knowledge on how to prevent the contagion and to protect the population. The Ordinances of Pistoia were the base of many *Health Regiments* that from then on started to circulate in Europe.

Pistoia, “ordinances for sanitation in a time of mortality”
 (<http://www.fordham.edu/halsall/med/pistoia.html>). [Excerpt]

“In the name of Christ Amen. Herein are written certain ordinances and provisions made and agreed upon by certain wise men of the People of the city of Pistoia elected and commissioned by the lords Anziani and the Standardbearer of Justice of the said city concerning the preserving, strengthening and protecting the health of humans from various and diverse pestilences which otherwise can befall the human body. And written by me Simone Buonacorsi notary... in the year from the Nativity of the Lord MCCCXLVIII, the first Indiction.

First. So that no contaminated matter which presently persists in the areas surrounding the city of Pistoia can enter into the bodies of the citizens of Pistoia, these wise men provided and ordered that no citizen of Pistoia or dweller in the district or the county of Pistoia ... shall in any way dare or presume to go to Pisa or Lucca or to the county or district of either. And that no one can or ought to come from either of them or their districts ... to the said city of Pistoia or its district or county on penalty of £ 50 ... And that gatekeeper of the city of Pistoia guarding the gates of the said city shall not permit those coming or returning to the said city of Pistoia from the said cities of Pisa or Lucca, their districts or counties to enter the said gates on penalty of £ 10 ... It is licit, however, for citizens now living in Pistoia to go to Pisa and Lucca, their districts and counties and then return if they have first obtained a license from the Council of the People

II. Item. The foresaid wise men provided and ordered that no person whether citizen, inhabitant of the district or county of the city of Pistoia or foreigner shall dare or presume in any way to bring ... to the city of Pistoia, its district or county, any used cloth, either linen or woolen, for use as clothing for men or women or for bedclothes on penalty of £ 200. ... Citizens of Pistoia, its district and county returning to the city, district or county will be allowed to bring with them the linen or woolen cloths they are wearing and those for personal use carried in luggage or a small bundle weighing 30 pounds or less. ... And if any quantity of cloth of the said type or quality has been carried into the said city, county or district, the carrier shall be held to and must remove and export it from the said city, county and district within three days of the adoption of the present ordinance under the foresaid penalty for each carrier or carriers and for each violation.

III. Item. They provided and ordered that the bodies of the dead, after they had died, can not be nor ought to be removed from the place in which they are found unless first such a body has been placed in a wooden casket covered by a lid secured with nails, so that no stench can issue forth from it; nor can it be covered except by a canopy, blanket or drape under a penalty for £ 50 of pennies paid by the heirs of the dead person.... And also that likewise such dead bodies of the dead must be carried to the grave only in the said casket under the said penalty as has been said. And so that the foresaid shall be noted by the rectors and officials of the city of Pistoia, present and future rectors of the parishes of the city of Pistoia in whose parish there is any dead person are held to and must themselves announce the death and the district [of the city] in which the dead person lived to the podesta and captain or others of the government of the said city. And they must notify them of the name of the dead person and of the district in which the dead person had lived or pay the said penalty for each contravention. And the podesta and captain to whom such an announcement or notification has been made, immediately are held to and must send one of their officials to the same location to see and inquire if the contents of the present article and other statutes and ordinances concerning funerals are being observed and to punish anyone found culpable according to the said penalty.... And the foresaid shall not be enforced nor is it extended to poor and miserable persons who are declared to be poor and miserable according to the form of any statutes or ordinances of the said city.

IV. Item. In order to avoid the foul stench which the bodies of the dead give off they have provided and ordered that any ditch in which a dead body is to be buried must be dug under ground to a depth of 2 1/2 braccia by the measure of the city of Pistoia.

V. Item. They have provided and ordered that no person of whatever condition or status or authority shall dare or presume to return or to carry to the city of Pistoia any dead body in or out of a casket or in any manner on penalty of £ 25 of pennies paid by whoever carries, brings, or orders [a body] to be carried or brought for each occasion. And that the gatekeepers of the said city shall not permit such a body to be sent into the said city on penalty of the foresaid fine by each gatekeeper at the gate through which the said body was sent.

VI. Item. They have provided and ordered that any person who will have come for the burial or to bury any dead person can not and may not be in the presence of the body itself nor with the relatives of such a dead person except for the procession to the church where it will be

buried. Nor shall such persons return to the house where the defunct person lived or enter into that house or any other house on the said occasion on penalty of £ 10.

VII. Item. They have provided and ordered that when anyone has died no person should dare or presume to present or to send any gift before or after burial to the former dwelling place of such a dead person or any other place on the said occasion or to attend or to go to a meal in that house or place on the said occasion on penalty of £ 25.... Children, carnal brothers and sisters, nieces and nephews of such a dead person and their children, however, shall be expected [from this provision].

VIII. Item. They have provided and ordered that in order to avoid useless or fruitless expenses no person should dare or presume to dress in new clothing during the period of mourning for any dead person or during the eight days after that, on penalty of £ 25 of pennies for whoever contravenes [this] and for each time. Wives of such dead persons however, shall be exempted; they can be dressed in whatever new clothing they wish without penalty.

IX. Item. They have provided and ordered that no paid mourner... shall dare or presume to mourn publicly or privately or to invite other citizens of Pistoia to go to the funeral or to the dead person; nor may anyone engage the foresaid mourner, hornplayer, cryer or drummer.

XI. Item. They have provided and ordered that no one shall dare or presume to gather or cause to gather any persons for the purpose of bringing any widow from the former habitation of a dead person, unless at the time she is being returned from the church or cemetery where such a dead person was buried. [Blood relatives] of such a widow, however, wishing to bring the widow from the house at times other than at the time of burial may send up to four women to accompany the said woman, who is to be brought from the foresaid house of the dead person....

XII. Item. They have provided and ordered that no person should dare or presume to raise or cause to be raised any wailing or clamor over any person or because of any person who has died outside the city, district or county of Pistoia; nor on the said occasion should any persons be brought together in any place except blood relatives and associates of such a dead person, nor on the said occasion should any bell be rung or caused to be wrung, nor announcements be made through the city of Pistoia by mourners, nor on the said occasion should any invitation [to

join the mourners] be made on a penalty of £ 25.... It must be understood, however, in any written ordinances speaking of the dead and of honoring the burial of the dead that the foresaid shall not have force in the burial of the body of any soldiers of the militia, doctors of laws, judges or physicians whose bodies, because of their dignity, may be honored licitly at burial in a manner pleasing to their heirs.

XIV. Item. They have provided and ordered that butchers and retail vendors of meat, individually and in common, can not, nor ought to hold or maintain near a tavern or other place where they sell meats, or near a shop or beside or behind a shop any stable, pen or any other thing which will give off a putrid smell; nor can they slaughter meat animals nor hang them after slaughter in any stable or other place in which there is any stench on a penalty of £ 10.

XXII. Item. So that stench and putrefaction shall not be harmful to men, henceforth tanning of hides can not and must not be done within the walls of the city of Pistoia on penalty of £ 25....

XXIII. Item. For the observance of each and every provision contained in the present articles and everything in the article speaking of funerals of the dead, of butchers and retail vendors of meats, they provided and ordered that the lord podest[^] and captain and their officials charged pro tem with the foresaid [duties] shall and must proceed against, investigate, and inquire... concerning acts contrary to the foresaid [ordinances], and cause whatever of the foresaid ordained to be reviewed as often as possible, and punish the guilty by the foresaid fines... Also any person may accuse or denounce before either the said podest[^] or captain any persons acting against the foresaid or any of the foresaid or the content of the said statutes or ordinances. And such denunciations or accusers shall, can and may have one fourth of the fine after it is levied and paid, which fourth part the treasurer pro tem of the treasury of the said city shall be held to and have to pay and give to the said accuser and informer as soon as the fine and penalty have been paid. And sufficient proof shall be offered by one witness worthy of belief, or four persons of good reputation who have learned [of the contravention] (...)"

5.2 *As confrarias de Misericórdia (Portugal – Período Moderno)*

Laurinda Abreu. Universidade de Évora

Para além das pestes, cíclicas depois da investida do século XIV, também as transformações socioeconómicas, potenciadas por uma ameaçadora pressão demográfica sobre os centros urbanos, particularmente acentuada desde meados do século XV, haveriam de mobilizar os poderes para a reestruturação das práticas e das políticas assistenciais no sentido de encontrar resposta para a escalada do pauperismo e das perturbações sociais que lhe andam associadas. Racionalizar e modernizar os mecanismos de apoio à pobreza e à doença e operacionalizar os recursos existentes, contam-se entre os principais objectivos das autoridades, quase sempre de âmbito local.

Portugal acompanhou este processo mas com uma especificidade própria: as linhas de actuação foram determinadas pela Coroa, que colocou as questões assistenciais ao nível da reforma da administração pública em curso desde os finais do Quatrocentos. Como protagonistas do movimento de reforma da assistência, a monarquia escolheu as Misericórdias: confrarias de tutela régia, inicialmente de incidência urbana mas progressivamente alargadas às pequenas comunidades, administradas pelas elites locais, conforme solicitação da Coroa. Vocacionadas para o auxílio aos “presos pobres e desamparados”, mas com as catorze obras de misericórdia inscritas nos seus compromissos, um século depois da fundação da primeira Misericórdia (Lisboa, 15 de Agosto de 1498), estas instituições controlavam em regime de quase monopólio as diversas vertentes assistenciais, com especial destaque para a administração hospitalar, secundarizando a intervenção de outros poderes neste campo e fixando uma matriz de actuação que haveria de perdurar sem alterações substantivas ao longo de todo o Antigo Regime.

O exemplo das Misericórdias abre uma nova frente de análise não só em termos de avaliação dos diferentes processos de reforma da caridade e da assistência pública na Europa do Período Moderno mas, sobretudo, na sua relação com o processo de construção do Estado. Será lícito inscrever as políticas de saúde e de assistência na agenda política dos monarcas modernos?

1498, Agosto, Lisboa – Cópia manuscrita do primeiro Compromisso da Irmandade e Confraria da Misericórdia de Lisboa.

(*Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, Lisboa, Universidade Católica/ União das Misericórdias Portuguesas, 2004, vol. 3, pp. 385-386).

“O eterno immenso e todo poderoso senhor Deos padre das misericordias acceptando as prezes e roguos justos e tememtes a elle quis repar-tir com os pecadores parte de sua misericórdia e nestes deradeyros dias inspirou nos coraçõeos de alguuns bõos e fiees christãos e lhe deu coraçom siso e forças e caridade pera hordenarem huuma irmindade e confraria sob o titollo e nome e envocaçom de Nossa Senhora a Virgem Maria da Misericórdia per a qual irmindade fossem e sejam compridas todas as obras da misericórdia spirituaees e corporaees quanto possivel for e pera socorrer as tribulaçõeos e miserias que padecem nossos irmãos em Christo que receberam augua do sancto bautismo a qual Confraria e Irmandade foi instituida no anno do nascimento de nosso senhor Jhesu Christo de mil e quatrocentos noventa e oito annos no mes dagoosto na se cathedral da muy nobre e sempre leal cidade de Lixboa per permisso e consentimento e mandado da ylustrissima e mui catholica sanhora a senhora Rainha Dona Lianor molher do illustrissimo e serenissimo Rey Dom Joham o 2º que sancta gloria aja e mui poderoso senhor Rey Dom Manuel o primeiro nosso senhor seu irmãoo que entam era em hos regnos de Castella acceptar a sucessam que lhes nos dectos regnos era devida sendo isso mesmo na instituiçam da dicta Confraria e Irmindade e dando a ello outorga e actoridade ho reverendo colegio da dicta Se pera certeza e memoria e regimento da qual instituiçam hordenarom este compromisso seguinte.

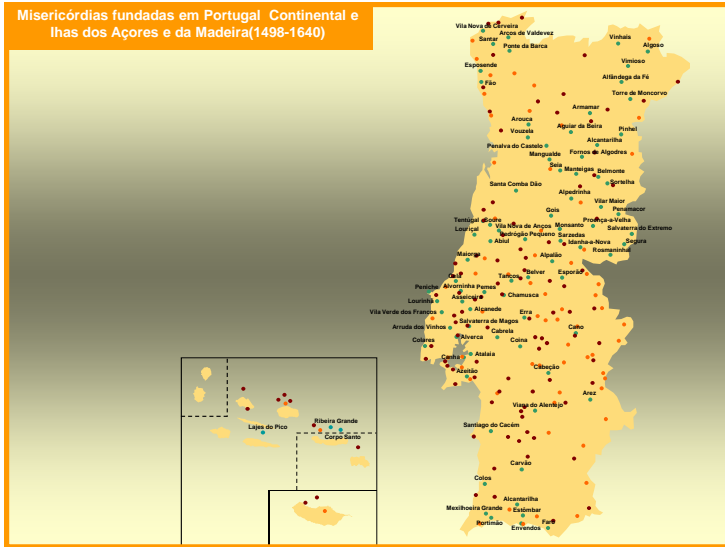
E pois ho fundamento desta sancta confraria e irmindade he conprir as obras de misericórdia he necessario saber as dictas obras que sam quatorze .scilicet. sete sprituaees ensinar hos sinprezes. Item dar bom consse-lho a quem o pede castigar com caridade hos que erram consolar os tristes e desconsolados perdoar a quem vos errou sofrer as injurias com paciencia roguar a Deos pellos vivos e mortos.

As corporaees sam .scilicet. remir cativos e presos visitar e curar hos enfermos cobrir hos nuus dar de comer ahos famintos e pobres enterrar hos finados as quaees obras de misericórdia se conpriram quanto possivel for em a maneyra abaixo declarada.

[fl. 1v] Pera fundamento da qual hos fundadores e irmãoos da dicta sancta Confraria consirando elles como todo fiel chistãao he hobriguado a conprir as obras de misericórdia das quaees avemos de dar conta em o dia do juizo e bem assy o grande trabalho e negociaçõeos e ocupaçõeos em que continuadamente cada dia em comprimento das dictas obras como adiante declarara os dectos fundadores e confrades som occupados pera o qual he necessario copia de homeens e hordenarom e fundarom huuma

irmindade de cento homeens pera serviço da dicta Confraria que fossem de booa fama e sam consciencia e honesta vida tementes a Deus e guarda-
dores de seus mandamentos manssos e humildes a todo serviço de Deus e
da dicta Confraria em os quaees hande sempre o regimento della e ylli-
çam anual segundo a hordenança deste compromisso pera huuns pellos
outros conprirem as obras de misericordia (...).”

Portugaliae Monumenta Misericordiarum, Lisboa, Universidade Católica/
/União das Misericórdias Portuguesas (respectivamente, 2004, 2005, 2006)



5.3 *The English “Poor Laws”*

Laurinda Abreu. University of Évora

The definition of the concept of deserving poor of the poor relief resources was one of the most important elements of the discourse and charity practices in Europe since the end of the Medieval Times. In a scenery with common characteristics in social and economic terms as well as in political ones, the authorities' objectives, and those of the main part of the society, were basically the same: to promote work, to settle the individuals, and to select who, among the multitudes of poor and beggars, had the right to use the institutionalized assistance.

The profusion of laws promulgated in this question, a particularly intense movement since the first decades of the 16th century, is well-known. Equally well-known is the process of adaptation of the legislation to the successive and fast social changes (one should remember the gypsies' situation), and codification of dispersed laws in regiments structuralized and already with some degree of complexity – as was the case of the Portuguese *Regiment of the Vagrants*, of 1566, a modern version of many determinations already present in the *Laws of the Sesmarias*, of 1375.

In the European panorama, emphasis is placed, however, on the English Poor Laws, particularly on the *The Poor Law Act of 1601*, from the reign of Elizabeth I. Under the orientation of the Crown, a system based on the parish and outdoor relief was organized, supported by taxes, also locally charged, that distinguished the deserving poor and punished the idle and vagabonds.

The efficiency of this model when compared with other European experiences, its consequences in terms of the evolution of the economy and articulation with the ideology of the Mercantilist State are, among many others, still open questions.

Anno xliiii. – Reginae Elizabethæ
cap. II – An Act for the Relief of the Poor.
(<http://www.workhouses.org.uk>). [Excerpt]

Be it enacted by the Authority of this present Parliament, That the Churchwardens of every Parish, and four, three or two substantial Housholders there, as shall be thought meet, having respect to the Proportion and Greatness of the Same Parish and Parishes, to be nominated yearly in *Easter* Week, or within one Month after *Easter*, under the Hand and Seal of two or more Justices of the Peace in the same County, whereof one to be of the *Quorum*, dwelling in or near the

same Parish or Division where the same Parish doth lie, shall be called Overseers of the Poor of the same Parish: And they, or the greater Part of them, shall take order from Time to Time, by, and with the Consent of two or more such Justices of Peace as is aforesaid, for setting to work the Children of all such whose Parents shall not by the said Churchwardens and Overseers, or the greater Part of them. be thought able to keep and maintain their Children: And also for setting to work all such Persons, married or unmarried, having no Means to maintain them, and use no ordinary and daily Trade of Life to get their Living by: And also to raise weekly or otherwise (by Taxation of every Inhabitant, Parson, Vicar and other, and of every Occupier of Lands, Houses, Tithes impropriate, Propriations of Tithes, Coal-Mines, or saleable Underwoods in the said Parish, in such competent Sum and Sums of Money as they shall think fit) a convenient Stock of Flax, Hemp, Wool, Thread, Iron, and other necessary Ware and Stuff, to set the Poor on Work: And also competent Sums of Money for and towards the necessary Relief of the Lame, Impotent, Old, Blind, and such other among them being Poor, and not able to work, and also for the putting out of such Children to be apprentices, to be gathered out of the same Parish, according to the Ability of the same Parish, and to do and execute all other Things as well for the disposing of the said Stock, as otherwise concerning the Premises, as to them shall seem convenient:

II. Which said Churchwardens and Overseers so to be nominated, or such of them as shall not be let by Sickness or other just Excuse, to be allowed by two such Justices of Peace or more as is aforesaid, shall meet together at the least once every Month in the Church of the said Parish, upon the Sunday in the Afternoon, after Divine Service, there to consider of some good Course to be taken, and of some meet Order to be set down in the Premises; and shall within four Days after the End of their Year, and after other Overseers nominated as aforesaid, make and yield up to such two Justices of Peace, as is aforesaid, a true and perfect Account of all Sums of Money by them received, or rated and sessed and not received, and also of such Stock as shall be in their Hands, or in the Hands of any of the Poor to work, and of all other Things concerning their said Office, and such Sum or Sums of Money as shall be in their Hands, shall pay and deliver over to the said Churchwardens and Overseers, newly nominated and appointed as aforesaid; upon Pain that everyone of them absenting themselves without lawful Cause as aforesaid from such Monthly Meeting for the Purpose aforesaid, or being negligent in their Office, or in the Execution of the Orders aforesaid, being made by and with the Assent of the said Justices of Peace, or any two of them before-mentioned, to forfeit for every such Default of Absence or Negligence twenty Shillings.

III. And be it also enacted, That if the said Justices of Peace do perceive, that the Inhabitants of any Parish are not able to levy among themselves sufficient Sums of Money for the Purposes aforesaid; That then the said two Justices shall and may tax, rate and assess, as aforesaid, any other of other Parishes, or out of any Parish, within the Hundred where the said Parish is, to pay such Sum and Sums of Money to the Churchwardens and Overseers of the said poor Parish, for the said Purposes, as the said Justices shall think fit, according to the Intent of this Law: And if the said Hundred shall not be thought to the said Justices able and fit to relieve the said several Parishes not able to provide for themselves as aforesaid; then the Justices of Peace, at their General Quarter-Sessions, or the greater Number them, shall rate, and assess as aforesaid, any other of other Parishes, or out of any Parish within the said County, for the Purposes aforesaid, as in their Discretion shall seem fit.

VII. And be it further enacted, That the Father and Grandfather, and the Mother and Grandmother, and the Children of every poor, old, blind, lame, and impotent Person or other poor Person not able to work, being of a sufficient Ability, shall, at their own Charges, relieve and maintain every such poor Person in that Manner, and according to that Rate, as by the Justices of Peace of that County where such sufficient Persons dwell, or the greater Number of them, at their General Quarter Sessions shall be assessed ; upon Pain that every one them shall forfeit twenty Shillings for every Month, which they shall fail therein.

XIII. And if any Person shall refuse or neglect to pay any such Portion of Money so taxed, it shall be lawful for the said Churchwardens and Constables, or any of them, or in their Default, for any Justice of Peace of the said Limit, to levy the same by Distress and Sale of the Goods of the Party so refusing or neglecting, rendering to the Party the Overplus: And in Default of such Distress, it shall be lawful to any Justice of that Limit to commit such Person to the said Prison, there to abide without Bail or Mainprize till he have paid the same.

XIV. And be it also enacted, That the said Justices of Peace at their General Quarter-Sessions to be holden at the Time of such Taxation, shall set down what competent Sums of Money shall be sent quarterly out of every County or Place Corporate, for the Relief of the poor Prisoners of the King's Bench and Marshalsea, and also of such Hospitals and Almshouses as shall be in the said County, and what Sums of Money shall be sent to every one of the said Hospitals and Alms-houses, so as there be sent out of every County yearly twenty Shillings at the least, to each of the said Prisons of the King's Bench and Marshalsea; which Sums ratably to be assessed upon every Parish, the Churchwardens of every Parish shall truly collect and pay over to the High Constables, in

whose Division such Parish shall be situate, from Time to Time, quarterly, ten Days before the End of every quarter;

XV. And be it further enacted, That all the Surplusage of Money which shall be remaining in the said Stock of any County, shall by Discretion of the more Part of the Justices of Peace in their Quarter Sessions, be ordered, distributed and bestowed for the Relief of the Poor Hospitals of that County, and of those that shall sustain Losses by Fire, Water, the Sea, or other Casualties, and to such other charitable Purposes, for the Relief of the Poor, as to the more Part of the said Justices of Peace shall seem convenient”.

Health and inequalities

5.4 *Susmilch, Mobeau et la découverte des inégalités sociales de santé.*

Patrice Bourdelais. École des hautes études en sciences sociales

Johann Peter Susmilch (1707-1767), pasteur et démographe prussien, présente ici l'analyse des raisons de la mortalité exceptionnelle qui frappa la Prusse et la Poméranie en 1757. Il reconstitue les mécanismes économiques et sociaux qui conduisent à la maladie et à la mort. Les facteurs principaux de la vulnérabilité sont précisés ainsi que leurs conséquences. Dès que la conjoncture climatique et économique se détériore, les pauvres deviennent des victimes potentielles.

Vingt ans après, un autre pionnier de la démographie, Jean-Frederic Mobeau (1745-1794), écrit un volumineux traité sur la population et consacre son plus long chapitre aux différentes dimensions de la mortalité, genre, âge, géographie, mais aussi groupes professionnels et sociaux, ou "états". L'important n'est plus ici d'analyser les mécanismes de la mortalité mais de fournir des preuves empiriques, des données issues de l'observation et d'enquêtes à partir de sources multiples. Dans son chapitre, une page sur deux est consacrée à la publication des tableaux de chiffres sur lesquels s'appuient les commentaires et les conclusions seuls repris ici.

Süssmilch, Johann Peter (1758), *Gedancken von den epidemischen Kranckheiten und dem grösseren Sterben des 1757ten Jahres, in einem Sendschreiben an die Herren Verfasser der Göttinglichen Anzeigen von gelehrten Sachen und auf derselben Verlangen entworffen von Johann Peter Süssmilch, Königl. Preussl. Ober-Consistorial-Rathe, Probste in Cölln, und Pastor Primarius zu St. Petri, wie auch Mitglieder der Königl. Preussl. Akademie dre Wissenschaften*, Berlin, cité et traduit par Jean-Marc Rohrbasser dans *La durée probable de la vie. Providence, mathématiques et statistique à l'âge classique*, HDR, Université de Paris IV, 2006, pp. 278-281.

"Les malades ont été des maladies de poitrine, des pleurésies, des fièvres chaudes et quelques fièvres pourprées. La plupart des gens ainsi décédés étaient de basse condition, des manouvriers et autres, qui sont, plus que d'autres, exposés au climat et au froid et dont les poumons et la poitrine peuvent plus facilement attraper le mal [...] les pauvres gens qui n'ont même pas le sou qui leur serait nécessaire pour les temps de famine et de maladie" en sont les premières victimes. "Lorsque la cherté s'ajoute à la pauvreté, la mortalité ne peut que décimer les démunis" (Süssmilch, 1758, 10-52).

[Les causes de ce soudain et grand malheur des pauvres, je les porte dans mon cœur [...] Ma charge de pourvoyeur d'aumônes dans cette ville me donne, hélas!, plus d'opportunité que je ne le souhaiterais de faire diverses observations; [...] Puisse-t-il plaire à la Providence de couronner ces vérités, qui reposent sur l'expérience, d'un succès bienheureux pour la consolation des pauvres! Puissent-elles parvenir entre les mains de ceux qui ont la force, le devoir et la vocation de secourir ces maux, et emplir leur cœur de sentiments d'amour de l'humanité et de l'impulsion à secourir: autrement, elles demeureront mortes et sans effet dans ces feuilles! Je n'utiliserai pas ici les fondements de notre très sainte religion; mais n'invoquerai pour convaincre que les propres avantages d'un Etat" (p. 51).

"Le gain de tous ceux qui travaillent pour un salaire stable est diminué de moitié lorsque le prix du pain double. Ainsi, celui qui gagnait 4 groschen par jour, n'en gagne en fait plus que 2 puisqu'il doit payer le pain, sa principale nourriture, à un prix encore une fois plus élevé. Celui qui auparavant n'a rien eu de plus que de l'eau, du pain et un peu de légumes; celui qui a dépensé autant que son revenu pour se procurer le bois et les vêtements nécessaires pour l'hiver, se trouve soudain jeté dans un grand embarras et une grande détresse. S'il a en outre une femme et plusieurs enfants à entretenir, sa misère en est augmentée. Viennent alors le souci, un accablement dévorant, la faim, le dénuement et le froid. Toutes choses et conséquences extrêmement nuisibles à la santé. La nourriture a déjà été mauvaise et à peine suffisante pour donner à un corps épuisé les forces requises pour le travail. La voilà à présent encore plus insuffisante. S'y ajoutent le dénuement et le froid; ainsi, la faiblesse s'accélère, faisant le terrain propice aux maladies chez les enfants et les adultes. Un petit coup de pouce renverse aussitôt la personne. Où trouver alors expédients et secours, lorsque celui qui n'a pas même de pain tombe malade?" (p. 52).

Jean-Baptiste Moheau, *Recherches et Considérations sur la population de la France* (1778) rééd. INED 1994 par Eric Vilquin.

"Question VI Ordre de Mortalité dans différens états

La fortune qui met une si grande différence dans le sort des hommes, qui condamne l'un à travailler et à souffrir, et destine l'autre à jouir et lui permet d'opprimer, est encore injuste dans la répartition du plus précieux de tous les biens, celui par lequel on jouit de tous les autres, la durée de la vie.

La richesse a ses dangers ainsi que la pauvreté, et le problème n'est pas résolu, si dans Paris il meurt plus d'hommes de faim que

d'indigestion; ou, si le défaut d'exercice produit plus de maladies que l'excès de travail: cependant en général il est constant, et il a été reconnu que la misère est un poison lent, qui détruit l'être qui en est attaqué. L'homme qui, placé entre l'opulence et l'indigence, est également éloigné des malheurs et des abus qui accompagnent les deux extrémités, est le plus vivace comme le plus heureux.

En général, l'ordre du peuple, même du plus bas peuple, produit autant d'enfans que les autres ordres de l'Etat, mais il n'en élève pas autant. Comme le premier âge exige beaucoup de soins et de ménagemens, la misère qui ne peut les procurer, subit une plus grande mortalité; et parmi ceux qui passent cet âge, il est beaucoup plus de personnes mal-saines ou contrefaites, que dans les autres classes de citoyens.

Il n'a point été fait, et il n'a pas été possible de faire des distinctions de la vie moyenne des hommes à raison de leur fortune, ou de leur conduite; mais il est des classes d'hommes dont l'indigence ou la régularité de régime et de mœurs sont prouvées ou présumées par leur état, et ce sont les comparaisons que nous avons cru devoir présenter.

Il résulte de ces faits, que les soins de l'enfance, l'assurance des commodités de la vie, le régime régulier, et l'abstention des excès prolongent nos jours. Il serait à souhaiter qu'on poussât plus loin ces recherches, et qu'on évaluât la vie de différens ordres religieux, la vie militaire, celle de la Cour, celle des matelots, celle des gens de lettres, des cultivateurs, et des artisans de différentes professions; il en résulterait une notion de la salubrité de chaque métier, et de la grandeur du sacrifice fait par l'adoption de certaines professions, ou de certains régimes.

Observations

Sur les tables I, II et III de la question VI du ch. XI

La première table présente la mortalité des enfans abandonnés et celle des enfans dont les parents prennent soin; la disproportion en est effrayante: la première année de la naissance donne dans la première classe le double de la mortalité qu'éprouve le reste de l'humanité: dans l'espace de dix ans la différence entre la mortalité des deux classes est moins forte, parce que les enfans sortis de l'Hôpital, et ayant passé les premières années, ont le sort du reste de l'humanité. Cependant les enfans trouvés, morts dans cet espace de temps, excèdent d'environ un tiers la perte du reste de l'humanité. Au reste cette mortalité excessive, surtout dans les premiers momens de la vie, ne provient pas seulement du défaut de soins, mais aussi souvent de la mauvaise constitution des enfans qui, fruits de la débauche, en portent les empreintes.

Le second point de comparaison, est de la classe des Rentiers voyageurs, avec les autres classes de la société: on y voit que, dans les premières épo-

ques, la mortalité est moindre parmi les Rentiers, et plus forte dans les âges les plus avancés, ce qui prouve qu'ils sont plus vivaces. Peut-être ne peut-on pas tirer des inductions bien convaincantes de la mortalité des dix premières années, parce qu'il est peu d'enfans sur la tête desquels on place; mais dans les âges suivans, rien ne s'oppose aux inductions qu'on peut tirer de ce rapprochement. On peut objecter encore que les rentiers sont des hommes d'élite, et qu'un homme mal constitué ne se portera pas à placer sur sa tête aussi facilement qu'un homme en parfaite santé; mais c'est communément moins la force de la constitution, que le goût ou la situation du disposeur qui déterminent son placement. Au reste cette considération ne détruit pas, mais seulement affaiblit les conséquences qu'on tire de la comparaison du sort de ces deux classes.

Les Religieux et Religieuses forment aussi une classe à part dans la société; leur régime, leurs occupations, la renonciation à des plaisirs et des besoins de différentes espèces, peuvent altérer ou corroborer leur tempérament, et la vraisemblance est pour l'amélioration de leur constitution. On peut objecter qu'on admet dans les cloîtres que les personnes bien constituées; l'objection est la même que contre les rentiers viagers, et la réponse ne sera pas différente”.

5.5 *Social reform*

Patrice Bourdelais. École des hautes études en sciences sociales

During the first decades of the 19th century, the organization of new large steamed industries led to a major change in the managing of children's work. In the era of liberalism, a lot of resistances were opposed to any regulation of the work in manufactures. Nevertheless, at the end of the 1820s and during the 1830s, in different countries, the critics against the conditions in which these children were employed led finally to an official regulation on the workday's duration and on the worker's minimum age. This letter is the way which Richard Oastler, an ultra Tory, alerted the public to the scandal of "Yorkshire slavery", the unchristian destruction and deformation of children, working more than twelve hours in textile factories.

Oastler's paper and action with the "short time committees" led to a renewed demand for a ten hour day work.

Letter from Richard Oastler, 29th September 1830
To the editors of the Leeds' Mercury

"It is the pride of Britain that a slave cannot exist on her soil; and if I read the genius of her constitution aright, I find that slavery is most abhorrent to it-that the air which Britons breathe is free-the ground on which they tread is sacred to liberty'. Rev. R. W. Hamilton's Speech at the Meeting held in the Cloth-hall Yard, September 22d, 1830.

Gentlemen,- No heart responded with truer accents to the sounds of liberty which were heard in the Leeds Cloth-hall Yard, on the 22d instant, than did mine, and from none could more sincere and earnest prayers arise to the throne of Heaven, that hereafter slavery might only be known to Britain in the pages of her history. One shade alone obscured my pleasure, arising not from any difference in principle, but from the want of application of the general principle to the whole empire. The pious and able champions of negro liberty and colonial rights should, if I mistake not, have gone farther than they did; or perhaps, to speak more correctly, before they had travelled so far as the West Indies, should, at least for a few moments, have sojourned in our own immediate neighbourhood, and have directed the attention of the meeting to scenes of misery, acts of oppression, and victims of slavery, even on the threshold of our homes.

Let truth speak out, appalling as the statement may appear. The fact is true. Thousands of our fellow-creatures and fellow-subjects, both male

and female, the miserable inhabitants of a Yorkshire town, (Yorkshire now represented in Parliament by the giant of anti-slavery principles) are this very moment existing in a state of slavery, more horrid than are the victims of that hellish system 'colonial slavery. These innocent creatures drawl out, unpitied, their short but miserable existence, in a place famed for its profession of religious zeal, whose inhabitants are ever foremost in professing 'temperance' and 'reformation', and are striving to outrun their neighbours in missionary exertions, and would fain send the Bible to the farthest corner of the globe-aye, in the very place where the anti-slavery fever rages so furiously, her apparent charity is not more admired on earth, than her real cruelty is abhorred in Heaven. The very streets which receive the droppings of an 'Anti-Slavery Society' are every morning wet by the tears of innocent victims at the accursed shrine of avarice, who are compelled (not by the cart-whip of the negro slave-driver) but by the dread of the equally appalling thong or strap of the over-looker, to hasten, half-dressed, but not half-fed, to those magazines of British infantile slavery-the worsted mills in the town and neighbourhood of Bradford!

Would that I had Brougham's eloquence, that I might rouse the hearts of the nation, and make every Briton swear, 'These innocents shall be free!'

Thousands of little children, both male and female, but principally female, from seven to fourteen years of age, are daily compelled to labour from six o'clock in the morning to seven in the evening, with only-Britons, blush while you read it! with only thirty minutes allowed for eating and recreation. Poor infants! They are indeed sacrificed at the shrine of avarice, without even the solace of the negro slave; they are no more than he is, free agents; they are compelled to work as long as the necessity of your needy parents may require, or the cold blooded avarice of your worse than barbarian masters may demand! They live in the boasted land of freedom, and feel and mourn that they are slaves, and slaves without the only comfort which the negro has. He knows it is his sordid, mercenary master's interest that he should live, be strong and healthy. Not so with you. They are doomed to labour from morning to night for one who cares not how soon your weak and tender frames are stretched to breaking! You are not mercifully valued at so much per head; this would assure you at least (even with the worst and most cruel masters) of the mercy shown to their own labouring beasts. No, no! your soft and delicate limbs are tired and fagged, and jaded, at only so much per week, and when your joints can act no longer, your emaciated frames are cast aside, the boards on which you lately toiled and wasted life away, are instantly supplied with other victims, who in this boasted land of liberty are HIRED-not sold-as slaves and daily forced to hear that they

are free. Oh! Duncombe! You hatest slavery-I know you dost resolve that 'Yorkshire children shall no more be slaves!' And Morpeth! who justly glorieth in the Christian faith- Oh, Morpeth! listen to the cries and count the tears of these poor babes, and let St. Stephen's hear thee swear 'they shall no longer groan in slavery!' And Bethell, too! Who swears eternal hatred to the name of slave, when'er thy manly voice is heard in Britain's senate, assert the rights and liberty of Yorkshire youths. And Brougham! You who are the chosen champion of liberty in every clime! oh bend thy giant's mind, and listen to the sorrowing accents of these poor Yorkshire little ones, and note their tears; then let thy voice rehearse their woes, and touch the chord thou only holdest-the chord that sounds above the silvery notes in praise of heavenly liberty, and down descending at thy will, groans in the horrid caverns of the deep in muttering sounds of misery accursed to hellish bondage; and as thou sound'st these notes, let Yorkshire hear thee swear, 'Her children shall be free!' Yes, all the four protectors of our rights, chosen by freemen to destroy oppression's rod,

'Vow one by one, vow altogether, vow With heart and voice, eternal enmity Against oppression by your brethren's hands; Till man nor woman under Britain's laws,

Nor son nor daughter born within her empire, Shall buy, or sell, or HIRE, or BE A SLAVE!'

The nation is now most resolutely determined that negroes shall be free. Let them, however, not forget that Britons have common rights with Afric's sons.

The blacks may be fairly compared to beasts of burden, kept for their master's use; the whites, to those which others keep and let for hire. If I have succeeded in calling the attention of your readers to the horrid and abominable system on which the worsted mills in and near Bradford is conducted, I have done some good. Why should not children working in them be protected by legislative enactments, as well as those who work in cotton mills? Christians should feel and act for those whom Christ so eminently loved, and declared that, of such is the Kingdom of Heaven. I remain, yours, etc.

A Briton".

5.6 *El Instituto de Reeducación Profesional de Inválidos del Trabajo (IRPIT) de España*

María Isabel Porras Gallo. Université de Castille-La Manche

Bajo el influjo de la importancia alcanzada por la reeducación profesional y reinserción social de los inválidos y mutilados durante la I Guerra Mundial, la Ley de Accidentes del Trabajo de 1922, que modificaba la anterior de 1900, incluyó la reeducación profesional de los inválidos del trabajo. La nueva Ley respondía también a la demanda realizada desde 1918 por algunos médicos españoles que, conocedores de la atención prestada a los accidentados laborales en otros países europeos con anterioridad a la Gran Guerra, reclamaban la necesidad de que el Estado atendiera a la reeducación y reintegración social de los inválidos del trabajo.

Para proceder a la materialización práctica del nuevo mandato de la Ley de 1922 se creó el IRPIT ese mismo año. Reticencias al intervencionismo estatal y tensiones entre diversos profesionales rodearon su creación. Razones económicas y políticas demoraron su inauguración, que se produjo en 1924 al inicio de la Dictadura de Primo de Rivera. No obstante, no empezó a funcionar hasta 1925 y necesitó un año más para estar convenientemente equipado. Aunque se ubicó en la misma finca en la que se encontraba el Asilo de Inválidos del Trabajo (1887), su concepción y finalidad eran muy distintas: readaptación funcional, reeducación profesional y reinserción social.

Estas circunstancias y los factores que influyeron en la incorporación de la reeducación de los accidentados del trabajo a la Ley de 1922 y en la creación del IRPIT aparecen reflejados en la exposición y en el texto del Real Decreto por el que se creaba dicho Instituto.

EXPOSICIÓN Y REAL DECRETO de creación del Instituto de Reeducación Profesional, *Gaceta de Madrid*, nº 64, pp. 976-978.

EXPOSICIÓN:

“La incesante depuración y el continuo mejoramiento de conceptos, instituciones y prácticas sociales, efecto inexcusable del transcurso de los años, obliga a las leyes que de la realidad se nutren y para atender a necesidades vivas deben ser formuladas, a modificaciones y acomodamientos mediante los que una y otras se recojan y resulten debidamente atendidas. Por previsiones diligentes de nuestros legisladores, fue España uno de los primeros países que contó en el acervo de sus leyes de carácter social, con una de accidentes del trabajo, en la que se atendió a su previsión

y a su reparación, imponiendo al patrono las dos obligaciones fundamentales de subvenir a los gastos que produjera la curación del obrero y compensar a éste o a su familia de los daños de carácter económico que a uno o a otra, según los casos, el accidente les hubiera hecho sentir.

Pero estudios copiosos y profundos, manifestados en libros y Congresos, iniciaron años atrás en este respecto una orientación en el sentido de que la reparación del accidente se extendiera hasta la posible reintegración del obrero a su máxima capacidad productora; e impulsada la ciencia médica inicialmente por tal orientación y de modo singular en los años coetáneos y subsiguientes a la última guerra, por el problema, no sólo de humanidad, sino también de carácter económico que planteaba a los países que lucharon el enorme número de hombres inutilizados y mutilados, ha conseguido llegar a perfeccionamientos tan portentosos en la materia que permiten que se estime ya un hecho factible lo que en sus comienzos no pasó de un empirismo tan justificado como ideal.

Por las consideraciones precedentes, la ley de 10 de Enero de este año, modificativa de la de accidentes del trabajo de 30 de Enero de 1900, consignó en su artículo 23 el precepto de que por este Ministerio [de Trabajo, Comercio e Industria] se organizara un servicio de reeducación de inválidos del trabajo, con el fin de devolver a éstos la capacidad profesional suficiente para que puedan atender por sí mismos a su subsistencia.

Para dar eficacia a este mandato legal, el Gobierno de V. M. ha estimado procedente empezar por dar vida al órgano encargado de modo inmediato de la instauración de aquel servicio; y, apercibido de los excelentes resultados que en esta esfera de la actuación social se han obtenido mediante organismos que, sin estar desligados de la intervención del Estado, son regidos de manera que les permite una persistencia y continuidad de función que no suele darse en los de carácter burocrático directamente, dependientes de los Departamentos ministeriales, decidió unánimemente proponer a V. M. la creación de un Instituto de Reeducación Profesional, con plena personalidad jurídica, patrimonio propio y capacidad para adquirir, poseer y contratar, y que, con carácter oficial, actúe en nombre y por delegación del Estado. Se ha procurado que en la formación de este organismo resulte una ponderación de elementos representativos de aquellas entidades oficiales, cuyas funciones sociales y técnica tienen conexión más inmediata con las que ahora se encomiendan y de representantes directos de los Departamentos ministeriales a que más ha de interesar la labor del nuevo Instituto.

En el establecimiento de este Servicio habrá de procederse gradualmente, con toda la mesura que requieran las posibilidades económicas, de una parte, y de otra la necesidad de personal especialmente preparado para atenderlo, ya que según puede apreciarse por el texto del Real De-

creto, no se trata de crear un refugio para inútiles, sino muy por el contrario, un verdadero centro de regeneración de capacidades productoras perdidas, mediante las adecuadas enseñanzas profesionales [...]”.

Madrid, 4 de Marzo de 1922

[El Ministro de Trabajo, Comercio e Industria]

Leopoldo Matos Massieu

REAL DECRETO

“A propuesta del Ministro de Trabajo, Comercio e Industria, y de acuerdo con mi Consejo de Ministros,
Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1º. [...], se crea el Instituto de Reeducción Profesional, que tendrá por fin la restauración total o parcial de la capacidad del trabajo de los inválidos para que puedan atender por sí mismos a su subsistencia.

Artículo 2º.- [...] Tendrá su domicilio en Madrid y podrá establecer servicios filiales suyos en provincias. [...]

Artículo 8º. Serán funciones del Instituto:

- A) La readaptación funcional.
- B) La reeducación profesional.
- C) La tutela social de los reeducados.

Artículo 9º. Se organizará por el Instituto una Clínica de readaptación funcional destinada a restaurar hasta el máximo posible la capacidad fisiológica de los inválidos en relación con el trabajo a que han de dedicarse, dotándola de cuantos elementos terapéuticos y quirúrgicos pueden ser necesarios o útiles a los fines de la institución, dentro de los medios y recursos de que se disponga. [...]

Anejo a la clínica se hallará el servicio de Ortopedia y prótesis, que constituirá además un taller de aprendizaje y de trabajo productivo para los obreros reeducados y para el Instituto.

Artículo 10º. La reeducación profesional se practicará en talleres organizados para este fin, cuyo establecimiento acordará el Consejo [director y administrador del Instituto] según lo requieran las circunstancias y lo permitan las posibilidades económicas.

La enseñanza profesional tendrá carácter de graduada, en referencia, no sólo a la serie de trabajos de una misma profesión, sino a los grupos de profesiones que determinará el Reglamento.

Siempre que fuera posible se procurará que el inválido reaprenda la profesión a que se dedicó antes de su invalidez; en otro caso se le aplicará al trabajo compatible con su capacidad funcional.

Artículo 12º. Los obreros que trabajen en los talleres del Instituto recibirán del mismo una remuneración por los trabajos útiles que realicen. Una parte de esta remuneración servirá para contribuir a los gastos que el Inválido cause en el establecimiento, y el resto quedará a disposición del interesado en la forma que preceptúe en su día el Reglamento de régimen interior del Instituto.

Artículo 13º. Será objeto de preferente atención del Consejo el gestionar y facilitar por cuantos medios estén a su alcance la colocación de los reeducados en aquellos Centros que sean propicios a su habilidad profesional. En los talleres y centros de trabajo del Estado y en igualdad de condiciones serán siempre preferidos para la colocación los obreros reeducados en el Instituto.
[...].”

Dado en Palacio a cuatro de Marzo de mil novecientos veintidós.

ALFONSO [XIII]

El Ministro de Trabajo, Comercio e Industria,
Leopoldo Matos Massieu

5.7 *La Clínica del Trabajo del Instituto Nacional de Previsión de Madrid (España)*

María Isabel Porras Gallo. Université de Castille-La Manche

Creada al amparo de la Ley de Accidentes del Trabajo de 1932 que modificaba la de 1922 y establecía el Seguro Obligatorio de Accidentes del Trabajo, *La Clínica del Trabajo del Instituto Nacional de Previsión de Madrid*, fue puesta en marcha en 1933. De su dirección se hizo cargo el médico Antonio Oller (1887-1937), artífice del desarrollo de la Medicina del Trabajo en España y director médico del antiguo Instituto de Reeducación Profesional de Inválidos del Trabajo (IRPIT), que se creó en el marco de la Ley de 1922. La Clínica se ubicó en Madrid en un antiguo edificio de la Cruz Roja, al que se trasladaron buena parte del personal y del equipamiento del IRPIT.

Teniendo presente los modelos y tendencias internacionales, tanto en lo referente a la protección social como en el moderno modo de abordar los accidentes del trabajo, la creación de la nueva Clínica estuvo condicionada por las circunstancias presentes en la II República española, pero también por la experiencia brindada por el funcionamiento del IRPIT y su fracaso con motivo de la crisis económica de 1929. La Clínica del Instituto Nacional de Previsión (INP) pretendió ser uno de los estándares de la modernización sanitaria española, pero contó con unos recursos más limitados de lo deseable para semejante empresa y debió atender a los mandatos del INP, organismo gestor de todos los seguros sociales en España. De ahí la necesidad de destinar la nueva institución a todos los servicios sanitarios del INP, en vez de otorgarle un carácter monográfico para los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales.

Algunas de estas circunstancias están visibles en este documento que elaboró el INP con una clara finalidad propagandística de su nueva Institución y, a través de ello, de la modernización sanitaria que se llevaba a cabo en la España de la II República.

Instituto Nacional de Previsión, *La Clínica del Trabajo del Instituto Nacional de Previsión*, Madrid, Gráficas Administrativa, 1933, p. 5.

“La Clínica del Trabajo del Instituto Nacional de Previsión obedece a las disposiciones legales vigentes en España [Ley de Accidentes del Trabajo de 1932], que hacen depender de la Caja Nacional del Seguro de Accidentes del Trabajo todo lo referente a la readaptación funcional y a la revisión de incapacidades.

Era obligado la organización e instalación de una Clínica en donde se tuviesen los elementos más completos y modernos para descartar,

dentro de lo posible, los errores de diagnóstico y poder hacer todos los tratamientos que disminuyan o supriman una invalidez, desde la cirugía más complicada hasta el amasamiento más sencillo, pasando por la zona extensa de la fisioterapia, la ortopedia y la prótesis.

La concepción de la Clínica responde a un criterio ya muy antiguo en nosotros, que le hace diferente de sus similares extranjeras.

En efecto, en muchos países europeos existen Clínicas especiales dedicadas a la asistencia de los accidentados del trabajo y a la investigación y tratamiento de la enfermedad profesional, con sus laboratorios, centros de enseñanza y organizaciones más o menos complejas relacionadas con la Medicina del Trabajo, pero en particular la atención preferente recae sobre la asistencia del accidente quirúrgico, o sea de la traumatología, habiéndose organizado numerosísimos Sanatorios y Hospitales, montados algunos de ellos con verdadero lujo. Es de advertir que en diversos Congresos internacionales se ha estudiado a fondo el punto concreto económico y las ventajas e inconvenientes de este tipo de asistencia especializada, pudiendo asegurar que todos se inclinaron por ella.

La Clínica que puede servir de modelo en este sentido es la que en Viena dirige el Dr. Bohler, Clínica que depende del Instituto de Seguros Obreros de Viena, Austria inferior y Burgenlandia y que está regida por un Patronato en el que tienen representación las entidades de Seguros, los patronos y los obreros [...].”

“Organizaciones semejantes existen en otros países, preferentemente en Rusia, Alemania e Italia, mereciendo citarse el Hospital especializado para accidentes del trabajo de Silesia. [Instituto Nacional de Previsión, *La Clínica del Trabajo...*, pp. 6-7].

La Clínica del Trabajo del Instituto Nacional de Previsión tiene un sentido más amplio, ya que pretende recoger en sus actividades todo lo concerniente al accidente del trabajo, a la enfermedad profesional y todos los demás servicios sanitarios dependientes del Instituto Nacional de Previsión”. [Instituto Nacional de Previsión, *La Clínica del Trabajo...*, p. 8].

“Resumiendo, podemos decir que sus finalidades actuales son:

- 1º. La readaptación funcional de los obreros víctimas del accidente del trabajo, y la revisión de incapacidades anteriormente declaradas.
- 2º. La acción sanitaria del Seguro de Maternidad.
- 3º. El ser Centro de investigación y docencia al servicio de la Caja Nacional del Seguro de Accidentes del Trabajo.
- 4º. La realización o parte técnica de los demás servicios sanitarios que tenga a su cargo el Instituto Nacional de Previsión.

Por ahora, el más importante de todos los enumerados es el relacionado con la Caja Nacional del Seguro de Accidentes del Trabajo, y a este objeto se han organizado los servicios en diferentes acciones.

Hay una Sección Central en donde están los consultorios de traumatología, ortopedia, cirugía ortopédica y principales especialidades médicas y quirúrgicas con el fin de diagnosticar la enfermedad profesional, la enfermedad accidente y lo que es más importante las consecuencias producidas en el organismo por un accidente del trabajo más o menos acusado.

Esta sección central tiene asimismo la misión de enlace con las Entidades aseguradoras, los obreros y, desde luego, con el Instituto Nacional de Previsión y la Caja Nacional de Seguro de Accidentes del Trabajo.

Otra Sección la constituyen la verdadera clínica o internado, en donde, sin tener un servicio de cirugía de urgencia, se atiende a todo traumatizado por accidente del trabajo o a todo aquel que pueda ser sospechoso o padezca una enfermedad profesional. En esta Sección se hace la cirugía restauradora precisa, que con los servicios de fisioterapia, ortopedia y prótesis son las bases de la readaptación.

Basta la enunciación de estos términos para comprender su enorme alcance y trascendencia, pues sobradamente se saben las ventajas de una readaptación o restauración bien hechas y el papel importantísimo que desempeña una prótesis adecuada y bien construida en la capacidad para el trabajo, al punto de que en los amputados de pierna pueda lograrse una suplencia tan acabada, que, tanto en su aspecto funcional como en el anatómico y estético, se consigue un resultado ideal.

La Fisioterapia es otra de las Secciones más cuidadas de la Clínica, y también son sobradamente conocidas y divulgadas todas las ventajas que en ella alcanza cualquier clase de lesión, pero principalmente en las que constituye el máximo de frecuencia los accidentes del trabajo: las lesiones articulares y óseas, en las que se llega el restablecimiento de la función aun en casos al parecer definitivamente perdidos para el trabajo.

La Clínica tiene asimismo una misión importantísima de investigación y de docencia, pues siendo o pretendiendo ser el Centro superior para todo lo relacionado con el accidente y la enfermedad profesional, debe hacer todo lo posible para que su obra sea conocida y llevada a todas las esferas, pero principalmente a los médicos, que han de ser los más necesitados de esta clase de conocimientos.

Ha sido motivo de preocupación desde hace varios años la formación profesional del médico del trabajo, y a este fin han respondido los cursillos especiales dados en el Instituto de Reeducción Profesional y la asignatura de Higiene del Trabajo, creada en la Escuela Nacional de Sanidad, enseñanzas bastante completas dentro de sus limitaciones.

Es evidente que con la nueva legislación de accidentes del trabajo se necesita que el país disponga de un Cuerpo médico competente en esta clase de asuntos. Con este objeto se pensó desde el primer momento en organizar de una manera oficial y en colaboración con la Escuela Nacional de Sanidad, unos cursos especiales de Medicina y Trabajo de bastante extensión, y cuyos programas detallados serán debidamente anunciados.

La divulgación de toda clase de estos conocimientos por medio de folletos, revistas, etc., será otra de las misiones importantes de la Clínica, y como complemento de toda esta labor docente, se está formando una Biblioteca especializada, verdaderamente única en España, cuyo núcleo inicial procede del Instituto de Reeducación Profesional”.

Welfare and Health as a condition of citizenship

5.8 *L'assistance et la Révolution française*

Patrice Bourdelais. École des hautes études en sciences sociales

Cette proposition de décret proposée à l'Assemblée Nationale en mai 1790 est rédigée par La Rochefoucauld-Liancourt, l'un des principaux philanthropes de la fin du XVIIIe siècle. Il s'agit d'un texte de circonstances destiné à permettre le contrôle des mouvements migratoires à un moment où les mouvements Contre-révolutionnaires sont très actifs dans les provinces françaises.

Le préambule aux articles de décret soumis au vote des députés permet néanmoins de mieux comprendre comment ces philanthropes conçoivent les droits des individus et ceux de la société. Si les étrangers n'ont pas droit aux mêmes dispositifs d'assistance que les Français, il convient de s'acquitter envers eux des devoirs qu'impose l'humanité. En revanche, la société n'assiste que ceux qui ne peuvent travailler.

Rapport fait au nom des Comités de rapports, de mendicité et de recherches sur la situation de la mendicité de Paris

Par M. de Liancourt, Membre du Comité de mendicité, le 30 mai 1790

Imprimé par ordre de l'Assemblée Nationale

11 pages

“Quelque soin qu'aient mis les Districts pour découvrir le nombre de Pauvres étrangers à la Capitale (...) nous n'avons pu en obtenir un dénombrement exact; ces hommes, ou changeant sans cesse de logement, ou habitant dans les carrières et dans les bois, passant même la nuit dans les rues, donnent peu de moyens de connaître leur véritable nombre: cependant il est très considérable (...) envoyés des pays étrangers vers Paris, comme vers le lieu où ils trouveront sûrement des salaires sans travail (...) toujours est-il vrai que la réunion d'un grand nombre de ces hommes est un danger pour la tranquillité publique, et qu'au péril du trouble dont ils menacent, ils ajoutent encore la positive injustice d'enlever aux Pauvres de la Capitale une partie de la subsistance qui leur était destinée, et d'être, à tous ces titres et sous tous les rapports, un véritable fléau pour elle. Il faut encore ajouter que ces étrangers sans aveu, fussent-ils sans danger pour la paix de Paris, auraient encore l'immoral inconvénient de multiplier la mendicité, vice destructeur de toute prospérité nationale, et qu'une bonne Constitution doit chercher à détruire

jusques dans ses plus profondes racines, si elle prétend établir le bonheur public sur des bases véritables, l'amour du travail et les mœurs (...).

La société doit à tous ses Membres subsistance ou travail. Celui qui pouvant travailler s'y refuse, se rend coupable envers la société, et perd alors tout droit à la subsistance; mais les Membres de la société ne sont pour un Etat que les hommes qui sont résidents ou domiciliés dans ses limites, et dont il a le droit de requérir impérieusement les secours quand sa sûreté ou sa liberté sont en danger.

L'Etat n'a aucun droit de requérir, dans ces temps de crise, l'assistance d'un étranger. Cet étranger n'a donc pas droit de requérir de cet Etat, de lui assurer ou du travail ou la subsistance; cependant si cet étranger se trouve attaqué de maladie, l'Etat doit pourvoir à sa guérison, mais comme devoir d'humanité seulement; il doit encore par le même principe pourvoir à sa subsistance s'il est en santé, jusqu'à ce qu'arrivé dans son pays, cet homme y retrouve ceux auxquels il a droit de demander du travail ou de la subsistance.

Ainsi, si l'Assemblée Nationale pourvoit à la subsistance des Mendiants étrangers qui infectent aujourd'hui la Capitale et les Provinces jusqu'à ce qu'ils se soient rendus dans leur Patrie, elle acquitte envers eux tous les devoirs que lui impose l'humanité.

Si elle fournit du travail aux hommes nés ou domiciliés en France, à qui le besoin le rend nécessaire, elle remplit son devoir comme société (...).

(La Constitution) a pour objet de secourir dans tous les âges, dans toutes les positions de la vie et dans toutes les parties du Royaume, l'indigence, la faiblesse et les infirmités qui, proportionnant l'assistance au besoin, tend à attacher à vos Décrets la classe indigente par la reconnaissance et le bonheur, et qui, enfin, substituant au mot humiliant d'aumône, ceux plus appropriés de secours et de devoir, doit ennoblir ainsi et la Nation qui donne et le malheureux qu'elle secoure (...).

En vous proposant de donner à chaque département une somme égales pour être employée en travaux utiles, nous savons bien que nous ne suivons peut-être pas exactement la proportion des besoins de chacun d'eux, mais nous n'avons aucune base certaine pour rendre cette proportion équitable (...).

Sans doute l'ouverture de ces nouveaux ateliers; l'augmentation de secours dans les hôpitaux; les sommes que nous vous proposons d'accorder aux départements, à mesure qu'ils seront formés, produiront un accroissement de dépense. Mais, Messieurs, vous vous êtes chargés de l'assistance des pauvres, et vous en avez fait votre devoir le plus sacré: aucun secours ne peut présenter plus d'avantage que celui de travaux à offrir, utiles aux départements, le bien qu'en recevront la Capitale et le Royaume entier surpassera de beaucoup l'inconvénient de cette augmentation de dépense.

Qu'il nous soit permis encore, Messieurs, de vous faire observer que si la justice et le bien de la Société nous ont fait comprendre, dans la proposition de notre Décret, l'ordre d'arrêter, dans la Capitale et dans les Départements voisins, tout mendiant valide qui se refuserait au travail, nous faisons précéder cet ordre de sûreté publique de l'offre de travail; nous n'y comprenons, ni les malades, ni les infirmes auxquels nous assignons des soins et des asiles particuliers, et nous ne proposons d'y détenir les mendiants valides que jusqu'à ce que, réclamés par leurs parents ou leurs Municipalités, Districts, Départements, leur subsistance ultérieure puisse être assurée.

Nous avons cru devoir faire précéder par ces réflexions le Décret que les trois Comités ont l'honneur de vous proposer unanimement.

L'Assemblée Nationale, informée qu'un grand nombre de mendiants étrangers au Royaume, abondant de toutes parts dans Paris, y enlèvent journellement les secours destinés aux pauvres de la Capitale et du Royaume, et y propagent avec danger l'exemple de la mendicité qu'elle se propose d'éteindre entièrement, a décrété et décrète ce qui suit:

1. Indépendamment des Ateliers déjà ouverts dans Paris, il en sera ouvert encore dans la Ville et dans les environs, soit en travaux de terre pour les hommes, soit en filature pour les femmes et enfants, où seront reçus tous les pauvres domiciliés dans Paris, ou étrangers à la Ville de Paris, mais Français.
2. Tous les mendiants et gens sans aveu, étrangers au Royaume, non domiciliés à Paris depuis un an, seront tenus de demander des passeports où sera indiqué la route qu'ils devront suivre pour sortir du Royaume.
3. Tout mendiant né dans le Royaume, mais non domicilié à Paris depuis six mois, et qui ne voudra pas prendre d'ouvrage, sera tenu de demander un passeport où sera indiqué la route qu'il devra suivre pour se rendre à sa Municipalité.
4. Huit jours après la proclamation du présent Décret, tous les pauvres valides, trouvés mendiant dans Paris, seront conduits dans les Maisons destinées à les recevoir à différentes distances de la Capitale, pour de là, sur les renseignements que donneront leurs différentes déclarations, être renvoyés hors du Royaume, s'ils sont étrangers; ou, s'ils sont du Royaume, dans leurs Départements respectifs après leur formation, le tout sur des passeports qui leur sont donnés. Il sera incessamment présenté à L'Assemblée un règlement provisoire pour le meilleur régime et la meilleure police de ces Maisons, où le bien-être des détenus dépendra particulièrement de leur travail (...).

(Total de 14 articles).

5.9 *La institucionalización y reglamentación de la salubridad en México en el siglo XIX*

Hira de Gortari Rabiela-IIS-UNAM

La institucionalización de la salubridad como parte de la administración y política gubernamental en el México del siglo XIX fue un largo proceso. El establecimiento de un nuevo régimen político con la independencia de la Nueva España a partir de 1821 no significó un cambio del aparato político institucional en todos los ámbitos. En la salud como asunto público se mantuvo vigente el Protomedicato, institución establecida en 1628 y desaparecida hasta 1831 y sustituido en dicho año por una junta denominada Facultad Médica del Distrito Federal. La recién creada facultad tenía un ámbito jurisdiccional circunscrito exclusivamente al recién creado ámbito federal, territorio a cargo del gobierno general que incluía a la ciudad de México, dado que el resto de los estados que constituían la república eran soberanos y por tanto la salubridad les competía a cada uno. De esta manera la capital nacional se convirtió en un modelo en la administración de la salubridad pública.

El cambio de régimen político en 1835 al instaurarse una república central supuso una administración centralizada integrada por departamentos y la desaparición del D. F. En 1840 en las ordenanzas del departamento de México -que abarcaba un vasto territorio incluyendo la ciudad de México y otras entidades territoriales - se incorporó la salubridad pública. En 1841 se estableció un Consejo de Salubridad con jurisdicción en el departamento de México. El cambio de régimen político al establecerse nuevamente un régimen federal en la segunda mitad del siglo no alteró sustancialmente la convicción de contar con un organismo regulador de la salubridad pública. Se consideró necesario adecuar las disposiciones al nuevo régimen constitucional. En 1872 se confirmó al Consejo, ahora denominado Consejo Superior de Salubridad. En 1891 la elaboración y puesta en marcha de un código sanitario para la república mexicana fue un paso fundamental para la salubridad pública al ampliar su jurisdicción al conjunto del territorio nacional a diferencia de los precedentes, muestra inequívoca del fortalecimiento del poder público y del Estado. El código reformado en 1894 contaba con 4 secciones con 310 artículos y sus incisos, muestra de los avances en la materia y su incorporación como instrumento jurídico de observancia nacional. En 1902 fue reformado nuevamente pero sin alterar el cuerpo original.

Diccionario de Autoridades. Madrid, Editorial Gredos, 1990(edición facsimilar de 1737) t. III, p. 413.

El protomedicato (1628-1831)

“El tribunal en que asisten y concurren los protomédicos y examinadores, para reconocer la suficiencia y habilidad de los que se quieren aprobar de médicos, y darles licencia para que puedan curar.

Que los protomédicos no den licencias a los que no parecieren personalmente ser examinados. Felipe II en el Pardo a 12 de febrero de 1579. Mandamos que los protomédicos en las Nueva Indias no den licencias a ningún médico, cirujano, boticario, barbero, algebrista, ni los demás que ejercen oficios de cirugía, de medicina, si no fuere aquellos que personalmente parecieren ante ellos a ser examinados y fueren hallados hábiles y suficientes para curar y ejercer los tales oficios (...). Ley 4, título 5, libro 6.

Manuel Dublan y José María Lozano, *Legislación mexicana o colección completa de las disposiciones legislativas expedidas desde la independencia de la república ordenada por los licenciados...*México, Imprenta del Comercio a cargo de Dublan y Lozano, hijos, 1876, t. II, pp. 403-404.

Facultad médica del Distrito Federal (1831)

“Artículo 1. Cesa el protomedicato (...) y una junta con el nombre de Facultad Médica del Distrito Federal compuesta de ocho profesores médico-cirujanos y cuatro farmacéuticos, sustituirán al protomedicato en todas sus atribuciones que no sean contrarias al sistema actual de gobierno.

Artículo 7. Los actuales facultativos en medicina y cirugía que tuvieren más de cuatro años de ejercer su profesión, podrán admitirse a ser examinados gratis en la facultad en que no lo estuvieron, sin exigirles requisito escolar alguno, observándose si lo prevenido en la ley 7ª. Título 16, libro 2 de la Recopilación de Castilla”.

José M. Castillo Velasco, *Colección de leyes, supremas ordenes, bandos, disposiciones de policía y reglamentos municipales de administración del Distrito Federal formada por ... antiguo funcionario de la Federación y del Distrito*. Impreso por Castillo Velasco e Hijos, 1874, pp. 327-328.

Ordenanzas del departamento de México (1840)

Se consideraba a la salubridad pública como: “Uno de los objetos de más interés que tienen encargados por las leyes los ayuntamientos, y del que con más esmero deben cuidar, es la salud pública, con cuyo fin deben impedir todo lo que pueda alterarla, y procurar cortar el progreso de las enfermedades y epidemias; para que se logre y no se sujete tan importante objeto a la variación de disposiciones, que dictándose en los momentos de la aproximación o descubrimientos de las enfermedades, o cuando se presentan causas contrarias a la salud suelen ser ineficaces (...). (Ordenanzas por la junta departamental. Capítulo XIII).

Manuel Dublan y José María Lozano, *Legislación mexicana o colección completa de las disposiciones legislativas expedidas desde la independencia de la república arreglada por los licenciados Adolfo Dublan y Adalberto A. Esteva continuación de la ordenada por los licenciados...* México, Imprenta del Comercio a cargo de Dublan y Lozano, hijos, 1898, t. XXIV, pp. 277-299.

Reglamento del Consejo Superior de Salubridad. Ministerio de Gobernación (1872)

Entre sus principales responsabilidades destacan: Dictar (...) “todas aquellas medidas que se refieran a la salubridad pública, tanto en el estado normal como en el tiempo de epidemia. Visitar (...) los hospitales, cárceles, panteones, establecimientos públicos, industriales y mercantiles, y asimismo cuidar de que las sustancias alimenticias no estén adulteradas y sean propias para el consumo (...) Examinar (...) teatros, boticas, fábricas de almidón (...). Tener bajo su vigilancia la administración de la vacuna”.

Código sanitario de los Estados Unidos Mexicanos (1894)

Antonio de León Pinelo, *Recopilación de las Indias*. México, Escuela Libre de Derecho, 1992, t. II, pp.1603-1604.

“*Título preliminar*. Artículo 1º. El servicio sanitario será federal o local, según tenga por objeto inmediato el beneficio general del país o el particular de un estado o determinada localidad.

Artículo 2º. El servicio sanitario, como uno de los ramos confiados al poder ejecutivo se ejerce por conducto de la secretaría de Gobernación en el orden federal y en el local del Distrito y territorios, y de los gobernadores de los estados en el orden local de su jurisdicción (...).

Artículo 3º. Se consideran como expresamente creados para la administración del servicio sanitario en el orden federal: I. El Consejo Superior de Salubridad. II. Los delegados del Consejo (...) en los puertos y poblaciones fronterizas (...).

Artículo 5º. Para la administración local del Distrito o territorios se consideran como designados (...) I. El Consejo Superior de Salubridad. II. La inspección de bebidas y comestibles (...). III. Los médicos inspectores sanitarios de cuartel (...).

Libro segundo. De la administración sanitaria de la capital de la república. Capítulo I. Habitaciones y escuelas. Capítulo II. Alimentos y bebidas. Capítulo III. Templos, teatros y otros lugares de reunión. Capítulo IV. Higiene en el interior de las fábricas. Capítulo V. Fábricas, industrias, y demás establecimientos peligrosos. Capítulo VI. Venta de medicinas y otras sustancias de uso industrial en boticas, droguerías y establecimientos análogos. Capítulo VII. Ejercicio de la medicina en sus diferentes ramos. Capítulo VIII. Inhumaciones, exhumaciones y traslación de cadáveres. Capítulo IX. Enfermedades infecciosas y contagiosas.

Capítulo X. Epizootias. Policía sanitaria con relación a animales. Capítulo XI. Establos, mataderos y carnes de fuera de la capital. Capítulo XII. Mercados. Capítulo XIII. Basureros. Capítulo XIV. Obras públicas que afectan la higiene”.

5.10 *Previdência social e história: a saúde como direito do trabalhador brasileiro*

Denise Bernuzzi de Sant'Anna. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Durante o período colonial, as preocupações com a saúde da população brasileira concentravam-se no combate às epidemias e nas ações das enfermarias jesuítas juntamente com as Santas Casas de Misericórdia, responsáveis pela assistência hospitalar dos doentes. Após a criação dos primeiros hospitais militares destinados às tropas e, sobretudo, a partir do século XIX, as atividades relacionadas à saúde sofreram uma ampla descentralização, as Câmaras Municipais ficaram encarregadas de fixar as normas sanitárias, fiscalizar o exercício da profissão médica bem como o comércio de medicamentos.

No entanto, é somente a partir da República, em 1889, que a saúde passou, de fato, a ser considerada uma “questão social”. Em meio ao desenvolvimento industrial das décadas de 1910 e 1920, o movimento operário reivindicava uma legislação social capaz de responder aos problemas relacionados à delimitação das horas de trabalho e aos acidentes nas fábricas. A necessidade de um seguro saúde ainda não era clara mas em 1919 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), órgão que forneceu amplitude aos serviços sanitários federais. A seguir, com a promulgação da lei de criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, em 1923, espécie de marco inaugural da previdência social no país, a atenção aos cuidados com a saúde do trabalhador começou a marcar presença no texto legislativo, ainda que de forma genérica e pouco detalhada. Também conhecida como Lei Elói Chaves, nome do autor do projeto, seus artigos concediam aos trabalhadores (associados às Caixas) ajuda médica, aposentadoria, pensões para dependentes e auxílio funerário. A Lei Elói Chaves não beneficiou apenas os trabalhadores ferroviários e, mais tarde, com o governo de Getúlio Vargas, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), vinculados à cada categoria profissional.

Mesmo com a implantação desses Institutos, no final da década de 1950 somente 30% dos trabalhadores eram por eles beneficiados. Progressivamente, as propostas de unificação desses institutos se avolumou, especialmente com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social de 1960. Esta lei representou a cobertura potencial de todos os trabalhadores urbanos, exceto empregados domésticos e ministros religiosos, incluídos em 1972 – os primeiros, de forma compulsória, e os outros, de forma facultativa. Desde então houve uma expansão da cobertura dos

serviços que atingiu os trabalhadores rurais e abriu maior espaço para a valorização social do seguro saúde, tornando-o tema principal de diversas lutas sociais e, igualmente, um objeto de disputas entre empresas privadas desde 1960 concorrem no mercado de auxílio à saúde.

Pode-se ler abaixo um pequeno trecho da lei Elói Chaves (decreto número 4.682, de 24 de janeiro de 1923). Comparada com a Lei de 1960, percebe-se o quanto a idéia de auxílio doença ganhou em importância e complexidade ao longo dos anos, assim como a atenção aos exames médicos e, por conseguinte, a idéia de que a saúde é um direito inalienável de todos.

Texto 1. *Lei Elói Chaves:*

“**Art. 9º** Os empregados ferroviários, a que se refere o art. 2º desta lei, que tenham contribuído para os fundos da Caixa com os descontos referidos no art. 3º letra “a” terão direito:

1. a socorros médicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo tecto e sob a mesma economia;
2. a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;
3. aposentadoria;
4. a pensão para seus herdeiros em caso de morte.

Art. 10. A aposentadoria será ordinária ou por invalidez”.

Texto 2. *Lei orgânica da Previdência Social – Capítulo II – Do auxílio-doença*

“**Art. 24.** O auxílio-doença será concedido ao segurado que, após haver realizado 12 (doze) contribuições mensais, ficar incapacitado para o seu trabalho por prazo superior a 15 (quinze) dias.

§ 1º O auxílio-doença importará em uma renda mensal correspondente a 70% (setenta por cento) do “salário de benefício”, acrescida de 1% (um por cento) desse salário para cada grupo de 12 (doze) contribuições mensais realizadas pelo segurado, até o máximo de 20% (vinte por cento), consideradas como uma única todas as contribuições realizadas em um mesmo mês.

§ 2º A concessão de auxílio-doença será obrigatoriamente precedida de exame médico, a cargo da previdência social, e será requerida pelo segurado ou, em nome deste, pela empresa ou pela entidade sindical, ou, ainda promovida “ex-officio” pela instituição de previdência social, sempre que houver ciência da incapacidade do segurado.

§ 3º O auxílio-doença será devido enquanto durar a incapacidade, até o prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses, a partir do décimo sexto dia do afastamento da atividade, ou, se tratar de trabalhador autônomo, a partir da data do início da incapacidade.

§ 4º O auxílio-doença, quando requerido após 30 (trinta) dias contados do afastamento da atividade ou do início da incapacidade, se tratar de trabalhador autônomo, só devido a partir da data da entrada do requerimento na instituição.

§ 5º O segurado em percepção do auxílio-doença fica obrigado, sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se aos exames, tratamentos, processos de reeducação ou readaptação profissional prescritos, desde que proporcionados, gratuitamente, pela previdência social, exceto o tratamento cirúrgico que será facultativo.

§ 6º Quando o tratamento se efetuar em lugar que não seja o da residência do segurado, a instituição de previdência social pagará adiantadamente o transporte e três diárias, cada uma igual à diária que recebe como beneficiado, pagando-se outra diária para cada dia excedente que permanecer à ordem da instituição.

§ 7º Ao segurado afastado do trabalho, que necessitar de exames especializados e que demandem mais de 15 (quinze) dias para confirmação do diagnóstico, será para metade da prestação devida até que se regularize a situação, mesmo que os laudos sejam contrários.

Art. 25. Durante os primeiros 15 (quinze) dias de afastamento do trabalho, por motivo de doença, incumbe à empresa pagar ao segurado o respectivo salário.

Art. 26. Considera-se licenciado pela empresa o segurado que estiver percebendo auxílio-doença.

Parágrafo único. Sempre que o segurado for garantido o direito à licença remunerada pela empresa, ficará esta obrigada a pagar-lhe durante a percepção do auxílio-doença a diferença entre a importância do auxílio e da licença a que tiver direito o segurado”.

Referências Bibliográficas:

BAHIA, Ligia. (1999) *Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil*, Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

CORDEIRO, Hésio de Albuquerque.(1980) *A indústria da saúde no Brasil*, Rio de Janeiro, Graal/Cebes.

PINTO, Martins Sérgio. (2006) *Legislação Previdenciária*, São Paulo, Atlas.

5.11 *The Cuba case: the Constitutional Law of 1976*

Patrice Bourdelais. École des hautes études en sciences sociales

On the eve of the Revolution, in 1958, Cuba ranked in the first, second or third place in Latin America with respect to its health indicators, but the gap between the urban and rural sector was really important. In the following decades, the Cuban government has successfully reduced these gaps, and raised many of its health indicators to levels comparable to those of industrial countries.

In Cuba, mutualism, prepaid health plan were widespread during the 1930s and the 1950's. In 1958 there were over 100 mutual aid clinics and cooperatives, but they were mainly concentrated in Havana and other large cities. After 1958, because rural areas were neglected and suffered the worst health indicators, the Castro's government concentrated on providing health care to the rural sector; that is an important difference with the other socialist countries.

In 1961, the nationalisation of mutual-aid coops and private hospitals provoked the exodus of nearly two thirds of all medical professionals, and had negative consequences on the people health. The consolidation of the system occurred in 1970-1979. The establishment of policlinics (primary health providers) became the basic unit of health care.

In 1976, the Nation was divided and organized into 14 provinces and 169 municipalities. The community was supposed to focus on prevention, but the program did not allow medical teams to know their patient on a personal basis, so that preventive care and follow-up visits were not really provided. A new reform was enacted in 1983 offering a care access in the vicinity (one doctor and one nurse), it was the Family doctor program.

The following document belongs to the new texts organizing the country in 1976. It is a good opportunity to analyse what is the place of health and welfare in this new Constitution.

Ley de Constitución de la República de Cuba (1976)

Derecho laboral

Capítulo VII

Derechos, deberes y garantías fundamentales

(<http://www.sld.cu.galerios>). [Excerpt]

“Artículo 450.- El trabajo en la sociedad socialista es un derecho, un deber y un motivo de honor para cada ciudadano.

El trabajo es remunerado conforme a su calidad y cantidad; al proporcionarlo se atienden las exigencias de la economía y la sociedad, la elección del trabajador y su aptitud y calificación; lo garantiza el sistema económico socialista, que propicia el desarrollo económico y social, sin crisis, y que con ello ha eliminado el desempleo y borrado para siempre el paro estacional llamado “tiempo muerto”.

Se reconoce el trabajo voluntario, no remunerado, realizado en beneficio de toda la sociedad, en las actividades industriales, agrícolas, técnicas, artísticas y de servicio, como formador de la conciencia comunista de nuestro pueblo.

Cada trabajador esta en el deber de cumplir cabalmente las tareas que le corresponden en su empleo.

Artículo 460.- Todo el que trabaja tiene derecho al descanso, que se garantiza por la jornada laboral de ocho horas, el descanso semanal y las vacaciones anuales pagadas.

El Estado fomenta el desarrollo de instalaciones y planes vacacionales.

Artículo 470.- Mediante el sistema de seguridad social, el Estado garantiza la protección adecuada a otro trabajador impedido por su edad, invalidez o enfermedad.

En caso de muerte del trabajador garantiza similar protección a su familia.

Artículo 480.- El Estado protege, mediante la asistencia social, a los ancianos sin recursos ni amparo y a cualquier personal no apta para trabajar que carezca de familiares en condiciones de prestarle ayuda.

Artículo 490.- El Estado garantiza el derecho a la protección, seguridad e higiene del trabajo, mediante la adopción de medidas adecuadas para la prevención de accidentes y enfermedades profesionales.

El que sufre un accidente en el trabajo o contrae una enfermedad profesional tiene derecho a la atención médica y a subsidio o jubilación en los casos de incapacidad temporal o permanente para el trabajo.

Artículo 510.- Todos tienen derecho a la educación. Este derecho esta garantizado por el amplio y gratuito sistema de escuelas, seminternados, internados y becas, en todos los tipos y niveles de enseñanza, y por la gratuidad del material escolar, lo que proporciona a cada niño y joven, cualquiera que sea la situación económica de su familia, la oportunidad de cursar estudios de acuerdo con sus aptitudes, las exigencias sociales y las necesidades del desarrollo económico-social.

Los hombres y mujeres adultos tienen asegurado este derecho, en las mismas condiciones de gratuidad y con facilidades específicas que la ley regula, mediante la educación de adultos, la enseñanza técnica y profe-

sional, la capacitación laboral en empresas y organismos del Estado y los cursos de educación superior para los trabajadores.

Artículo 540.- Los derechos de reunión, manifestación y asociación son ejercidos por los trabajadores, manuales e intelectuales, los campesinos, las mujeres, los estudiantes y demás sectores del pueblo trabajador, para lo cual disponen de los medios necesarios a tales fines.

Las organizaciones de masas y sociales disponen de todas las facilidades para el desenvolvimiento de dichas actividades en las que sus miembros gozan de la más amplia libertad de palabra y opinión, basadas en el derecho irrestricto a la iniciativa y a la crítica”.

5.12 *The reorganization of the Health care system in Buenos Aires (Argentina) 1999*

Patrice Bourdelais. École des hautes études en sciences sociales

Between 1976 and 1983, Argentines lived through the most brutal period of dictatorship in their history. As many as 30,000 people were killed by the repressive military government that ran the country. Even if the country returned to elected government in 1983, the legacies of military repression last more than one decade (corrupt political processes, inadequate judicial systems and rampant police violence). The come back to democracy faced also economic crisis, large immigration of poor to the Capital, Buenos Aires. During the 1980s and early 1990s, Greater Buenos Aires suffered from a serious employment problem. By May 1993, unemployment had achieved a twenty-year peak of 10.6 per cent. Underemployment also increased, from 4.7 per cent in 1980 to 8.2 per cent in 1993. Women and young people, particularly those with low levels of formal education, have been the worst affected. Rising unemployment and underemployment reflect longer-term trends in the national economy. Trade liberalization meant a decline of the employment in the secondary sector. By 1992, tertiary activities provided 70 per cent of all jobs in the metropolitan area (INDEC, 1992). Casualization of the labour force has also been increasing and working conditions have deteriorated substantially. Official rules and regulations are increasingly being ignored and illegality has become the norm (between 76 and 81 per cent of the jobs are without any written contracts in 1990). Confronted to these new social problems, the City of Buenos Aires reorganized its health services in 1999, and the law is obviously dealing with care access, quality of medical care but also with the question of human rights inside the medical professions and among the patients as well.

Ley 153

La Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sanciona con fuerza de ley: (25 de febrero de 1999)

(<http://www.psiconet.com/anglutina/leys>). [Excerpt]

Titulo I. Disposiciones generales

Capítulo 1. Objeto, alcances y principios

“Artículo 1º – Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin.

Art. 2º – Las disposiciones de la presente ley rigen en el territorio de la Ciudad y alcanzan a todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes de la Ciudad de Buenos Aires.

Art. 3º – Definición. La garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios:

- a) La concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente;
- b) El desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad;
- c) La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo;
- d) La solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud;
- e) La cobertura universal de la población;
- f) El gasto público en salud como una inversión social prioritaria;
- g) La gratuidad de las acciones de salud, entendida como la exención de cualquier forma de pago directo en el área estatal; rigiendo la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades o jurisdicciones;
- h) El acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades;
- i) La organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel;
- j) La descentralización en la gestión estatal de salud, la articulación y complementación con las jurisdicciones del área metropolitana, la concertación de políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales;
- k) El acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual;
- l) La fiscalización y control por la autoridad de aplicación de todas las actividades que inciden en la salud humana.

Capítulo 2. Derechos y obligaciones de las personas.

Art. 4º – Derechos. Enumeración. Son derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:

- a) El respeto a la personalidad, dignidad e identidad individual y cultural;
- b) La inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religioso, racial, de sexo, ideológico, político, sindical, moral, de enfermedad, de género o de cualquier otro orden;
- c) La intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad;
- d) El acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso;
- e) Inexistencia de interferencias o condicionamientos ajenos a la relación entre el profesional y el paciente, en la atención e información que reciba;
- f) Libre elección de profesional y de efector en la medida en que exista la posibilidad;
- g) Un profesional que sea el principal comunicador con la persona, cuando intervenga un equipo de salud;
- h) Solicitud por el profesional actuante de su consentimiento informado, previo a la realización de estudios y tratamientos;
- i) Simplicidad y rapidez en turnos y trámites y respeto de turnos y prácticas;
- j) Solicitud por el profesional actuante de consentimiento previo y fehaciente para ser parte de actividades docentes o de investigación;
- k) Internación conjunta madre-niño;
- l) En el caso de enfermedades terminales, atención que preserve la mejor calidad de vida hasta su fallecimiento;
- m) Acceso a vías de reclamo, quejas, sugerencias y propuestas habilitadas en el servicio en que se asiste y en instancias superiores;
- n) Ejercicio de los derechos reproductivos, incluyendo el acceso a la información, educación, métodos y prestaciones que los garanticen;
- o) En caso de urgencia, a recibir los primeros auxilios en el efector más cercano, perteneciente a cualquiera de los subsectores.

Art. 5º – Garantía de derechos. La autoridad de aplicación garantiza los derechos enunciados en el artículo anterior en el subsector estatal, y verifica su cumplimiento en la seguridad social y en el subsector privado dentro de los límites de sus competencias.

Art. 6º – Obligaciones. Las personas tienen las siguientes obligaciones en relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:

- a) Ser cuidadosas en el uso y conservación de las instalaciones, los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición;
- b) Firmar la historia clínica, y el alta voluntaria si correspondiere, en los casos de no aceptación de las indicaciones diagnóstico-terapéuticas;
- c) Prestar información veraz sobre sus datos personales.

Art. 7º – Información de derechos y obligaciones. Los servicios de atención de salud deben informar a las personas sus derechos y obligaciones.

Capítulo 3. Autoridad de aplicación y consejo general de salud

Art. 8º – Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente ley es el nivel jerárquico superior del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en materia de salud.

Titulo II. Sistema de salud de la ciudad de Buenos Aires

Capítulo unico

Art. 10º – Sistema de Salud. Integración. El Sistema de Salud está integrado por el conjunto de recursos de salud de dependencia: estatal, de la seguridad social y privada que se desempeñan en el territorio de la Ciudad.

Art. 11º – Recursos de Salud. Entiéndese por recurso de salud, toda persona física o jurídica que desarrolle actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, investigación y docencia, producción, fiscalización y control, cobertura de salud, y cualquier otra actividad vinculada con la salud humana, en el ámbito de la Ciudad.

Art.12º – Autoridad de aplicación. Funciones. La autoridad de aplicación conduce, controla y regula el sistema de salud. Son sus funciones:

- a) La formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de salud de conformidad a los principios y objetivos establecidos en la presente ley y en la Constitución de la Ciudad;
- b) El impulso de la jerarquización de los programas y acciones de promoción y prevención en los tres subsectores;
- c) La organización general y el desarrollo del subsector estatal de salud, basado en la constitución de redes y niveles de atención;
- d) La descentralización del subsector estatal de salud, incluyendo el desarrollo de las competencias locales y de la capacidad de gestión de los servicios;
- e) La promoción de la capacitación permanente de todo el personal de los tres subsectores;

- f) La promoción de la salud laboral y la prevención de las enfermedades laborales de la totalidad del personal de los tres subsectores;
- g) La implementación de una instancia de información, vigilancia epidemiológica y sanitaria y planificación estratégica como elemento de gestión de todos los niveles;
- h) La articulación y complementación con el subsector privado y de la seguridad social;
- i) La regulación y control del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud;
- j) La regulación, habilitación, categorización, acreditación y control de los establecimientos dedicados a la atención de la salud, y la evaluación de la calidad de atención en todos los subsectores;
- k) La regulación y control de la tecnología sanitaria;
- l) La regulación y control de la producción, comercialización y consumo de productos alimenticios, suplementos dietarios, medicamentos, insumos médico-quirúrgicos y de curación, materiales odontológicos, materiales de uso veterinario y zoterápicos, productos de higiene y cosméticos;
- m) La regulación y control de la publicidad de medicamentos y de suplementos dietarios y de todos los artículos relacionados con la salud;
- n) La promoción de medidas destinadas a la conservación y el mejoramiento del medio ambiente;
- o) La prevención y control de las zoonosis;
- p) La prevención y control de las enfermedades transmitidas por alimentos;
- q) La protección de la salud bucal y la prevención de las enfermedades bucodentales;
- r) La regulación y control de la fabricación, manipulación, almacenamiento, venta, transporte, distribución, suministro y disposición final de sustancias o productos tóxicos o peligrosos para la salud de la población;
- s) El control sanitario de la disposición de material anatómico y cadáveres de seres humanos y animales;
- t) El desarrollo de un sistema de información básica y uniforme de salud para todos los subsectores, incluyendo el establecimiento progresivo de la historia clínica única;
- u) La promoción e impulso de la participación de la comunidad;

- v) La garantía del ejercicio de los derechos reproductivos de las personas, incluyendo la atención y protección del embarazo, la atención adecuada del parto, y la complementación alimentaria de la embarazada, de la madre que amamanta y del lactante;
- w) El establecimiento de un sistema único frente a emergencias y catástrofes con la participación de todos los recursos de salud de la Ciudad;
- x) La articulación y complementación de las acciones para la salud con los municipios del conurbano bonaerense, orientadas a la constitución de un consejo y una red metropolitana de servicios de salud;
- y) La concertación de políticas sanitarias con el gobierno nacional, con las provincias y municipios.

Titulo III. Subsector estatal de salud

Capitulo 1. Definición y objetivos

Art. 13° – Subsector estatal. Definición. El subsector estatal de la Ciudad está integrado por todos los recursos de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por medio de los cuales se planifican, ejecutan, coordinan, fiscalizan y controlan planes, programas y acciones destinados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, sean ellas asistenciales directas, de diagnóstico y tratamiento, de investigación y docencia, de medicina veterinaria vinculada a la salud humana, de producción, de fiscalización y control”.

Anibal Ibarra

Miguel Orlando Grillo

Welfare and Health as a condition of Human development

5.13 *Croix Rouge*

Patrice Bourdelais. École des hautes études en sciences sociales

Dans l'histoire de l'Humanité, le mouvement qui conduit à la création des sociétés de Croix Rouge et à la signature de la première convention de Genève représente un moment particulier où la protection des blessés, des lieux de soins et du personnel de secours devient non seulement acceptable, mais bien un devoir aux yeux des Etats, au moins européens (ce sont eux qui sont à l'origine du mouvement, et d'autres ratifient la déclaration dès les premières années).

La personnalité d'Henri Dunant a très certainement joué un rôle essentiel dans ce succès. Pour autant, on ne peut oublier que depuis l'époque médiévale l'Eglise catholique s'efforçait d'obtenir des trêves dans les combats, que des accords entre généraux avaient existé au XVIIIe siècle afin de préserver les hôpitaux et les blessés. Enfin, le Président des Etats-Unis, Abraham Lincoln, demanda à un juriste, Francis Lieber, d'établir des instructions afin que les troupes nordistes n'utilisent pas une force disproportionnée et inutile (avril 1863), mais elles n'ont jamais eu force de traité.

La signature de cette convention et les ratifications par d'autres pays se situent donc au croisement entre une histoire longue marquée par les efforts de l'Eglise catholique, les écrits des humanistes (en particulier de Grotius), les positions des philosophes du XVIIIe siècle, une évolution de la sensibilité et le court terme événementiel du spectacle insoutenable de la bataille de Solferino et de la mobilisation d'un homme, Henri Dunant, qui réussit à convaincre les grands souverains de l'époque qu'il convenait de concevoir une convention internationale.

Convention de Genève du 22 août 1864 pour l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne. Genève, 22 août 1864.
(<http://icrc.org/dih.nsf>)

“Article 1. – Les ambulances et les hôpitaux militaires seront reconnus neutres, et, comme tels, protégés et respectés par les belligérants, aussi longtemps qu'il s'y trouvera des malades ou des blessés.

La neutralité cesserait si ces ambulances ou ces hôpitaux étaient gardés par une force militaire.

Article 2. – Le personnel des hôpitaux et des ambulances, comprenant l'intendance, le Service de santé, d'administration, de transport des bles-

sés, ainsi que les aumôniers, participera au bénéfice de la neutralité lorsqu'il fonctionnera, et tant qu'il restera des blessés à relever ou à secourir.

Article 3. – Les personnes désignées dans l'article précédent pourront, même après l'occupation par l'ennemi, continuer à remplir leurs fonctions dans l'hôpital ou l'ambulance qu'elles desservent, ou se retirer pour rejoindre le corps auquel elles appartiennent.

Dans ces circonstances, lorsque ces personnes cesseront leurs fonctions, elles seront remises aux avant-postes ennemis par les soins de l'armée occupante.

Article 4. – Le matériel des hôpitaux militaires demeurant soumis aux lois de la guerre, les personnes attachées à ces hôpitaux ne pourront, en se retirant, emporter que les objets qui seront leur propriété particulière.

Dans les mêmes circonstances, au contraire, l'ambulance conservera son matériel.

Article 5. – Les habitants du pays qui porteront secours aux blessés seront respectés et demeureront libres.

Les généraux des Puissances belligérantes auront pour mission de prévenir les habitants de l'appel fait à leur humanité, et de la neutralité qui en sera la conséquence.

Tout blessé recueilli et soigné dans une maison y servira de sauvegarde. L'habitant qui aura recueilli chez lui des blessés sera dispensé du logement des troupes, ainsi que d'une partie des contributions de guerre qui seraient imposées.

Article 6. – Les militaires blessés ou malades seront recueillis et soignés, à quelque nation qu'ils appartiennent. Les commandants en chef auront la faculté de remettre immédiatement aux avant-postes ennemis les militaires ennemis blessés pendant le combat, lorsque les circonstances le permettront et du consentement des deux partis. Seront renvoyés dans leur pays ceux qui, après guérison, seront reconnus incapables de servir. Les autres pourront être également renvoyés, à condition de ne pas reprendre les armes pendant la durée de la guerre.

Les évacuations, avec le personnel qui les dirige, seront couvertes par une neutralité absolue.

Article 7. – Un drapeau distinctif et uniforme sera adopté pour les hôpitaux, les ambulances et les évacuations. Il devra être, en toute circonstance, accompagné du drapeau national. Un brassard sera également admis pour le personnel neutralisé, mais la délivrance en sera laissée à l'autorité militaire.

Le drapeau et le brassard porteront croix rouge sur fond blanc.

Article 8. – Les détails d'exécution de la présente Convention seront réglés par les commandants en chef des armées belligérantes, d'après les instructions de leurs gouvernements respectifs, et conformément aux principes généraux énoncés dans cette Convention.

Article 9. – Les Hautes Puissances contractantes sont convenues de communiquer la présente Convention aux gouvernements qui n'ont pu envoyer des plénipotentiaires à la Conférence internationale de Genève, en les invitant à y accéder; le protocole est à cet effet laissé ouvert.

Article 10. – La présente Convention sera ratifiée, et les ratifications en seront échangées à Berne, dans l'espace de quatre mois, ou plus tôt si faire se peut. En foi de quoi, les plénipotentiaires respectifs l'ont signée et y ont apposé le cachet de leurs armes.

Fait à Genève, le vingt-deuxième jour du mois d'août de l'an mil huit cent soixante-quatre.

Liste des Etats ayant signé, ratifié (ou adhéré à) la Convention de Genève du 22 août 1864 pour l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne, avant 1870”.

Etats	Signature	Ratification ou Adhésion
Autriche		21.07.1866
Bade	22.08.1864	16.12.1864
Bavière		30.06.1866
Belgique	22.08.1864	14.10.1864
Danemark	22.08.1864	15.12.1864
Espagne	22.08.1864	05.12.1864
France	22.08.1864	22.09.1864
Grèce		05.01.1865
Hesse	22.08.1864	22.06.1866
Italie	22.08.1864	04.12.1864
Norvège		13.12.1864
Pays-Bas	22.08.1864	29.11.1864
Portugal	22.08.1864	09.08.1866
Prusse	22.08.1864	04.01.1865
Royaume-Uni		18.02.1865
Russie		10.05.1867
Saint-Siège		09.05.1868
Saxe		25.10.1866
Suède		13.12.1864
Suisse	22.08.1864	01.10.1864
Turquie		05.07.1865
Wurtemberg	22.08.1864	02.06.1866

5.14 *René Sand and the social medicine. Health and Human Progress: an Essay in Sociological Medicine*

Patrice Bourdelais. École des hautes études en sciences sociales

At least since the 1820s the difficult social conditions of living were thought as at least partly responsible for illnesses and bad health. During the two decades of the 19th century, dispensaries were opened in several countries of Western Europe to offer care access to poor mothers and their children and to educate them. In England, Health visitors were even going to their home to verify that the living conditions and the care given to babies were acceptable. But it is more clearly just before the First World War and just after it that the social intervention has been clearly organized and institutionalized. In that new orientation the Belgian physician René Sand (1877-1953) had played an important role. Founder and secretary of the “Association Belge de Médecine Sociale” since 1913, he was more and more occupied with social questions within the field of medicine. His stay in England during the First World War let him to discover “the friendly visitors” who tried to improve the social living standards of the British population. He worked also on Taylorisme and the occupational accidents, publishing in 1919 “La bienfaisance d’hier à la bienfaisance de demain”. He also participated to the reconstruction of the Belgian Red Cross during the 1920s. He also created a school of social workers (Ecole centrale d’application de service central) in Belgium (1919). He became an international expert in social work. With the support of the League of Red Cross Societies, he succeeded to organize in Paris, in 1928, the first “International Conference on Social Work” (ICSW); more than 2500 people participated, theorist, practitioners of social works and politicians as well. He founded the International Conference of Social Work in 1928, took over the position of general secretary from 1928 to 1932 as well as the presidency in 1936. In 1932, the second International Conference of Social Work (in Frankfurt, “Family and Welfare”); the third one, in 1936, London, was focused on “Social Work and Community”.

In 1950, he was nominated as President for an expert committee whose aim was to create the World Health Organization, to which he highly contributed.

This extract from *Health and Human Progress, an Essay in Sociological Medicine*, London, Kegan Paul, Trench, Trubner and co, 1935, pp. 251-260 allows to understand to values which were behind his involvement and reflection.

“By the aid of science, man has escaped the influence of scourges which were long believed to be inevitable. Leprosy, bubonic plague, cholera, yellow fever, smallpox, typhus and recurrent fever no longer spread over Europe. Infancy is less and less subject to disease: diet and sunshine will conquer rickets, inoculation will counteract diphtheria, scarlatina, whooping-cough, measles, and perhaps, thanks to the discovery of Calmette and Guérin, even tuberculosis. While anticipating general immunisation of the new-born, the campaign against tuberculosis is conducted so vigorously, that in some countries, especially Denmark and the United States, the sanatoriums and tuberculosis hospitals are becoming depopulated. In Sweden and Denmark fresh cases of syphilis are becoming rare. The Belgian legislation on alcohol, which prohibits the retail sale of spirits, but not that of beer and wine, has resulted in the closing down of half the drinking places; the settlements for vagrants were cleared before the crisis, and the mental hospitals contain hardly any alcoholics.

When well conducted, the efforts of hygienists lead to success in a comparatively short time. Health is purchasable. We can buy human lives. Each country, within certain limits, decides its own mortality (...).

By living longer and keeping more vigorous, we escape infirmities which were considered inevitable and avoid trouble which were formerly common. There are fewer blind, crippled and incurable among us, and these are now trained in occupations which restore to them the enjoyment and profit of work.

The improvement of economic conditions has been no less beneficial. The history of mankind is that of poverty. At the foot of Acropolis, around the Forum, the temple of Solomon, the Egyptian and Babylonian palaces lived a crowded and miserable population. Till the middle of the nineteenth century neither the peasant nor the citizen were sure of their daily bread. At the present day whole nations have become so rich that all could be properly fed, lodged, clothed and taught (...).

Man has accustomed himself to respect human dignity. To say the least, he no longer recognises the power to reduce his fellow beings to slavery or to sell, torture or tyrannise over them. In former times the masses were only a reservoir of men and money. Life and suffering were of little account. To-day we multiply our efforts not only to render life more endurable, but also to raise it and make it fuller for everyone.

(...)

Progress is fed from two sources: science which has given us power; solidarity which enables us to distribute it. Science advances while we have no power to check it. On the other hand, twenty centuries have elapsed since Socrates, Jesus and Mahomet proclaimed the dignity of human beings; yet charity, fraternity, good-will have advanced but

slowly. It is this delay, and not the advancement of science, which paralyses and sometimes misleads us.

Why have machines and inventions given us implements for murder, new menaces and general penury? Why are prosperity, health and culture so unequally shared? It is because solidarity has not conquered individual egoism, class egoism or national egoism (...).

Invaders from within (Elis Faure) –disease and poverty- are even more cruel than invaders from without, for their action is permanent. In four years war destroyed a million and a half Frenchmen, but six years of peace have resulted in an equal destruction of lives which ought to have been saved. The army of civilian invalids is as great as that of those crippled by war. Disease absorbs 15 per cent. of the national revenue. We lose still more by defects in general, occupational and domestic education, by the absence of a rational organisation for production and distribution, by errors in industrial management, by our slowness in developing town planning and the organisation of leisure, and by everything that is wanting in child protection and in assistance.

To counteract these losses, to remedy these defects, to reorganize collective life and public services in a social sense, would mean an incomparable increase in our resources. We should then see that social expenditure forms the safest and most remunerative long-dated investments.

In order to obtain these riches, both material and spiritual, it would be necessary to utilise an increasing proportion of the national revenue, and consequently reduce that allotted to military expenses, for the debts left by past wars and the preparation for future wars absorb three-quarters of State budgets. Moral and material disarmament would be not only a great spiritual victory but also the means of endowing social progress. To realize this we can no longer be contented with fragmentary measures. The time has come to draw up a complete programme, and it is here that sociological medicine brings the whole weight of its influence to bear on the problem”.

5.15 *La sécurité sociale française*

Patrice Bourdelais. École des hautes études en sciences sociales

Mis en place lors de la Libération de la France, le projet de sécurité sociale tient compte des valeurs nouvelles qui animent les équipes politiques regroupées autour du Général de Gaulle et actives au sein du Conseil National de la Résistance. La dimension politique de la réforme est par conséquent affirmée et assumée, les principaux acteurs veulent créer du neuf et mettre un terme au monde ancien qui leur paraît avoir imploré au cours de la guerre. Le plan Beveridge constitue alors une référence, il est discuté et influence les dirigeants français en particulier par son caractère systématique. En effet, les lois votées depuis la fin du XIX^e siècle avaient empilé de nombreuses dispositions spécifiques: une protection des salariés contre les accidents du travail (1898), une première forme de retraites ouvrières et paysannes (1910), des assurances sociales (1930) puis des allocations familiales (1932), générant un développement anarchique, des prestations jugées insuffisantes ainsi qu'un mode de gestion peu démocratique.

Ces différentes préoccupations émergent des textes proposés ici. Ils sont extraits de:

Note sur le régime provisoire des assurances sociales à la Libération de la France, 29 juillet 1944, Le gouvernement provisoire est encore à Alger.

Rapport sur le projet d'ordonnance portant organisation de la Sécurité sociale, par Pierre Laroque (fin juin, début juillet 1945, Archives du Comité d'histoire de la Sécurité sociale).

Demande d'avis sur un projet d'organisation de la Sécurité sociale, présentée au nom du gouvernement provisoire de la République française par M. Alexandre Parodi, Ministre du Travail et de la Sécurité sociale, Assemblée consultative provisoire, annexe à la séance du 5 juillet 1945.

Pierre Laroque, *Au service de l'Homme et du Droit. Souvenirs et réflexions*, Paris, 1993, CHSS-AEHSS. (Premier Directeur général de la Sécurité sociale française, nommé dès octobre 1944 par Alexandre Parodi, par conséquent fondateur du système français).

“Le plein emploi et l'élimination du chômage; une rémunération assurant à chacun les moyens de vivre et de faire vivre sa famille dans des conditions décentes; des garanties contre l'arbitraire patronal (...) une organisation médicale permettant de conserver à chacun intégrité physique et intellectuelle par des soins appropriés et plus encore par la

prévention (...); enfin, dans les cas où un travailleur et sa famille se trouvent privés en tout ou partie du gain provenant du travail [...] l'attribution d'un revenu de substitution ou de complément" (Pierre Laroque, *Au service de l'Homme et du Droit. Souvenirs et réflexions*, p. 197).

"La question se posera de savoir si l'assurance sociale demeurera une assurance de salariés, ou si elle sera étendue à l'ensemble des travailleurs salariés et indépendants, ou même si elle deviendra une assurance nationale englobant l'ensemble de la population. La plupart des plans modernes de Sécurité sociale, comme le plan Beveridge, s'orientent plus ou moins largement vers des assurances sociales nationales et l'adoption de tels plans impliquerait nécessairement des modifications radicales dans la définition des risques couverts, le régime des ressources, le régime des prestations, la gestion des institutions et l'organisation financière. En France, à la Libération, il ne saurait être question de mettre immédiatement sur pied un tel système d'assurance sociale qui nécessiterait des travaux préparatoires longs et complexes. Aussi les observations qui suivent sont basées sur l'hypothèse du maintien, au moins temporaire, d'une assurance sociale obligatoire des salariés". (*Note sur le régime provisoire des assurances sociales...*, p. 6).

"L'accident du travail, ou la maladie professionnelle, ne diffère pas, par ses conséquences sociales, de l'accident ou de la maladie dont un salarié peut être atteint en dehors de l'exercice de sa profession. Si cependant en France des divergences existaient jusqu'à présent entre les systèmes d'indemnisation des deux ordres de risques, cela tenait à ce que la couverture de l'accident du travail avait été réalisée plus tôt que celle de l'accident ou de la maladie non professionnel" (*Demande d'avis...* p. 3).

"Ces réformes organiques sont la condition de réformes plus profondes. Elles constituent en quelque sorte la charpente de l'édifice de la Sécurité sociale qu'il convient de construire. Des projets distincts doivent à très bref délai aménager les assurances sociales, les accidents du travail et les allocations familiales en vue de les adapter aux principes nouveaux. Une fois que ces trois institutions auront été amendées et que l'institution nouvelle fonctionnera de manière satisfaisante, il sera possible et nécessaire d'élargir progressivement son champ d'action et d'étendre le système de la Sécurité sociale à la fois à l'ensemble de la population et à la couverture de l'ensemble des facteurs d'insécurité" (*Demande d'avis ...* p. 8).

"Le problème de la Sécurité sociale est un: il s'agit d'aménager une redistribution partielle du Revenu national. Quel que soit le but particulier auquel peuvent tendre les diverses institutions, qu'elles aient pour objet de couvrir les charges de la maladie, de fournir des retraites de vieillesse ou des pensions d'invalidité (...) ou d'alléger les charges des fami-

lles nombreuses, il s'agit toujours d'opérer un prélèvement sur les revenus de la masse pour couvrir l'insuffisance de ressources de certains. L'unité de la Sécurité sociale n'est à cet égard que l'affirmation d'une solidarité nationale indiscutable. (...). Les institutions de Sécurité sociale, quelles qu'elles soient, mettent en jeu essentiellement deux ordres de techniques qui se retrouvent partout. C'est d'abord une technique qui peut être qualifiée de "l'incapacité temporaire", qui comporte à la fois l'administration des soins et le versement d'allocations couvrant tant la charge de ces soins que la perte des gains de travail (...). Les problèmes ainsi posés sont les mêmes que l'incapacité soit due à une maladie, à une maternité, à un accident professionnel ou non. En second lieu, l'ensemble des services de Sécurité sociale mettent en jeu une technique financière commune, supposant le choix entre la formule de la capitalisation ou celle de la répartition. (*Rapport sur le projet d'ordonnance...* p. 3).

Une caisse unique: "D'une part, elle signifie que tous les facteurs d'insécurité doivent être couverts par des institutions communes, d'autre part, elle signifie que dans un même cadre géographique, il ne peut et ne doit exister qu'une seule institution couvrant l'ensemble des bénéficiaires" (...). Partout l'obligation de l'assurance tend à s'instituer, partout l'assurance obligatoire s'oriente vers le recours à des organismes désintéressés, publics ou privés. Cette formule s'impose parce que l'assurance du risque professionnel, en raison même de son caractère social, ne doit pas poursuivre de fins lucratives".

"L'organisation présente des allocations familiales est fort peu satisfaisante; la multiplicité des caisses, leur enchevêtrement, les différences injustifiables existant entre les taux de cotisations pratiqués dans les professions voisines ou dans la même profession dans les départements voisins, tout cela appelle à n'en pas douter une refonte complète du système".

"L'intégration de l'assurance contre les accidents du travail dans une organisation commune aux assurances sociales doit permettre de confier aux mêmes organismes le service des prestations d'assurance-maladie et celui des prestations d'assurance-maladie et celui des prestations dues en cas d'accident ou de maladie professionnelle, les salariés n'ayant plus désormais à s'adresser qu'à une seule caisse qui doit faciliter la coordination, voire l'unification des règles et mécanismes qui aujourd'hui dans l'un et l'autre régime, tendent au même résultat: organisation médicale, tarifs d'honoraires, des frais pharmaceutiques et d'hospitalisation, contrôle médical (...). En même temps, il doit être possible d'organiser sur une plus large base la prévention de la maladie et de l'accident". (*Demande d'avis...*p. 3-4).

Bibliography

- ABEL, Christopher. (1996) *Ensayos de historia de la salud en Colombia, 1920-1990*, Bogotá, Fondo Editorial CEREC, IEPRI – Universidad Nacional.
- ABEL, Christopher. (1995) “External Philanthropy and domestic change in Colombian Health Care: the role of the Rockefeller Foundation 1920-1950”, *The Hispanic American Historical Review*, 75, (3), 339-376.
- ABEL, Christopher. (1996) *Health, hygiene and sanitation in Latin America: 1870-1950*, London, University of London, Institute of Latin American Studies.
- ABEL, Christopher. (2000) “Health policy in Latin America: Themes, Trends and Challenges”, P. Lloyd-Sherlock (ed.), *Health-care, reform and poverty in Latin America*, London, Institute of Latin American Studies.
- ABRAHAM, John; LEWIS Graham. (2000) *Regulating Medicines in Europe. Competition, Expertise and Public Health*, Londres, Routledge.
- ABREU, Laurinda (ed.). (2004) *European Health and Social Welfare Policies*, Compostela Group of Universities and the PhoenixTN.
- ACHESON, D. (1998), *Inequalities in Health: Report of an independent inquiry*, HMSO, London.
- ALBER, Jens. (2001) *Recent Developments of the German Welfare State: Basic Continuity or Paradigm Shift*, Working Paper 6/01, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.
- ALCOCK, Peter. (2003) *Social Policy in Britain: Themes and Issues*, Macmillan.
- ALCOCK, Peter; ERSKINE, Angus; MAY Margaret (ed.). (2003) *The Student's Companion to Social Policy*, Oxford, Blackwell.
- ALMEIDA, Celia. (2002) “Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90”, *Cadernos de Saúde Pública*, 18, (4), 905-925.
- ALTENSTETTER, Christa; BUSSE, Reinhard. (2005) “Health Care Reform in Germany: Patchwork Change within Established Governance Structure”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30, 121-142.
- AMELUNG, Volker; GLIED, Sherry; TOPAN, Angelina. (2003) “Health Care and the Labor Market: Learning from the German Experience”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 28, 693-714.
- ARÉCHIGA CÓRDOBA, Ernesto. (2005) “Dictadura sanitaria, educación y propaganda higiénica en el México Revolucionario, 1917-1934”, *Dynamis*, 25, 117-143.
- ARMUS, Diego. (2003) *Disease in the history of modern Latin America: from malaria to AIDS*, Durham, Duke University Press.
- ASHFORD, Douglas E. (1986) *The Emergence of Welfare States*, Oxford, Blackwell.
- AUVRAY, L.; DUMESNIL, S.; LE FUR. P. (2001) *Santé, soins et protection sociale en 2000*, Paris, CREDES, série “Résultats”, n° 1364.
- BALDWIN, Peter. (1990) *The Politics of Social Solidarity. Class Bases of the European Welfare State 1875-1975*, Cambridge University Press.

- BARBIER, Jean-Claude; THÉRET, Bruno. (2004) *Le nouveau système français de protection sociale*, Paris, La Découverte.
- BARTLEY, Mel; CARPENTER, Lucy; DUNNELL, Karen; FITZPATRICK, Ray. (1996) "Measuring Inequalities in Health: An Analysis of Mortality Patterns from Two Social Classifications", *Sociology of Health and Illness*, 18, 455-475.
- BARRÁN, Juan Pedro. (1999) "Biología, medicina y eugenesia en Uruguay", *ASCLEPIO – Revista de História da Medicina e da Ciência*, 51, (2), 11-50.
- BELDARRAÍN CHAPLE, Enrique. (2005) "Cambio y revolución: el surgimiento del Sistema Nacional Único de Salud en Cuba, 1959-1970", *Dynamis*, 25, 257-278.
- BELMARTINO, Susana; BLOCH, Carlos. (1995) "Evolución histórica del sector salud en Argentina"; *Cuadernos Médico Sociales*, 70, 4-19.
- BEN-SHLOMO, Yoav; KUH Diana. (2002) "A life course Approach to chronic Disease Epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives", *International Journal of Epidemiology*, 31, 290-293.
- BENETON P. Philippe. (1983) *Le fléau du bien: essai sur les politiques sociales européennes*, Paris, Robert Laffont.
- BERKMAN, Lisa F. (2000) "Social Integration, Networks and Health", *Social Epidemiology*, Berkman and Kawachi. (eds.), OUP, New York, 137-173.
- BERKMAN, Lisa F. (1995) "The role of social relations in Health promotion", *Psychosomatic Medicine*, 57, 245-254.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. (1996) *História da saúde pública no Brasil*, São Paulo, Ed. Ática.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. (2001) *História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- BERTUCCI, Liane Maria. (1997) *Saúde: arma revolucionária: São Paulo 1891/1925*, Campinas, UNICAMP, Centro de Memória (Coleção Tempo e Memória, 3).
- BIRN, Anne-Emanuelle. (1998) "A revolution in rural health? The struggle over local health units in Mexico, 1928-1940", *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 53, 43-76.
- BIRN, Anne-Emanuelle. (2006) *Marriage of Convenience: Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico*, Rochester, University of Rochester Press.
- BOROWY, Iris; GRUNER, Wolf D. (eds.). (2005). *Facing Illness in Troubled Times. Health in Europe in the Interwar Years, 1918-1939*. Frankfurt A.M., Peter Lang.
- BOURDELAIS, Patrice. (2006) *Epidemics Laid Low. A History of what happened in Rich Countries*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- BOURDELAIS, Patrice. (2004) "Improving Public Health in France. The Local Political Mobilization in the Nineteenth Century", *Hygiea Internationalis*, special issue, *Health and Social Change Past and Present Evidence*, 4, (1), 229-253.
- BOURDELAIS, Patrice (ed.). (2001) *Les hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles)*, Paris, Belin.

- BOWLING, Ann. (1997) *Measuring Health: A review of Quality of Life Measurement Scales*, Open University Press, Milton Keynes.
- BRINCEÑO-LEÓN, Roberto. (2003) “Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico”, *Revista Ciência & Saúde Coletiva – ABRASCO Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva*, 8, (1), 33-45.
- BRINCEÑO-LEÓN, Roberto. (2000) *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*, Rio de Janeiro, Fiocruz.
- BRONFMAN, Mario. (2001) *Como se vive se muere – Familia, redes sociales y muerte infantil*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- BRONFMAN, Mario; CASTRO, R. (coords.). (1999) *Salud, cambio social e política – perspectivas desde America Latina*, Mexico, Edamex.
- BRUNTON, Deborah. (ed.). (2004) *Medicine Transformed. Health, Disease and Society in Europe, 1880-1930*, Manchester University Press.
- BUSSE, Reinhard; RIESBERG, Annette. (2004) *Health Care Systems in Transition: Germany 2004*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- BUSSE, Reinhard; SHLETTE, S. (eds.). (2003) *Health Policy Developments: International Trends and Analyses*, vol.1, Guetersloh, Bertelsmann Foundation.
- BUSTÍOS ROMANÍ, Carlos. (2004) *Cuatrocientos años de la Salud Pública en el Perú (1533-1933)*, Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- BYNUM, W. F. (1994) *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*, Cambridge, Cambridge University Press.
- CALLAHAN, Brian T. (1995) “Rockefeller medicine and British imperialism in the Caribbean, 1913-1938”, *Research Reports from the Rockefeller Archive Center*, 1, 14-15.
- CAPONI, Sandra. (2004) *Da Compaixão à Solidariedade: uma genealogia da assistência médica*; Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- CARASA, Pedro (1992). Pobreza y asistencia social en la España contemporánea: la historia de los pobres, de las bienaventuranzas a la marginación, *Historia social*, n. 13, 77-100.
- CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida; GOMES, Romeu. (2000) “Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva”, *Cadernos de Saúde Pública*, 16, (2), 499-506.
- CARR-HILL, Roy; CHALMERS-DIXON, Paul. (2005) *Public Health Observatory Handbook of Health Inequalities Measurement*, South East Public Health Observatory (SEPHO).
- CARTWRIGHT, F. F. (1977) *A social History of medicine*, Londres and New York, Longman.
- CASTEL, Robert. (2003) *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé*, Paris, Le Seuil/La République des Idées.
- CASTLES, Francis G. (2004) *The Future of the Welfare State: Crisis Myths and Crisis Realities*, Oxford, Oxford University Press.
- CIPOLLA, Carlo M. (1979) *Faith, Reason and the Plague. A Tuscan Story of the Seventeenth Century*, New York – London, Norton.

- CIPOLLA, Carlo M. (1992) *Miasmas and Disease: Public Health and the environment in the pre-industrial Age*, New Haven, CT, Yale University Press.
- CIPOLLA, Carlo M. (1976) *Public Health and the Medical Profession in the Renaissance*, Cambridge, Cambridge University Press.
- CLARKE, John; LANGAN, Mary. (1993) "The British Welfare State: Foundation and Modernisation", in Chochrane Allan, Clarke J. (eds.) *Comparing Welfare States. Britain in international Context*, Londres, Sage Publications, 19-48.
- CLASEN, Jochen; FREEMAN Richard. (eds.). (1994) *Social Policy in Germany*, Hertfordshire, Harvester Wheatsheaf.
- COBURN, David. (2000) "Income inequality, social Cohesion and the Health Status of Populations: the Role of Neo-liberalism", *Social Science and Medicine*, 51, 135-146.
- COIMBRA JR.; Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo Ventura; ESCOBAR, Ana Lúcia. (2003) *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz e ABRASCO.
- COLEMAN, James S. (1988) "Social Capital in the creation of human capital", *American Journal of Sociology*, 94: S95-S120.
- Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (1993). W.F. Bynum and R. Porter (ed.), 2 vols., Londres, Routledge.
- COOTER, Roger; PICKSTONE, J. (eds). (2000) *Companion to Medicine in the Twentieth Century*, (Amsterdam: Harwood Academic Publishers, Routledge.
- COSER, Lewis A. (1965) "The Sociology of Poverty", *Social Problems*, 13, 140-148.
- COSMACINI, Giorgio. (1992) *Soigner et réformer. Médecine et santé en Italie de la grande peste à la Première Guerre mondiale*, Paris, Payot.
- CROMBIE, Iain K.; IRVINE, Linda; ELLIOTT, Lawrence; WALLACE, Hilary. (2005) *Closing the Health Inequalities Gap: An international Perspective*, WHO Regional Office for Europe.
- CRUZ-COKE MADRID, Ricardo. (1999) "Historia de la genética latinoamericana en el siglo XX", *Revista médica de Chile*, 127, (12), 1524-1532.
- CUETO, Marcos. (1997) *El Regreso de las Epidemias: Salud y Sociedad en el Perú del siglo veinte*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos.
- CUETO, Marcos. (1994) *Missionaries of science: the Rockefeller Foundation and Latin America*, Bloomington, Indianapolis, Indiana University Press.
- CUETO, Marcos. (1996) *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos y Organización Panamericana de la Salud.
- CZERESNIA, Dina. (1997) *Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- DANIEL, Christine; PALIER, Bruno (ed.). (2001) *La protection sociale en Europe. Le temps des réformes*, Paris, La Documentation française.
- DE TEZANOS PINTO, Sergio. (1995) *Breve historia de la medicina en Chile*, Valparaíso, Universidad de Valparaíso.

- DEACON, Alan. (2002) *Perspectives on Welfare, Ideas, Ideologies and Policy Debates*, Buckingham, Open University Press.
- DI LISIA, María Silvia. (2002) “Cuerpos para experimentar: objetivación médica, positivismo y eliminación étnica en Argentina (1860-1890)”, *ASCLEPIO – Revista de História da Medicina e da Ciência*, 54, (1), 183-200.
- DÍEZ, Fernando (1993). *La sociedad desasistida. El sistema Benéfico-Asistencial en la Valencia del siglo XIX*. Valencia, Diputació de València.
- DINGES, Martin, (2004) “A History of Poverty and Poor Relief: Contributions from Research on the Early Modern Period and the Late Middle Ages and Examples from More Recent History”, *European Health and Social Welfare Policies*, Laurinda Abreu (ed.), Compostela Group of Universities e PhoenixTN, 24-25.
- DREES. (1999), *La protection sociale dans les pays de l'Union européenne, Chiffres et repères-1998*, Paris, La Documentation française.
- DROSS, Fritz. (2007) “The Price of Unification The Emergence of Health & Welfare Policy in Pre-Bismarckian Prussia”, *Hygiea Internationalis*, Volume 6, Issue 1, 25-39.
- DUHAU, Emilio. (1997) “Las políticas sociales en América Latina: del universalismo fragmentado a la duralización?”; *Revista Mexicana de Sociología*, 59, (2), 185-207.
- DUMONT, J.P. (1998) *Les systèmes de protection sociale en Europe*, Paris, Economica.
- DUNCAN, Ben. (2002) “Health Policy in the European Union: how it’s made and how to influence it”, *British Medical Journal*, 324, 1027-1030.
- DUPRAT, Catherine. (1993) *Pour l’amour de l’humanité. Le temps des philanthropes: la philanthropie parisienne des Lumières à la Monarchie de Juillet*, Paris, CTHS, Commission d’histoire de la Révolution française.
- DUPRAT, Catherine. (1996, 1997) *Usage et pratiques de la philanthropie: pauvreté, action sociale et lien social, à Paris, au cours du premier XIXe siècle*, two volumes, Paris, Association pour l’histoire de la sécurité sociale.
- EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). (1995) *Política de Saúde: o público e o privado*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- ELMER, Peter; GRELL, Ole Peter (eds.). (2003) *Health, Disease and Society in Europe, 1500-1800*, Manchester University Press.
- ELMER, Peter. (2004) *The Healing Arts*, Manchester University Press.
- EHRICK, Christine. (2005) “To serve the nation: juvenile mothers, paternalism, and state formation in Uruguay, 1910-1930”, *Social Science History*, 29, (3), 489-518.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta. (1999) *Social Foundations of Post Industrial Economies*, Oxford, Oxford University Press.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta (ed.). (1996) *Welfare States in Transition, Nation Adaptations in Global Economies*, Londres, Sage.

- ESPING-ANDERSEN, Gosta; GALLIE, Duncan; HEMERIJIK, Anton; MYLES John. (2002) *Why we need a New Welfare State*, Oxford, Oxford University Press.
- ESTEBAN DE VEGA, Mariano (ed.) (1997). *Pobreza, Beneficencia y política social*. Madrid, Marcial Pons [Ayer, 25].
- ESTRELLA, Eduardo; CRESPO, Antonio; HERRERA, Doris (1997) *Desarrollo histórico de las políticas de salud en el Ecuador (1967-1995)*, Quito, CEPAR.
- FARIA, Lina Rodrigues de. (1995) “Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920)”, *Revista de Saúde Coletiva*, 5, (1), 109-129.
- FARMER, Paul. (2004) “Mandando Doença: feitiçaria, política e mudança nos conceitos da Aids no Haiti rural”, *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*, HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego, Rio de Janeiro, Fiocruz, 535-567.
- FERRERA, Maurizio; HEMERIJICK, Anton; RHODES, Martin. (2005) *The Future State of European Welfare States: Recasting Welfare for a New Century*, Oxford, Oxford University Press.
- FERRERA, Maurizio; RHODES, Martin. (eds.). (2000) “Recasting European Welfare States”, special number of *West European Politics*.
- FLEURY, Sônia. (1994) *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*, Rio de Janeiro, Fiocruz.
- FLORA, Peter; HEIDENHEIMER, Arnold J. (ed.). (1981) *The Development of Welfare States in Europe and in America*, London-New Brunswick, Transaction Books.
- FOYO MARTÍNEZ-FORTÚN, José A. (2005) *Historia de la Medicina en Cuba (1840-1958)*, La Habana, Ministerio de Salud Pública, Publicación del Consejo Científico, Cuadernos de Historia de Salud Pública, nº 98.
- FRANZONI MARTÍNEZ, Juliana. (2006) “¿Presión o legitimación? Poder y alternativas en el diseño y adopción de la reforma de salud en Costa Rica”, 1988-1998, *Revista História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, 13, (3), 591-622.
- FRASER, Henry S. (1992) “Developments in medicine and medical research in the Caribbean: 1492-1992”, *West Indian Medical Journal*, 41, (2), 49-52.
- FREEMAN, Richard. (1999) “Institutions, states and Cultures: Health politics in Europe”, *Comparative Social Policy. Concepts, Theories and Methods*, Clasen J. (ed.) Oxford, Blackwell.
- FREEMAN, Richard. (2000) *The Politics of Health in Europe*, Manchester, Manchester University Press.
- GARCÍA GONZÁLEZ, Armando; ÁLVAREZ PELÁEZ, Raquel. (2005) “Eugenesia e imperialismo. Las relaciones Cuba-Estados Unidos (1921-1940)”, *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*, MIRANDA, Marisa; VALLEJO, Gustavo, Buenos Aires, Siglo XXI, 195-230.
- GARCÍA DELGADO, Gregorio. (2004) “Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba”, *Revista Cubana de Salud Pública*, 24, (2), 110-118.

- GARDEN, Maurice. (1986) *Histoire économique d'une grande entreprise de santé: le budget des hospices civils de Lyon (1800-1976)*, Presses Universitaires de Lyon.
- GEORGE, Vic; TAYLOR-GOOBY, Peter (ed.). (1996) *European Welfare Policy. Squaring the Welfare Circle*, London, Macmillan.
- GEREMEK, Bronislaw. (1987) *La potence ou la pitié. L'Europe et les pauvres du Moyen Age à nos jours*, Paris, Gallimard, coll. "Bibliothèque des histoires".
- GERSHMAN, Silvia. (2004) *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- GIAIMO, Susan. (2002) *Markets and Medicine: The Politics of Health Care Reform in Britain, Germany and the United States*, Ann Arbor, University of Michigan Press.
- GILBERT, Neil. (2004) *Transformation of the Welfare State*, Oxford, Oxford University Press.
- GLENNERSTER, Howard. (2000) *British Social Policy since 1945*, Blackwell.
- GLICK, Thomas F.; RUIZ, Rosaura; PUIG-SAMPER, Miguel Angel. (1999) *El darwinismo en España e Iberoamérica*, México, Doce Calles.
- GRELL, Ole Peter; CUNNINGHAM, Andrew; JÜTTE, Robert (eds.) (2003) *Health care and poor relief in 18th and 19th century northern Europe*. Aldershot, Ashgate.
- GRELL, Ole Peter; CUNNINGHAM, Andrew; ROECK, Bernd (eds) (2005), *Health care and poor relief in 18th and 19th century southern Europe*, Aldershot, Ashgate.
- GUAL, Jordi. (2004) *Building a Dynamic Europe: The Key Policy Debates*, Cambridge, Cambridge University Press.
- GUTTON, Jean-Pierre. (1971) *La Société et les pauvres: l'exemple de la généralité de Lyon, 1534-1789*, Paris, Presses Universitaires de France.
- HAMLIN, C. (1992) "Predisposing causes and Public Health in early 19th Century medical Thought", *Social History of Medicine*, 5-1, 43-70.
- HANTRAIS, Linda. (2000) *Social Policy in the European Union*, London, Macmillan, 2000.
- HARDY, Anne. (2001) *Health and Medicine in Britain since 1860*, Basingstoke, UK, Palgrave.
- HAREVEN, Tamara K. (2001) "Le jeu de la norme et de la subjectivité des les étapes de la vie. La construction social et culturelle des parcours de vie et son évolution au cours du vingtième siècle" , *De l'usage des seuils, structures par âges et âges de la vie*, Alain Bideau, Patrice Bourdelais et Jacques Légaré (eds.), *Cahier de la Société de Démographie Historique*, 2, Paris, 271-288.
- HARRISON, Mark. (2004) *Disease and the Modern World: 1500 to the Present Day*, Basingstoke, UK, Palgrave.
- HATZFELD, Henri. (1971) *Du paupérisme à la Sécurité sociale, 1850-1940*, Librairie Armand Colin.
- HENDERSON, John; WALL, Richard (1994). (eds.) *Poor Women and Children in the European Past*, London, New York.

- HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario; OBREGÓN TORRES, Diana. (2002) *La Organización Panamericana de la Salud y el estado colombiano: cien años de historia – 1902-2002*, Bogotá, OPS.
- HINRICHS, Karl. (2002) “Health Care Policy in the German Social Insurance State: From Solidarity to Privatization?”, *The Review of Policy Research*, 19-3, 108-140.
- HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego. (2004) *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*, Rio de Janeiro, Fiocruz.
- HOCHMAN, Gilberto. (1993) “Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado: Brasil 1910-1930”, *Revista Estudos Históricos*, 6, (11), 40-61.
- HUBER, Evelyne; STEPHENS, John. (2002) *Development and Crisis of Advanced Welfare States, Parties and Policies in Global Markets*, Chicago, University Press.
- HUERTAS, Rafael; CAMPOS, Ricardo (eds) (1992) *Medicina Social y Movimiento Obrero en España (siglos XIX y XX)*, Madrid, Fundación de Investigaciones Marxistas.
- HUFTON, Olwen. (1974) *The Poor of Eighteenth-Century France. 1750-1789*, Oxford, At the Clarendon Press.
- HYGIEA *Internationalis*. (2004) *Health and Social Change, Past and Present Evidence*, 4 (1).
- ILLANES, María Angélica. (1993) *En El Nombre del Pueblo, del Estado, y de la Ciencia: Historia Social de la Salud Pública, Chile 1880-1973*, Santiago de Chile, Colectivo de Atención Primaria.
- INFANTE, Rodrigo. (1991) “Historia de la salud pública en Venezuela: evolución de la política de salud en Venezuela (1911-1991)”, *Cuadernos de la Escuela de Salud Pública*, 57, 7-16.
- JIMÉNEZ DE LA JARA, Jorge. (2001) “Mística, ciencia y política en la construcción de sistemas de salud. La experiencia de Chile”, *Salud Pública de México*, 43, (5), 485-493.
- JONES, Colin. (1989) *The Charitable Imperative: Hospitals and Nursing in Ancient Regime and Revolutionary France*, London and New York.
- JÜTTE, Robert. (1994) *Poverty and Deviance in Early Modern Europe*, Cambridge, Cambridge Press University.
- KERVASDOUÉ, Jean de; Pellet, Rémi. (2002) *Le carnet de santé de la France en 2002*, Paris, La Découverte & Syros.
- KING, Steven. (2006) “Pauvreté et assistance. La politique local de la mortalité dans l’Angleterre des XVIIIe et XIXe siècles”, *Annales E.S.S.*, 61e année – n° 1, janvier-février, 31-62,
- KOTT, Sandrine. (1995) *L’Etat social allemande. Représentations et pratiques*. Belin.
- LIS, Catharina; SOLY, Hugo. (1979) *Poverty and Capitalism in Pre-industrial Europe*, Hassocks, Sussex.
- LANE, Joan. (2001) *The making of the “English Patient”*, Sutton Publishing Ltd.

- LASSEY, Marie; LASSEY, William R.; JINKS, Martin J. (1997) *Health Care Systems Around the World: Characteristics, Issues, Reforms*, New Jersey, The Pennsylvania State University.
- LAWRENCE, Christ. (1994) *Medicine in the Making of Modern Britain, 1720-1920*, Taylor and Francis Ltd.
- LEÓN JIMÉNEZ, Nínfa. (1989) "El pensamiento médico ecuatoriano en el siglo XX" (primera parte), *Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 4, (1), 93-121.
- LEONARD, Jacques. (1981) *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXe siècle*, Paris, Aubier.
- LEWIS Jane; SURENDER, Rebecca. (ed.). (2004) *Welfare State Change: Towards a Third Way?*, Oxford, Oxford University Press.
- LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. (1996) "Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República", *Raça, Ciência e sociedade*, MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo V. (orgs.), Rio de Janeiro, Fiocruz/Centro Cultural Banco do Brasil.
- LINDEMANN, Mary. (1999) *Medicine and Society in Early Modern Europe*, Cambridge University Press.
- LÓPEZ ALONSO, Carmen (ed.) (1985) *De la Beneficencia al Bienestar Social. Cuatro siglos de acción social*. Madrid, Siglo XXI.
- LÖWY, Ilana; KRIGE, John (eds.) (2001). *Images of Disease: Science, Public Policy and Health in Post-war Europe*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- LLOYD-SHERLOCK, Peter (ed.). (2000) *Health Care Reform and Poverty in Latin America*, London, London Institute of Latin American Studies.
- LUZ, Madel Therezinha. (2004) *Natural, racional, social – razão médica e racionalidade moderna*, São Paulo, Hucitec.
- LUZ, Madel Therezinha. (2005) *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*, São Paulo, Hucitec.
- LYNCH, John W.; SMITH, George Dave; KAPLAN, George A.; HOUSE, James S. (2000) "Income Inequality and Mortality: Importance to Health of individual Income, psychosocial environment, or material Conditions", *BMJ*, 320-7423, 1200-1204.
- LYNCH, Katherine. (2003) *Individuals, Families, and Communities in Europe, 1200-1800. The urban foundations of the Western Society*, Cambridge University Press.
- MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. (2001) *Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952)*, Campinas, Autores Associados, Universidade de São Francisco/USF.
- MARQUES, Maria Cristina da Costa. (2003) *A história de uma epidemia moderna – a emergência política AIDS/HIV no Brasil*, São Paulo, Editora UEM.
- MÁRQUEZ VALDERRAMA, Jorge; CASAS ORREGO, Álvaro; ESTRADA ORREGO, Victoria Eugenia. (2004) *Higienizar, medicar, governar:*

- historia, medicina y sociedad en Colombia*, Medellín, Universidad Nacional de Colombia.
- MÁRQUEZ VALDERRAMA, Jorge; GARCÍA, Víctor (eds.) (2006) *Poder y saber en la historia de la salud en Colombia*, Medellín, Editorial Lealon.
- MARTÍNEZ PÉREZ, José. (1994) La Organización Científica del Trabajo y las estrategias médicas de seguridad laboral en España (1922-1936), *Dynamis*, 14, 131-158.
- MARTÍNEZ PÉREZ, José. (2006) El obrero recuperado: Medicina del trabajo, ortopedia y tecnología médica en la imagen social de las personas con discapacidades (España, 1922-1936), *História Ciência Saúde – Manguinhos*, 13(2), 349-373.
- MAU, Steffen. (2001) *Patterns of Popular Support for the Welfare State: A comparison the UK and Germany*, Working Paper des WZB FS III 01-405.
- MAUSS, Marcel. (1990) *The Gift: The Form and Reason for Exchange in Archaic Societies*, London and New York.
- MCCAW-BINNS, A.M.; C.O. Moody; K.L. Standard (1998) “Forty years: an introduction to the development of a Caribbean public health”, *West Indian Medical Journal*, 47, (Suppl.) 8-12.
- McKEOWN, Thomas. (1979) *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?*, Oxford, Basil Blackwell.
- MENDIZABAL LOZANO, Gregório. (2002) *Historia de la salud pública en Bolivia: de las juntas de sanidad a los directorios locales de salud*, La Paz, OPS.
- MERRIEN, F.X. (2000) *L’Etat-providence*, Paris, PUF, “Que sais-je?”, 1^{re} éd., 1997.
- MERRIEN, F.X.; PARCHET R.; KERNEN, A. (2004) *L’Etat social*, Paris, Armand Colin, coll. “U”.
- MILLES, Dietrich (ed.) (1993) *Gesundheitsrisiken, Industriegesellschaft und soziale Sicherungen in der Geschichte*, Bremerhaven, Wirtschaftsverlag NW [Schriftenreihe Gesundheit-Arbeit-Medizin, B. 7].
- MIRANDA, Ernesto. (1994) *La salud en Chile: evolución y perspectivas*, Santiago de Chile, Centro de Estudios Públicos.
- MIRANDA, Marisa; VALLEJO, Gustavo (org.). (2005) *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- MIRE. (1999) *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France*, vol. IV: *Rencontres franco-Nordiques, Rencontres de Copenhague*, Paris, MIRE-DREES.
- MISHRA, R. (1999) *Globalization and the Welfare State*, Cheltenham, Edward Elgar.
- MITCHEL, Sheila. (1981) “Health medicine and the politics of change in Jamaica”, *Perspectives on Jamaica in the Seventies*, STONE, Carl, Aggrey Brown, (eds.), Kingston, Jamaica Publishing House, 463–486.
- MOLLAT, Michel. (1974) *Études sur l’histoire de la pauvreté (Moyen Age-XVIIe siècle)*, Paris, Publications de la Sorbonne.
- MOLLAT, Michel (1977) *Les Pauvres au Moyen Age*, Paris, Hachette.
- MONTALEMBERT, Marc de. (2004), *La protection sociale en France*, Paris, La Documentation française, “Les Notices”.

- MONTIEL, Luis (coord.) (1993) *La Salud en el Estado de Bienestar. Análisis histórico*, Madrid, Editorial Complutense.
- MOONEY, G. (1999) "Public Health versus Private Practice: the contested Development of infectious Disease notification in late 19th Century Britain", *Bulletin of History of Medicine*, 73 (2), 238-267.
- MORÁS, Luis Eduardo. (2000) *De la tierra purpúrea al laboratorio social: reformas y proceso civilizatorio en el Uruguay (1870-1917)*, Montevideo, Banda Oriental.
- MORGAN, Lynn Marie. (1987) "Health without wealth? Costa Rica's health system under economic crisis", *Journal of Public Health Policy*; 8, (1), 86-105.
- MORGAN, Lynn Marie. (1993) *Participación comunitaria en salud. La política de atención primaria en Costa Rica*, San José, EDNASSS.
- MOSEBACH, K. (2005) "The Politics of Health Care Financing Reform in Germany", *Euro Observer Newsletter*, 7, 1-8.
- MOSSIALOS E.; DIXON, A.; FIGUERAS, J.; KUTZIN, J. (ed.). (2002) *Funding Health Care: options for Europe*, Buckingham, Open University Press.
- MULE, Rosa. (1999) *Political Determinants of Income Inequality in Britain*, Seminar Paper, WS/42, European Forum, European University Institute.
- MULLER, Frits. (1993) "Participation, poverty and violence: health and survival in Latin America", *Reaching Health for All*, ROHDE, Jon, Meera Chatterjee, David Morley (eds.), Delhi, Oxford University Press, 103-129.
- MURDOCK, Carl J. (1995) "Physicians, the State and public health in Chile, 1881-1891", *Journal of Latin American Studies*, 27, (3), 551-569.
- NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. (2005) *As pestes no século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- OBREGÓN TORRES, Diana. (2002) *Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia en Colombia*, Medellín, Banco de la República – Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- OCDE. (1994) *The Reform of Health Systems. A review of seventeen OECD Countries*, Paris, OCDE.
- OCDE. (2004) *Vers des systèmes de santé plus performants*, Paris, OCDE.
- PALIER, Bruno. (2004) *La réforme des systèmes de santé*, Paris, PUF, "Que sais-je?".
- PALIER, Bruno; VIOSSAT, Louis-Charles (dir.). (2001) *Politiques sociales et mondialisation*, Paris, Futuribles.
- PALMER, Richard. (1999) "'Ad una sancta perfettione': health care and poor relief in the republic of Venice in the era of the Counter-Reformation", *Health Care and Poor Relief in Counter-Reformation Europe*, Ole Peter Grell, Andrew Cunningham and Jon Arrizabalaga, (eds.) London and New York, Routledge.
- PALMER, Steven. (2003) *From popular medicine to medical populism: doctors, healers, and public power in Costa Rica, 1800-1940*, Durham, Duke University Press.
- PARIZOT Isabelle. (2003), *Soigner les exclus*, Paris, PUF, coll. "Le Lien Social".

- PARKER, Charles H. (1998) *The Reformation of Community: Social Welfare and Calvinist Charity in Holland, 1572-1620*, Cambridge.
- PASTORINI, Alejandra. (2004) *A categoria "Questão Social" em debate*, São Paulo, Cortez Editora.
- PAYER, Lynn. (1996) *Medicine and Culture: Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany and France*, New York, Henry Holt and Co. Inc.
- PEARL, Julian. (1999) *Race, Place and Medicine, the Idea of the Tropics in Nineteenth-century Brazilian Medicine*; Durham, Duke University Press.
- PÉQUIGNOT, H. (1953) *Eléments de politique et d'administration sanitaires*, ESF.
- PETERSEN, Alan. (1996) "The "healthy" city, expertise, and the regulation of space", *Health and Place*, 2-3, 157-165.
- PETITJEAN, Patrick. (1996) "Entre ciência e diplomacia: a organização da influência científica francesa na América Latina, 1900-1940", *A ciência nas relações Brasil-França (1850-1950)*, HAMBURGUER, Amélia Império, São Paulo, EDUSP.
- PIERSON C.; CASTLES, F. G. (eds.). (2000), *The Welfare State Reader*, London, Polity Press.
- PIERSON, Paul (ed.). (2001) *The New Politics of the Welfare State*, Oxford, Oxford University Press.
- PIOTTI, Diosma. (1998) *Historia de la salud en el Uruguay (1830-1995)*, Montevideo, OPAS.
- POLLOCK, Allyson M. (2004) *NHS Plc: the Privatisation of our Health Care*, Verso.
- PORTER, Dorothy. (1999) *Health, Civilization, and the State: a History of Public Health from Ancient to Modern Times*, Londres, Routledge.
- PORTER, Roy. (1997) *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*, HarperCollins.
- QUEVEDO, Emilio. (2000) "El Tránsito desde la Higiene hacia la Salud Pública en América Latina", *Tierra Firme: Revista de historia y Ciencias Sociales*, 18, 611-662.
- QUEVEDO, Emilio *et al.*. (2004) *Café y gusanos, mosquitos y petróleo. El tránsito desde la Higiene hacia la Medicina tropical y la Salud Pública en Colombia 1873-1953*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- RAFFEL, Marshall W. (ed.). (1997) *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, Pennsylvania, Pennsylvania State University.
- RAJS, Danuta. (1996) "Política de salud y organización del sector salud en Chile", *Política de saúde: o público e o privado*, EIBENSCHUTZ, Catalina, Rio de Janeiro, Fiocruz, 215-37
- REBER, Vera Blinn. (1999) "Blood, coughs, and fever: tuberculosis and the working class of Buenos Aires, Argentina, 1885-1915", *Social History of Medicine*, 12, (1), 73-100.
- RECALDE, Héctor. (1993) *Las Epidemias de Cólera (1865-1895): Salud y sociedad en la Argentina oligárquica*, Buenos Aires, Corregidor.
- RIBEIRO, Márcia Moisés. (1997) *A ciência dos trópicos: a arte médica no Brasil do século XVIII*, São Paulo, Hucitec.

- RIBEIRO, Maria Alice Rosa. (1993) *História sem fim ... inventário da saúde pública*, São Paulo, Ed. da Unesp.
- RIESBERG, Annette. (2004) "Choice in the German Health Care System", *Euro Observer Newsletter*, 6, 1-12.
- RIIS, Thomas. (1981) *Pauvreté et développement urbain en Europe XVe-XVIIIe/XIXe siècles: une bibliographie*, Odense.
- ROCA i ROSELL, Antoni (ed.). (1991) *1891-1991, cent anys de Salut Pública a Barcelona*. Barcelona, Institut Municipal de la Salut.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban (ed.) (2002) *The Politics of the Healthy Life, an International Perspective*, Sheffield, EAHMH Publications.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban; MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo (2006). Salud, trabajo y medicina en la España de la legislación social, 1900-1939. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 9, 81-88.
- ROSANVALLON, Pierre. (1981) *La Crise de l'Etat-providence*, Paris, Le Seuil.
- ROSANVALLON, Pierre. (1995) *La nouvelle question sociale. Repenser l'Etat-providence*, Paris, Le Seuil.
- ROSEN George. (1993) *A History of Public Health*, Baltimore, John Hopkins University Press (1st ed. 1958).
- ROSEN, George. (1974) *From Medical Police to Social Medicine. Essays on the History of Health Care*, Science History Publications.
- SALAVERRY, Oswaldo; MATALLANA, Gustavo Delgado. (2000) *Historia de la medicina peruana en el siglo XX*, Lima, UNMSM.
- SALTMAN R.B.; BUSSE R.; FIGUERAS, J. (ed.). (2004) *Social Health Insurance systems in Western Europe*, Buckingham, Open University Press.
- SANTOS, Ricardo V. (1994) *Saúde e povos indígenas*, Rio de Janeiro, Fiocruz.
- SEPÚLVEDA AMOR, Jaime. (2000) *Devenir de la salud pública de México durante el siglo XX*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.
- SILVA, Mozart Linhares da. (2003) *História, Medicina e Sociedade no Brasil*, Ed. EDUNISC.
- SINHA, Dinesh; LORETO, Ann O.; ROJAS-ALETA, Isabel. (1981) "Primary health care in Jamaica: A situational analysis of the operational level and the areas of development", *Report in files of the PAHO/WHO – Jamaica Documentation Center*.
- SLACK, Paul. (1988) *Poverty and Policy in Tudor and Stuart England*, London, Longman.
- SLACK, Paul. (1985) *The impact of plague in Tudor and Stuart England*, London, Routledge & Kegan Paul.
- SMITH, Richard M. (ed.). (1984) *Land, Kinship and Life-cycle*, Cambridge University Press, Cambridge.
- SINGER, Paul; CAMPOS, Oswaldo; OLI, Elizabeth M. de. (1981) *Prevenir e curar – o controle social através dos serviços de saúde*, Rio de Janeiro, Ed. Forense Universitária.
- SOCIEDAD BOLIVIANA DE SALUD PÚBLICA / UNICEF / OPAS. (1989) *Historia y perspectivas de la salud pública en Bolivia*, La Paz, Sociedad Boliviana de Salud Publica.
- STEINMETZ, George. (2006) *Regulating the Social: The Welfare State and Local Politics in Imperial Germany*, Princeton, Princeton University Press.

- STEPAN, Nancy Leys. (1985) "Eugenesis, genética y salud pública: el movimiento eugenésico brasileño y mundial", *Quipu: Revista Latinoamericana de Historia de las Ciencias y la Tecnología*, 2, (3), 351-384.
- STEPAN, Nancy Leys. (1991) *The hour of eugenics: Race, gender and nation in Latin America*, Ithaca, Cornell University Press.
- SYKES, Robert; PALIER, Bruno; PRIOR, Pauline (eds.). (2001) *Globalization and European Welfare States: Challenges and Changes*, Londres, Palgrave.
- SZRETER, Simon. (2005) *Health and Wealth: Studies in History and Policy*, Rochester, New York, University of Rochester Press.
- SZRETER, Simon. (2004) "Health, Economy, State and Society in Modern Britain: The Long-Run Perspective", *HYGIEA Internationalis, Health and Social Change, Past and Present Evidence*, 4 (1), 205-227.
- TAYLOR-GOUBY, Peter (ed.). (2004) *Making a European Welfare State? Convergence and Conflicts Over European Social Policy*, Oxford, Oxford University Press.
- TAYLOR-GOUBY, Peter (ed.). (2004) *New Risks, New Welfare: The Transformation of the European Welfare State*, Oxford, Oxford University Press.
- TAYLOR-GOUBY, Peter (ed.). (2001) *Welfare States under Pressure*, Londres, Sage.
- TEIXEIRA, Sonia Fleury. (1988) *Estado y políticas sociales en América Latina*, Mexico, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- THIESSEN, C.; HSIAO, W.C. (2005) *Health Systems of Germany*, Working Paper, Program in Health Financing, Harvard School of Public Health, février.
- TOWNSEND, P.; DAVIDSON, N.; WHITEHEAD, M. (1992) *Inequalities in Health*, Penguin.
- TREBILCOK M. J.; DANIELS, R.J. (2004) *Rethinking the Welfare State: Government by Voucher*, Londres, Routledge.
- TRUMPER, R.; PHILLIPS, L. (1997) "Give me discipline and give me death: Neoliberalism and Health in Chile", *International Journal of Health Services*, 27, (1), 41-55.
- VALAT, Bruno. (2001) *Histoire de la sécurité sociale, 1945-1967*, Paris, Economica.
- VELANDA, Ana Luisa. (1995) *Historia de la enfermería en Colombia*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- WAITZKIN, Howard; IRIART, Cecilia; ESTRADA, Alfredo; LAMADRID, Silvia. (2001) "Social medicine then and now: lessons from Latin America", *American Journal of Public Health*, 91, (10), 1592-1601.
- WATTS, Sheldon. (1997) *Epidemics and History, Disease, Power and Imperialism*, New Haven et Londres, Yale University Press.
- WEBSTER, Charles. (2002) *The National Health Service: a political History*, 2nd ed., Oxford, Oxford University Press.
- WEINDLING, Paul (ed.). (1986) *The social History of occupational Health*, Londres and Douvres N.H., Croom Helm.
- WILKINSON, Richard. (2005) *The Impact of Inequality*, Londres, Routledge.
- WILKINSON, Richard; MARMOT, Michael (eds.). (1999) *Social Determinants of Health*, Oxford, Oxford University Press.

- WILLIAMS, Steven C. (1994) "Nationalism and public health: the convergence of Rockefeller Foundation technique and Brazilian Federal Authority during the time of yellow fever, 1925-1930", *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation and Latin America*, CUETO, Marcos, Bloomington/Indianapolis, Indiana University Press.
- WOOLF, Stuart. (1986) *The poor in Western Europe in the Eighteenth and Nineteenth century*, London and New York.
- ZUPPA, Silvia Amanda; MOLINARI, Irene Delfina. (2004) "La transversalidad del discurso eugenésico en los saberes educativos y en el discurso político durante la década del treinta", *Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina de los siglos XIX-XX*, ÁLVAREZ, Adriana y otros, Mar del Plata, Universidad Nacional de Mar del Plata, 135-160.

PART II

PERSPECTIVES ON GENDER AND HEALTH
PERSPECTIVAS EN GÉNERO Y SALUD

PERSPECTIVES ON GENDER AND HEALTH

Teresa Ortiz-Gómez
Denise Bernuzzi Sant'Anna

This part briefly reviews the most important contributions made to the wide issue of *Gender and Health in Europe and Latin America* over the past 12 years. Particular attention is paid to historiographic production focused on the contemporary world, identifying the main research lines and taking account of the constant interactions and exchanges among different disciplines, notably sociology, anthropology and history. Relevant non-European literature in the English language has been included when new topics are developed, theoretical contributions are advanced or European and/or Latin American realities are addressed. The following types of studies are reviewed: those that incorporate feminist perspectives, specifically a gender approach, to the study of health, medicine and healthcare practices; those that study the ways in which medicine and science have explained the feminine body and the sexual difference; those that make women the subject of investigation, addressing their health, work and role in social-cultural systems of health; and those that investigate the part played by male-female relationships in healthcare organization and in the production of ideas, norms and values related to health and disease.

First, we summarize the concepts of gender and androcentrism and their interest for the history of medicine and health, proposing some methodological points for a gender approach. Second, we outline the main contributions and research lines on these issues. Finally, the results of research into gender and health are illustrated by 15 collaborations that gather documentary sources and case studies.

1. Gender and androcentrism. Proposals for applying a gender approach to the study of health discourses and practices

Interest in analyzing connections among society, health and medicine from a feminist perspective dates from the last three decades of the 19th century, when the first female physicians started to develop their own research agenda. Around a hundred years later, this approach received a powerful methodological and strategic impulse with the introduction of a gender focus into human and social sciences. Thus, in 1986, the American historian Joan Scott defined the concept of gender as “a constitutive element of social relationships” and “a primary way of signifying relationships of power”, marking the start of a trend in general historiography that soon spread to other social and human sciences (Scott 1986 and 1990). Since the 1990s, there has been an increasing number of studies in the history of medicine and health that, paraphrasing Scott, apply the gender category to investigate the symbolical apparatus and normative concepts by which medicine and science create, define and legitimise “female and male” and “the female and male body” as dichotomies. The gender category has also been applied to the study of institutions and forms of professional organization and to the understanding of healthcare practices in their social context.

The category of gender became an effective means for dismantling the biological determinism implied by the previously used terms of *sex* or *sexual difference*. Whereas the word “sex” appeared to refer to something elemental, removed from history, the novel concept of gender opened our eyes to social-political realities and allowed us to contextualize the production of knowledge on the body and feminine nature in a new dimension.

At the same time as the concept of gender was consolidated in social research, study of the body became a major issue in human sciences. One of the main contributions was to affirm the social character of bodily existence and the impossibility of its complete disclosure by a scientific approach. This new concept of body is considered an instrument for promoting the physical-mental relationship and linking biology with culture.

Over the past 30 years, research into health, gender and the history of medicine has shown that the strongly natural or biological concepts of sex, body and sexual differences are closely related to the concept of gender and that they can and do modify each other. It is a dialectical not a hierarchical link, in which sex, body and sexual differences influence gender relationships and identities and in which the gender system

influences the construction of sex, body and sexual differences (Butler 1999; Fausto-Sterling 2000; Etorre 2002). Among other effects, this two-way connection influences scientific interpretation of the manifestation of sexual being and the individual, subjective perception of being one or the other sex.

Researchers using the gender approach investigate and attempt to avoid the association between dichotomous, hierarchical attributes and two ways of being human. These attributes, which differ among cultures and change from one time in history to another, form a constellation of symbols, metaphors and values that apply both to people and to things or abstract concepts. Thus, “male” and “female” are related to all types of capacities, occupations, skills, virtues, vices, social spaces, objects, colours, textures and forms, etc. This polarization of differences between woman and man, between female and male, intrinsically carries the concept of man and male as the norm and woman and female as the “other”, as subordinate, inferior or less perfect. In medicine and science, sexual metaphors act by incorporating social expectations into representations of nature and by “naturalizing” beliefs and cultural practices (Jordanova 1993; Keller 1995; Harding 1996).

In this context, the concept of *androcentrism* refers to forms of knowledge born of male social experience, especially the experience of white, middle-class Western males. Androcentrism involves identifying the “male” with the human in general and, conversely, making the human in general equivalent to the “male”, which is thereby constituted as the norm. Androcentrism affects scientific methodology and its application and has been a constant feature of past and present medical research and practice.

The following tables present a series of proposals for researching health and medicine from a historiographic and gender perspective.

<p>Proposals for applying a gender approach to the study of health discourse and practice. A: Analysis of sources</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. In discourse analysis, identify how male and female is defined. 2. Identify and compare values and representations associated with women and men and study their interaction 3. Identify the coexistence in time of scientific models on “woman” and the sexual difference 4. Search for divergent, non-hegemonic texts and sources but not just hostile or misogynistic sources 5. Do not equate scientific data and discourse with the identities and realities of being female and male.

6. Identify the presence/absence of males and females in healthcare activities and professions. Identify situations of segregation or exclusion.
7. Update power and hierarchical relationships in healthcare professions.
8. Study and compare definitions of health, disease and healthcare practice by female and male professionals, institutions and non-expert females and males.

**Proposals for applying a gender approach to
the study of health discourse and practice.
B. Production context**

9. Determine dominant ideas about “woman” as a biological and social being in the time and place under study.
10. Always determine (from secondary, supporting bibliography) the social role of women in the society of their time.
11. Always determine (from secondary, supporting bibliography) the social role of science and medicine in the time and place under study.
12. Avoid projecting present-day gender values or relationships onto the past. Avoid anachronistic analogies. Look at the past with curiosity and without prejudice.

2. Relationships among history, gender and health. Contributions and research lines in Europe and Latin America

During the last third of the 19th century, the first university-qualified female physicians together with female historians and some male writers and physicians started to publish studies acknowledging women devoted to healthcare activities throughout history. Their aim was to know the past and change their present, and many of these first female physicians devoted their doctoral theses and research projects to issues that directly connected medical science, health and the life of women.

Since that time, this scientific production has augmented and the research has become richer and more diverse, following successive epistemological changes in social sciences and the development of a theoretical feminist framework, in which the widely accepted category of gender has been one of the key elements. We discuss below the results of European and Latin American historiographic production over the past 12 years, grouping this research into three major areas of work. The first

area, *Women, gender relations and healthcare practice* (paragraphs 2.1 and 2.2.), addresses the role of women in healthcare professions and the relationship between the sexes in healthcare and scientific practice. The second includes all research devoted to deconstructing and analysing the historical development of an *Androcentric scientific knowledge on the body and sexuality* (2.3 to 2.5). The third area is more of a mixed bag, including sociological and anthropological as well as historical studies that pose new questions about the different effects of this knowledge and medical practice on the health of females and males (2.6) and that investigate the experience of the body in health and sickness from a gender perspective (2.7 and 2.8).

One interesting aspect of all of this production is its very wide dispersal among highly diverse and multi-disciplinary publications. Moreover, there is a relative scarcity of general and synthesizing studies that approach this issue from a more or less global perspective. Not even exclusively historiographic production can be readily localized without recourse to a wide range of electronic search engines and databases. These resources are now important to access information but are absolutely necessary to gather data on this type of transdisciplinary issue. Thus, the references for this part of the book contain material from journals, books and congress proceedings on the history of medicine, the history of science, the history of women and on general history. We also cite chapters on gender and health included in general histories of medicine, which are increasingly prone to incorporate this subject, as well as historiographic papers in journals of medicine, sociology, anthropology, psychology, feminist research and other areas. There are also numerous monographic studies of single or collective authorship that study specific aspects in greater depth, but we have found few manuals or studies with a broader scope. For a first approach from a historiographic standpoint, a good general and panoramic view is provided by Scavone, Oliveira 1997; Leavitt 1999; Schiebinger 2000; Hardy, Conrad 2001; Ortiz 2006. For an interdisciplinary approach, publications by Gómez org. 1993; Lopes, Meyer and Waldow 1996; Pedro and Grossi orgs.1998; Leavitt ed. 1999; Gardey and Löwy 2000; Bendelow et al. 2002 and Lorber and Moore 2007 are highly recommended.

Another peculiarity of publications on gender and health is the lack of anthologies of sources and case studies, i.e., publications like the present book that give students, teachers and researchers access to sources on the subject, such as scientific texts, personal testimony from professionals or patients, or clinical histories and reports. Although there has been a more frequent publication of mediaeval and early modern than contemporary sources, some of the latter have been published over

the past 12 years. Thus, Katharina Rowold (1996) edited a series of articles appearing in the general British press and the scientific journal *Nature* between 1863 and 1887 that supported or opposed the education of women, a matter of great interest in European intellectual circles at the end of the 19th century. A compilation of Spanish misogynist sources from the 19th and 20th century can be found in *Women in gender discourses. Texts and contexts in the 19th century* (Jago, Blanco, Enriquez 1998), which includes medical, literary, religious and philosophical texts. Other anthologies have been published of the writings of women on different subjects, including manuscripts on domestic medicine and popular recipes from the 16th to 19th century (Penell 2004), scientific texts and personal writings on sexuality from Victorian times to the 1960s (Hall 2005), and biographical accounts of the experience of feminist healthcare professionals at the end of the 20th century (Wear 1996). All of these make an effective response to the need, so often stated by feminist historiography, to counter the documentary invisibility of women, rescuing sources from the past and generating new sources for posterity.

Various texts written by women have also been selected as texts for the last section, such as fragments of writings by three of the first Spanish physicians at the end of the 19th and beginning of the 20th century (see text 3.3 by Consuelo Flecha), an editorial piece in a Brazilian newspaper encouraging women to carry out philanthropic, humanitarian activities (text 3.4 by Maria Lucia Mott), a talk in 1926 on the psychological aptitude of women for activity in the world of work (text 3.9 by Jose Martinez), and even part of an unpublished book on the universal history of women in medicine (text 3.1 by Montserrat Cabre). We also offer a fragment of an interview with a young female drug consumer recorded around 10 years ago (text 3.14 by Nuria Romo). The remaining texts (of male or institutional authorship) and case studies reveal different aspects of the complex relationship among health, gender and medicine, discussed below.

Women, gender relations and healthcare practices

Most of the studies in this section correspond to feminist epistemologies, according to which the experiences of women as members of a socially discriminated group provide unique perspectives for understanding the world and constructing a different, less partial and less distorted knowledge than that which results from research carried out by dominant groups (Harding 1996). This production links with the original objective of gender historiography to make visible women from

the past. Moreover, beyond establishing genealogies, the aim is to give meaning to the experience of women whose expertise in the field of health has been acknowledged or questioned, and to analyse the relations of gender, authority and power in the history of healthcare professions.

As already mentioned, the objective of the first feminist historiographic projects developed in Europe and the United States between the end of the 19th century and the 1940s was to accredit the presence throughout history of women devoted to activities related to health and disease (Morantz-Sanchez 1990; Cabre 2001; Ortiz 2006). The work of the American doctor Kate Hurd-Mead (1867-1941) is worthy of special mention. She was author of numerous articles and two books: a brief history of the precursors of female physicians in the USA and UK (1933), and a history of women in medicine (1938). A fragment of her unpublished writings is included in the text 3.1.

2.1 Women in medicine and healthcare activities

Over the past 12 years, numerous studies have continued the construction and revision of the history of healthcare professionals, considering whether women and/or men were involved and the different positions that they occupied.

The book edited by Marland and Rafferty (1997) on midwives in Europe is one of the first to give historical relevance to midwives, posing new questions about their relationship with patients and doctors and breaking the historiographic stereotypes of the technical work and autonomy of midwives. They showed that midwives enjoyed a high degree of professional independence in almost all European countries, contradicting medical rhetoric on their dependent status. Later studies from Latin America by Carrillo (1999), Eraso (2001) and Mott (2002), among others, reached similar conclusions. Documents presented by Ana Maria Carrillo (text 3.2) illustrate the work of midwives and their relationships with physicians in Mexico and Spain at the end of the 19th century.

The history of the work of women and men in nursing still follows a contributive rather than analytical model. It is closely linked to current nursing practice and is not often addressed from a gender perspective (D'Antonio 1999). Nevertheless, numerous authors have analyzed different aspects of a profession that was specifically redesigned for women in the 19th century, defining its technical skills on the basis of gender values associated with middle-class women of that time, e.g., devotion, generosity, gentle nature and maternal love and caring (Davies 1995; Rafferty, Robinson, Elkin 1997; Folco 1998; Ruiz Somavilla,

Jiménez Lucena 2001; Geovanni 2002; Henriksson 1999 and Freeman 1999 —the last two in *Dynamis*, 19). Moreover, gender and feminist perspectives from sociology and anthropology are opening up interesting lines of thought (Gjerberg, Kjolsrod 2001; Lopes, Leal 2005).

Female physicians and their professional activity during the 19th and the 20th centuries have been widely studied in the past 12 years (e.g., Dyhouse 1998; Cassell 1998; Rago 2000; several chapters in Hardy, Conrad 2001; Thomson 2001; Carrillo 2002; Ortiz 2005). Most of these publications no longer seek to identify heroines but rather to analyse gender processes, individual and collective experiences and the construction of professional identities, recognising the diversity in all these aspects. In Latin America, this trend resulted in new studies that address the constitution of healing practices closely related to the specificity of urban and rural spaces. Investigations have been published on the living conditions of female doctors and nurses of major hospitals in large metropolitan cities and on the health and illness of female workers in companies and schools.

Studies on female physicians in the 20th century have examined processes of segregation that ran parallel with a growing (numerical) feminization of medical studies, such as the concentration of women in certain specialties, the creation of exclusively feminine professional associations and the difficulties of gaining access to university teaching posts or positions of high responsibility (Gjerberg 2001). Quantitative data on different feminization processes in some European countries are given in text 3.5 by Teresa Ortiz.

It is well documented that many female physicians have struggled individually or in an organized way to reveal, in a more or less conscious manner, the gender ideology underlying medical theory and practice (Riska 2001a and 2001b), and they have faced the dilemma of constructing or rejecting their own identity as women and physicians (Usborne in Hardy and Conrad 2001; Delgado, Távora, Ortiz 2003; Ortiz 2006). Relationships between women doctors and their patients in the past have also been addressed. The first conclusion is that female physicians have always treated patients of both sexes and all ages. Clear evidence has also been offered that female patients preferred to be treated by women, especially for health problems related to sex or reproduction. Finally, it was found that when their practice was threatened, female doctors responded by using a segregation discourse and by citing the benefits of their work for the health of women and children. The preference of female patients for a doctor of the same sex is supported by the text presented by Consuelo Flecha (text 3.3) and Ana Maria Carrillo (text 3.2) in the next section. Discourses that defend the relationship among women are exemplified by that of the psychologist Mercedes

Rodrigo (1891-1982) with respect to professional guidance, presented by Jose Martinez (text 3.9).

2.2 Women as producers of scientific knowledge

The expert knowledge and authorship problems of women have represented another issue of interest in recent years. Although many of these publications focused on medieval and modern times, studies were also conducted on authority conflicts, professional practice, awareness of the differences in healthcare activities, and attempts to construct non-masculine models of healthcare practice over the past two centuries (Morantz-Sanchez in Leavitt ed. 1999; More 1999; Miqueo et al 2001, Ortiz 2006). The first generations of female physicians wrote about a wide variety of issues at the end of the 19th century, but they were especially involved in the theoretical development of aspects related to the education of women, which was correctly considered to be a key element in their emancipation. Patterns differed according to the country, as demonstrated in Europe at the end of the 19th century by several papers in the book *Female healers, physicians and midwives in Europe* (Cabré & Ortiz eds. 2001, also available in *Dynamis* 19, 1999). However, numerous studies have pointed out that many pioneer female physicians used their experience to refute dominant ideas in medicine and society on the physical, intellectual and social (in)capacity of women in their writings, thereby attempting to transform hegemonic medical knowledge (Wells 2001; Strange 2001; Tuchman 2004). See also documents 1 and 2 presented in text 3.3 by Consuelo Flecha.

Scientific knowledge and policies on the female body and sexuality

Analysis of descriptions of “woman”, sexuality and the female body in scientific and informative medical texts and protocols is a research line that has especially benefited from the incorporation of gender analysis. Its methodological and empirical elements are founded on critical discourse analysis, literary criticism and cultural studies, facilitating the linguistic and symbolic deconstruction of medical discourse and revealing the role of values, metaphors and the contexts of production in the construction of science. Recently, new perspectives on the body, body representations and the idea of embodiment developed by the social sciences have introduced an additional factor of complexity into gender and health (Esteban, 2004; Ortiz 2006).

In historiography, all of these interdisciplinary exchanges helped to correct the ingenuous use of medical sources, identifying their rhetorical

elements and exploring their social and cultural meaning as well as their scientific significance (Jordanova 1999; Strange 2000; Sánchez 1999). They also contributed to an understanding of medical science as a cultural manifestation that incorporates ideology and values in every time period. The new interdisciplinary and gender perspectives allow us to pose new questions and to examine any medical text, not only misogynist writings, from the gender perspective, exploring the ambivalence and contradictions of medical discourses and ideas (Edelman 2000; Miqueo 2001 and 2003). Some of these research lines are outlined below.

2.3 Androcentrism and construction of the sexual difference

At beginning of the 1990s, the idea arose that there have been two historical forms of understanding the body: the unisexual or isomorphic model, in force until the 17th century; and the subsequent two-sex or dimorphic model. The studies with greatest impact in this line were published in English before 1995 and have since been continually cited and published in various languages, demonstrating their wide acceptance and applicability (Schiebinger 2004; Laqueur 1994). The persuasive idea of sexual dimorphism, which has been modified for the past in some studies (Cadden 1998) and has been questioned as a currently applicable model (Blakless et al. 2000; Fausto-Sterling 2000), has had an interesting historiographic effect, again demonstrating the variable, unstable character of scientific constructs on “woman” and the sex/gender system.

Characterization of the sexual difference, specifically scientific perception of the anatomic, physiological and cognitive difference, has largely been explained in terms of hierarchies and deficits. Epistemic androcentrism has explained the difference (of female versus male) in several ways: as the lack of something (less rational, less moral, less evolved or less perfect), as a complementary state, and sometimes even as a biological superiority (Tuana 1993; Sánchez in: Barral et al eds. 1999; Miqueo 2001; Rohden 2001; Hird 2004).

The general conclusion of research on the inferiority of “woman” and the female body and on the iso- or dimorphic body is that these ideas resulted from incorporating social expectations into representations of human nature. Thus, science has *naturalized* and legitimized dominant beliefs and cultural practices in each place and time by a process that still continues, although with less strength (Wijngaard 1997; Schiebinger 1999; Barral 1999 and 2001). In this respect, see the texts 3.6 and 3.7 commented by Denise B. Sant’Anna Consuelo Miqueo.

2.4 Medicalisation and pathologisation of the female body: Coercion and resistance of women

One of the first findings of academic feminism in the 20th century, mainly based on historical-medical research, was the pathologisation and medicalisation of the female body. Victimist readings and the consideration of women as passive receptors of medical ideas and interventions were subsequently criticized within feminism itself. In the past few years, perspectives have been substantially changed by constructivist approaches and the recognition of patients as individuals who can incorporate but also break with and question medical norms and practices.

19th century hypotheses that considered menstruation, menopause and pregnancy to be pathological processes have been recreated by medical science for over a century despite continuous refutations for the same period of time (Strange 2000, 2001). Development of hormonal theories and growing use of the contraceptive pill during the second half of the 20th century, together with the dualism of the feminine (hormonal) “cyclicity” and the masculine “stability”, led to the disappearance of the usual diversity of women’s cycles, contributing to the pathologisation of deviations from the norm of the four-week cycle (Oudshoorn 1994; Sengoopta 2000; Zárata Campos 2001; Marks 2001; Houk 2006).

If the reproductive body was the objective of the new specialists in gynaecology in the second half of the 19th century, the female mind was claimed by the incipient science of psychiatry, and both disciplines competed for scientific authority over the woman in health and sickness. Thus, it was then claimed that hysteria was a *naturally* female disease. Helen King (1998) argued against its existence as a single and constant nosological entity, which still stigmatizes women today. Other authors focus on the psychoanalytical idea of hysteria as a sign of vulnerability that is not exclusive to women but is rather associated with insecurity about identity in terms of gender, race and class and with the construction of masculinity (Lerner 1998; Mitchell 2000; Ruiz Somavilla, Jiménez Lucena 2003).

Since 1995, the gender approach to the health problems of women has been applied in new areas, e.g., cancer (Potts 1999; Leopold 1999; Gimenez 1997), anorexia and body image disorders (Offer 2001, Gil-Garcia 2007), effects of hormonal theory in creating a new biological normality (Saetnan, Oudshoorn, Kirejczyk 2000) and the medicalisation of ageing with hormone therapy (Watkins (2002). An example of the medicalisation of (young) women in relation to eating disorders is given in the texts 3.13 commented by Eugenia Gil-Garcia later.

2.5 Sexuality, contraception and reproductive health

Studies of these issues have been a standard and recurring feature of feminist historiography for more than 40 years, since questions were first raised about medical birth control policies and a start was made to the deconstruction of scientific arguments that had, throughout history, reduced the female body to the reproductive body, leading to a confusion of the two concepts.

At the end of the 1990s, authors again focussed on the history of contraception, sexuality control, birth control and abortion. However, whereas the emphasis had previously been on knowing how to control women's sexuality and on the effects of birth policies on the bodies and the lives of women, new issues were now raised. The aim is to construct a more complex history that integrates or at least relates the following elements: the interests of the pharmaceutical industry and medical profession, the experience of female patients and female health professionals, the enthusiasm of the women's liberation movements for contraceptive methods and technologies and the diversity of their preferences of one or other method, the role of many women's groups in spreading these methods as a means of emancipation, the different postures and debates on the pill or on the legalization of abortion, and the diversity of arguments for social acceptance or rejection according to the political situation (Riddle 1997; Watkins 1998; Fisher 2000; Rohden 2003; Carranza 2004; Cook 2004). Two of our collaborators (Karina Felitti, text 3.10 and Joana Maria Pedro, text 3.12) have selected sources that illustrate the debates on contraception and abortion in Argentina and Brazil between 1960 and 1980.

Relationships among body, health and market became more important as reproductive technologies became more sophisticated and some forms of health consumption became normalized. Thus, contraception and maternity became considered according to the hypotheses of the developing techno-science, with a trend in Latin American countries, more than in Europe or the USA, to an emphasis on the right to health, body and a safe maternity in the area of private medicine.

Contributions on the history of Hygiene published in Latin America since 1970, especially in the 1980s, have focused on sexuality and prostitution control. These were undertaken from three main standpoints: 1) control of the body and sexuality of women to promote the education of families, relating them to the political and scientific interests of each society. In Brazil, the work of Jurandir Freire Costa (1979) had a great influence, investigating the historical link between

social body and individual body, especially in the case of women. Other more recent papers addressed sexuality and the body from a gender approach (Meyer 2004); 2) control of body and race understood as biological rather than social issues (Briggs 2002); 3) direct control of prostitution, following the proposal for France made by Alain Corbin (1978), which establishes a relation between the regulation of prostitution areas and demands of the new bourgeoisie characteristic of urban and industrial societies (Rago 1991). In the text 3.8, Luis Camargo presents and discusses some documents related to 20th century Brazil.

Practices and knowledge of gender and health

2.6 Family health, welfare state and women

In contemporary historiography, the social power of medicine in industrial society has been analyzed in many different ways. The history of medicine and gender underlined that the regulation of women's lives according to scientific hypotheses contributed to establishing the bourgeois social order and to improving the prestige and status of the medical profession and its specialties, especially during the 19th century and the first half of the 20th century. Medical views on the education of women, maternity, marriage, bringing up children or taking care of the home have continued to be the object of attention in recent historiography (Jago, Blanco, Enriquez 1998; Apple 1995, 2002; Rodríguez Ocaña, Perdiguero 2006). In the present book, Esteban Rodríguez-Ocaña (text 3.11) discusses a Spanish medical source that offers a good illustration of these aspects.

The relationship between health and gender occupies an important place in studies of the family and urban organisation in Latin America, especially in Argentina, Mexico, Chile and Brazil. From the end of the 19th century, with the proclamation of republican states or with the development of an industrial and urban modernization based mainly on a European model, the family institution became a privileged source of knowledge on the body and on the functioning of so-called "female nature". Women and children became the focus of ceaseless attention by hygienists and public authorities immersed in social organisation. From the 1990's on, a growing number of studies addressed these experiences, linking an understanding of society with healthcare activity around women and children (Correa, 1982; Alvarez, 2000; Di Liscia and Maristany, 1997, among others cited in the references).

2.7 Women and the experience of being ill

One of the most important contributions of studies on history, health and gender has been the consideration of patients as active participants in the therapeutic relationship and the incorporation of their subjectivity, their experience of their bodies, their perception of their disease, the connections they establish with healthcare staff and the ways in which patients negotiate, accept or reject proposals made by physicians. The aim is to view medicine from “below” and in a social and gender context, giving agency to women (Blasco 1999; Potts 1999; Leopold 1999; Morantz-Sanchez. 2000; Showalter 2000; Watkins 2002). This trend is also in tune with the general objective of those currently working in medical practice or in the sociology or anthropology of health, i.e., to expose gender inequalities in health and overcome medical and social androcentrism, making visible the experiences and subjectivity of real women. A good example of this is provided by the fragment of the interview by Nuria Romo with a young drug addict (text 3.14).

2.8 Masculinities, gender and health

From the 1990’s onwards, gender studies increasingly addressed the historical constitution of masculinity. The lines of debate reflect two complementary hypotheses: the assumption of a contemporary crisis of old male references and values, especially traditional notions of heroism and domination of male over female, and the supposition that new male experiences favour the emergence of a balanced relationship between men and women, in which rights and duties are shared between two social subjects.

Criticisms of homophobia have also contributed to the development of these studies, as have anthropological investigations into domestic and gender violence (Julien 1997; Welzer Lang org. 2000; APPOA 2005). In addition, from the 1990’s on, studies on the history of homosexuality, especially male homosexuality, have had a major influence on our understanding of the construction of ideas of male and female identity in contemporary cultures. The first books to inspire these studies (e.g., Katz 1976) were followed by others that contributed to understanding the gay world and its relationship with current constructions of male subjectivity (e.g., Naphy 2006)

Historiographic and sociological interest in the construction of “gendered” professional identities in health has led to investigation of

dominant female identities in certain professions and specialties. Research has also recently been carried out into the processes by which male identities are shaped in medicine, dentistry and surgery, which have historically functioned as a way of increasing the prestige of the activity and avoiding sexual ambiguity, socially less favourable throughout the centuries (Kuhlmann 2001; Adams 2000; Brown, Nolan, Crawford 2000).

A new research line focuses on the male experience of illness and on the risks and problems for male health that have been and are produced by the dominant models of masculinity (Courtenay 2000; Hilton 2000; Dinges 2002; Bengtsson 2002).

2.9 Conclusion and new directions

There has been abundant and rigorous scientific production in history, gender and health throughout these years, generating a radically new corpus of knowledge directly linked to social and scientific interests with feminist roots. This link, alongside interdisciplinary exchanges, is facilitating implementation of new research lines and methodologies. Relevant issues in other fields that have received little attention from historic-medical investigators will be addressed over the next few years, including the study of gender inequalities in health, violence against women, employment health, gender and disability or transexualism and transgender, among others (García-Moreno 2000; Segal, Demos, Kronenfeld 2003; Cleminson, Medina 2004; Lorber, Moore 2007; Wear, Aultman, Borges 2007). Greater emphasis will have to be given to studying relations among multiculturalism, health and gender from a historical perspective. It will also be necessary to continue exploring the different implications of biotechnologies in the life and health of individuals as a function of their sex. The case presented by Kristin Zeiler at the end of this part (text 3.15) may serve to illustrate one possible approach.

3. Texts

Women, gender relations and healthcare practice

3.1 History as Politics: Kate Campbell Hurd-Mead (1867-1941) and the Women Physicians' International Movement

Montserrat Cabré, University of Cantabria

The following text introduces the second volume of a *History of Women in Medicine* by the American physician and medical activist Kate Campbell Hurd-Mead. It is an unpublished manuscript of more than seven hundred pages compiled by two friends after her sudden death on January 1, 1941 in Connecticut, where she lived most of her professional life. The first book of a three-volume plan had been published in 1938 with great success within the women's physicians international community, embracing the history of women in medicine from the earliest times to the beginning of the 19th century. Its sequel starts with the first struggles for regular medical education for women in the 19th century. It is organized by countries and regions in 28 chapters and encompasses Eastern and Western Europe, the Middle East, India, Asia, Africa, Australia and New Zealand. She left the third book of the series undone, conceived of as dealing with the Americas; it would have included the data on women healers and physicians in North America, a distillation of which had been published in 1933.

The information on North American physicians had been collected through the organizational resources of the Committee of the History of Medicine that the American Medical Women's Association established in 1925 at the request of Hurd-Mead. She had presided over the Association between 1922 and 1924 and was responsible for the history committee until her death. Beyond her individual project to retire from clinical practice in order to take on the writing of history, there was a collective political enterprise to bring about acknowledgement for women's achievement in the healing professions. The role of history was central to empowering women physicians. They were aware of its impact on the creation of the new identities for women that they were leading. As they were setting up national and international support networks of women physicians, they were committed to knowing about women's accomplishments and making them known. Politics and history were intertwined: on the one hand, history had the ability to mediate

women's authority in medicine politically; on the other, women physicians' movements were literally capable of transforming their political agency into history. (Cabré 2001; Ortiz 2006)

Kate Campbell Hurd-Mead, "Introduction" to the *History of Women in Medicine. Volume II: Medical Women of the Eastern Hemisphere*. Unpublished manuscript edited by Eveline W. Brainerd and Dr. Esther P. Lovejoy, 1943. Kate Campbell Hurd-Mead Papers, A-35, Schlesinger Library, Radcliffe Institute, Harvard University, Cambridge, Massachusetts, USA, pp. 1-7. [Excerpt]

"The public study of medicine by women came almost abruptly from a stirring among American women for freedom, independence, and above all from a desire to be educated like their brothers. In every western European country many women of means and determination applied for entrance to hospitals in order to study in the wards or with tutors. French and English and German women had written excellent books on obstetrics and had also prepared books on the home remedies for sickness. But not satisfied with these methods, this desultory teaching, several determined women went to England or France or Switzerland in the sixties for extra medical study. [...]

In compiling the data for this volume on the history of medical woman it was necessary to travel half over the globe in order to get in touch with men and women who knew something about the subject of the medical education of women in different countries or who might be able to gather information from members of the profession. Although it was easy to find biographies of men doctors, the contrary was true of women. In fact it has taken twenty years of travel and correspondence to hunt out the pioneers and reconstruct somewhat of their background.

Sometimes good fortune showed the way, as in a chance meeting with Dr. Clara Stone, of Australia, in the British Museum. [...]

On the other hand, a voyage to China and Japan, and winter journeys through India, and a spring visit to the Holy Land and Egypt, and many tours to different countries in Europe furnished the open sesame to hundreds of medical women elsewhere.

After 1936 it would have been quite impossible to contact the medical women of the warring countries, some of whom were demoted from their positions as surgeons or members of hospital staffs and not permitted to hold gatherings with their colleagues. It was fortunate that the main biographical materials had been already assembled, in the twenties, due, in part, to the organization of the Medical Women's International Association in 1919, in New York.

The Young Women's Christian Association in that city had conceived the idea of making an intensive study of the social work of

medical women all over the world and the International Conference of Women Physicians was called and financed in order to study the methods of physical, social and educational help to women and children of different nationalities. Medical women noted for their work before and during the first World War came from sixteen countries to give their experience and advice, and practically all the women's organizations of the United States, including the American Medical Women's Association, were represented. For over a month this conference continued and at the end organized the Foundation for Positive Health.

Dr. Esther P. Lovejoy, chairman of the executive board of the American Women's Hospitals and acting president of the American Medical Women's Association, was a delegate to this Conference. She and other members of the board of the American Women's Hospitals and their colleagues from other countries, felt that the opportunity for forming a permanent international association of women doctors should not be lost. [...] After several of the speakers had stressed the importance of medical women of different nations conferring together from time to time on matters touching international health [...] a motion to organize such a society was unanimously approved. [...]

By the time of the second meeting of the Medical Women's International Association at Geneva, Switzerland, in 1922, national associations had been formed in many countries and their secretaries and members arrived, bringing to the conference the histories of the studies and practice of medicine by their pioneer women. [...]

During the period between the World Wars, when this history of medical women was gathered, education increased, health of nations was improved, women were freed from many old handicaps and there was scarcely a university without its enthusiastic women students. Suddenly in central Europe doors were again closed, floors dropped out, as it were, homes and property were seized, education stopped, communication between nations ceased, physicians and surgeons were scattered and pleasant associations disrupted. Destruction was the order of the day. [...]

From the graduation of Elizabeth Blackwell in 1849 to the present day, improvement in public health and hygiene has been the aim of all medical women. With the opening of the first medical schools to women, preventive medicine and welfare clinics have been sponsored by them all. [...] In these eighty years medical women have proved that they were able and willing to do whatever seems to be their special work of mercy. They have developed medical care for women and children in their home countries and have gone out to inhospitable lands and lonely stations where they have founded hospitals and medical schools for women where none were ever known”.

3.2 *Relaciones entre matronas y médicos en España y México en el siglo XIX*

Ana María Carrillo. Universidad Nacional Autónoma de México

Desde el principio de la historia de la humanidad, la atención al embarazo y el parto estuvo en manos de mujeres, y este saber se transmitía de madres a hijas o de maestras a aprendizas. Pero, eventualmente, la obstetricia llegó a ser una especialidad de la cirugía primero y de la medicina después. Los nuevos especialistas negaron la experiencia de las mujeres versadas en el arte de enseñarse las unas a las otras, y trataron de extinguir o al menos reglamentar su práctica y sabiduría ancestral.

Las bases de la masculinización del arte de partear y la subordinación de las matronas, se sentaron en España desde finales del siglo XVIII y en México en la siguiente centuria. Se obligó a las parteras a cubrir planes de estudio, realizar prácticas, aprobar exámenes y aceptar la superioridad de los médicos. A diferencia de lo que sucedía en España, donde la enseñanza para las matronas se impartió primero en los colegios de cirujanos y donde su formación era distinta de la que recibían éstos, además de que se les habilitaba para menos funciones, en México, cuando comenzaron los cursos de instrucción para ellas ya estaban unidas las carreras de medicina y cirugía, y las futuras parteras tituladas, como se les llamó, asistían a la misma cátedra de obstetricia que los estudiantes de medicina (si bien hubo varias disposiciones para que se les instruyera separadamente).

Oponiéndose a las restricciones médicas, las matronas españolas y mexicanas del siglo XIX atendían partos normales y complicados, administraban remedios internos y externos, se ocupaban de las mujeres durante el puerperio, extendían sus cuidados a sus recién nacidos, y no era raro que atendiesen enfermedades ginecológicas. Además, de forma independiente o a través de asociaciones, defendían su derecho a ejercer la práctica de la que la medicina académica había decidido apropiarse. Sin embargo, poco a poco, fueron perdiendo su autonomía (Carrillo, 1999; Marland, Rafferty eds., 1999; Ortiz, 2006).

En México, a partir de la instauración de la ginecología como especialidad médico-quirúrgica, se intensificó la presión del Estado para controlar a las parteras. En 1892, el Ministerio de Gobernación publicó un reglamento para las parteras tituladas que provocó un importante debate entre instituciones políticas, sanitarias y gremios de médicos y parteras (doc. 1 a 4). A través del mismo se ponen de manifiesto el papel de los valores y relaciones de género en la definición de actividades técnicas de una y otra profesión, la progresiva acotación de funciones de las parteras

tituladas, la resistencia de éstas y sus contradicciones con las parteras tradicionales y empíricas.

En España, las relaciones entre profesiones eran similares. Matronas y ginecólogos trabajaron con cierta frecuencia en asociación profesional en una relación ambivalente que acabó favoreciendo profesionalmente a los médicos. En el Doc. 5, se pueden apreciar, para el caso de una matrona y un médico que ejercieron a finales de siglo en la ciudad de Granada, los cambios en la relación de autoridad, la progresiva subordinación profesional y pérdida de funciones de las matronas y el papel de éstas como introductoras del médico en la práctica de la obstetricia y la ginecología.

Doc. 1. “Reglamento al que deberán sujetarse las parteras en el ejercicio de su profesión”, *La Medicina Científica* (México, F.D.), 5 (11), 1892, 168-169. [Extracto]

“Corresponde a las parteras la asistencia de los partos eutócicos y del puerperio fisiológico. Por tanto, siempre que se encuentren en presencia de un parto distócico o de un puerperio patológico, lo avisarán a la familia de la parturiente [...] para que con oportunidad se llame a un médico (Art. 1º). Siempre que un médico esté [...] presente para la asistencia de un parto, las parteras se sujetarán a las prescripciones de aquél (Art. 5º)”.

Doc. 2. Carta de la mesa directiva de la sociedad “Liga de Parteras”, al presidente de la República, de 23 de abril de 1892. Archivo Histórico de la Universidad Nacional Autónoma de México (AHUNAM), *Escuela Nacional de Medicina*, institutos y sociedades médicas, sociedad Liga de Parteras, caja 42, exp. 1, f. 1-3. [Extracto]

“[...] ¿Por qué hoy en pleno siglo XIX, en que todo es progreso, adelanto y civilización [...] se nos prohíbe el ejercicio de nuestra profesión en las cosas que sabemos y podemos hacer? ¿En qué se ataca a la higiene, a la salubridad y a la sociedad con el desempeño de nuestra profesión? No lo podemos comprender y sólo traslucimos un egoísmo de los médicos que tomaron participio en el [...] Reglamento. Ellos se han apropiado la parte lucativa de nuestra profesión, dejándonos solamente la que puede desempeñar una *rinconera*, como vulgarmente se llama a las parteras aficionadas que no tienen ni estudios ni título [...] suplicamos se sirva derogar o reformar los artículos 1 y 2 del Reglamento para Parteras, con lo que recibiremos gracia y justicia”.

Doc. 3. Carta del Consejo Superior de Salubridad a la Secretaría de Gobernación, de 13 de agosto de 1892. AHUNAM, *Ibid*, f. 4-13. [Extracto]

“[...] la libertad de trabajo queda limitada por toda resolución gubernativa [...] si se estima que se ofenden los derechos de la sociedad con la práctica de actos determinados. El Reglamento no ha tenido otro fin

que el de cuidar de los grandes peligros a que queda expuesta con la impericia de personas que hacen estudios muy limitados [...] la vida de dos seres. Aunque la forma empleada por las recurrentes es vehemente hasta la amenaza [...] salvo su mejor parecer, el de este cuerpo es que no ha lugar a la derogación de los artículos 1 y 2 del Reglamento”.

Doc. 4. Andrés A. Quijano “Dos palabras a propósito de las parteras y su reglamento”, *La Medicina Científica*, México D.F., 5 (11), 1892, 174-176. [Extracto]

“Si se obliga a ustedes no ignorar nada del arte obstetricial es porque, destinadas –aunque sin pretensiones de una igualdad imposible y absurda– a ser los auxiliares inteligentes de los médicos en los casos difíciles, y sus sustitutos en otros muy contados, natural era hacerles conocer el oficio en todos sus pormenores; de otra manera servirían ustedes tanto como cualquier otra anciana de la vecindad [...] Las malas [parteras] –y aun las buenas cuando se empeñan en sacar el pie del plato– son perniciosas en grado sumo [...] ¡Suponer que [los autores del Reglamento] hayan procedido [...] guiados por una aspiración tan triste como la de disputar a las parteras los despojos pecuniarios de una cuantas enfermas, abusando para ello de su elevada posición oficial...!”

Doc. 5: Anuncios publicitarios aparecidos entre 1895 y 1899 en el periódico local *El Defensor de Granada* (en adelante *D.G.*), (citado por Ortiz y Martínez, 1997 en: Marlandy Rafferty eds., p. 73).

“D^a Pilar Ortiz Grimaud, profesora distinguida con nota de sobresaliente en partos. Matrona de la Casa de Socorro y Sociedad La Humanitaria. Especialista en enfermedades de la matriz. [Calle] Méndez Núñez, 17”. *D.G.*, 1895, vol. 16, núm. 7912.

“Enfermedades de la matriz. Gabinete ginecológico para la curación de las enfermedades de la matriz, por la profesora distinguida con nota de sobresaliente en partos D^a Pilar Ortiz Grimaud, bajo la dirección de don Manuel Arenas Pérez, médico-cirujano. [Calle] Méndez Núñez, 17”. *D.G.*, 1895, vol. 16, núm. 7918.

“Enfermedades de la matriz. Don Manuel Arenas Pérez, licenciado en Medicina y Cirugía, tiene el honor de ofrecer al público su nuevo gabinete ginecológico especial para reconocimiento y curaciones de las enfermedades de la matriz. Contando como auxiliar con la acreditada e inteligente profesora en partos D^a Pilar Ortiz Grimaud, ésta practicará los reconocimientos a las enfermas que lo deseen. [Calle] Jesús y María, 3”. *D.G.*, 1899, vol. 20, núm. 11012.

3.3 *La educación de las mujeres según las primeras médicas doctoras españolas*

Consuelo Flecha García. Universidad de Sevilla

Las primeras jóvenes que terminaron en España estudios universitarios se licenciaron en la Facultad de Medicina de Barcelona y se implicaron en el intenso debate que sobre la educación de las mujeres se estaba desarrollando en España en la segunda mitad del XIX. Lo eligieron como tema para sus Tesis de doctorado, entre otras razones, para no desaprovechar la oportunidad que proporcionaba para exponer y difundir, en una tribuna pública, primero la experiencia y los motivos personales, y después los familiares y sociales, que justificaban una enseñanza superior para las mujeres, en un momento en el que se les estaba negando.

Relacionar este tema con la higiene, con la prevención de la salud, con el cuidado del cuerpo, significaba apoyar una medicina entendida como algo más que el arte de curar, inclinándose así por el movimiento médico-higienista que estaba despertando con fuerza. (Flecha García 1996; Cabré, Ortiz eds. 2001)

Con referencias detenidas y explícitas a los itinerarios culturales, científicos y sociales de las mujeres (Doc. 1 y Doc. 2) o, pasados los años, dándolas ya por sabidas, (Doc. 3), las médicas doctoras españolas quisieron, con sus investigaciones y con su ejercicio profesional, acercar a las mujeres aquellos conocimientos que mejoraran su vida personal y, si se casaban, la de sus familias, con especial atención a sus hijos e hijas. De ese modo buscaban también un lugar propio en una profesión de gran prestigio y poder social.

Doc. 1. María Dolores Aleu Riera. [Finaliza estudios de Medicina en 1879, Universidad de Barcelona. Doctora en 1882, Universidad de Madrid.] *De la necesidad de encaminar por nueva senda la educación higiénico-moral de la mujer.* Barcelona, Tipografía La Academia, 1883, 46 pp. [Tesis doctoral, extracto]

“De lo expuesto, resumiendo, se desprender las siguientes conclusiones:

Para negar la instrucción a la mujer, se han aducido pruebas fisiológicas, anatómicas y frenológicas. Se ha dicho que las funciones de generación le vedan ocuparse en trabajos serios; que todos sus tejidos, sistemas y aparatos son mucho más débiles que los del hombre; que en la extremidad cefálica no solo hay diferencias notables de volumen y peso en el cerebro, sino que estas diferencias han llegado a traslucirse en la bóveda craneana. Concedido: la maternidad en varias épocas de la vida absorbe muchas partes de las otras funciones y supone un periodo poco hábil para ejercitar con provecho sus facultades intelectuales; pero ¿acaso

ra ejercitar con provecho sus facultades intelectuales; pero ¿acaso esta influencia dura toda la vida de la mujer?

La organización masculina y femenina no se distinguen en los primeros tiempos de la vida intrauterina; ni en la niñez se ven diferencias entre niños y niñas en punto a la capacidad de sus facultades. Estas diferencias se marcan precisamente cuando viene a modificar las respectivas aptitudes la instrucción, tan distinta en uno y otro sexo. [...]

De lo expuesto, resumiendo, se desprende las siguientes conclusiones: [...]

6º La instrucción de la mujer es indispensable; la Historia nos da pruebas evidentes de que la gran desmoralización siempre ha concommitado con la ignorancia, y de que la reforma de la instrucción ha reformado siempre las costumbres.

7º Se necesita la instrucción entre las mujeres, porque por ella mejora su higiene: los vestidos, los cosméticos, el aire, los alimentos, las bebidas, y en general, todos los agentes de la higiene, serían empleados con conciencia científica y se evitarían la mayor parte de las enfermedades que hoy día afligen al sexo y a la prole, si las madres fuesen mejor instruidas.

8º De ahí resulta la imprescindible necesidad de que se ocupen aquellos a quienes les corresponda, en las reformas que requiere la educación higiénico-moral de la mujer”.

Doc. 2. Martina Castells Ballespí. [Licenciada en Medicina en 1882, Universidad de Barcelona. Doctora en 1882, Universidad de Madrid]. Educación Física moral e intelectual que debe darse a la mujer para que esta contribuya en grado máximo a la perfección y la de la Humanidad. Dynamis, 1999, nº 19, pp. 265-278. [Tesis doctoral, extracto]

“Aceptada, señores, la división de la Higiene en privada y pública, no titubeo en decir que si el conocimiento de ésta es utilísimo a la mujer, conceptúo de absoluta e imprescindible necesidad el estudio de aquella. La mujer necesita de la Higiene no solo para atender a sí misma, sí que también para cumplir con los deberes de esposa y sobre todo para desempeñar como es debido la honrosa y alta misión de madre. [...]

Si la niña que a (sic) pasado a ser mujer, después de los conocimientos adquiridos, se inclina a seguir una carrera científica o a dedicarse al comercio, aspira en fin a una honrosa posición en la sociedad, proporcionadle los medios para que siga adelante. [...]

La mujer casada, con su instrucción, aumentará los atractivos del hogar [...] No todas las mujeres se inclinan al matrimonio; no todas llegan a casarse ¿A qué está destinada entonces la mujer? Triste es pensarlo. [...] Dad a la mujer representación en la sociedad; dejad que cultive su inteligencia y de este modo contribuyendo a su felicidad, redundará el resultado en beneficio vuestro.

Si al final de su carrera, médica por ejemplo, una mujer se decide a ser esposa, sus conocimientos en vez de estorbarle le sirven en todos conceptos ¡Ojalá todas las esposas y todas las madres pudiesen ser médicos! Si la mujer médico no se casa, produce un bien en la sociedad dedicándose a las enfermedades propias de su sexo, puede atender a ellas con solicitud por su carácter; sin distracción ninguna porque no la tiene, y tal vez proporcione a la ciencia algún nuevo conocimiento”.

Doc. 3. Manuela Solís y Clarás. [Licenciada en Medicina en 1889, Universidad de Valencia. Doctora en 1905, Universidad de Madrid.] Higiene del embarazo y de la primera infancia. Valencia, Impr. Vives Mora, 1907, 364 pp. [Libro de divulgación dirigido a mujeres. Extracto]

“Las innumerables dudas que a la mujer se le ofrecen en los comienzos de la vida conyugal, no sólo en lo que se refiere a las nuevas funciones de su estado, sino a la manera de criar a sus hijos, y la repugnancia que muchas jóvenes tienen que vencer para consultar al médico sobre ciertas particularidades, nos ha impulsado a confeccionar el modesto trabajo que hoy damos a la luz pública y cuya finalidad no es otra que la de vulgarizar aquellos conocimientos elementales que deben servir de norma a la mujer. [...] Nuestra obra consta de dos partes: la primera está dedicada a la higiene del embarazo; la segunda a la higiene infantil.

En la primera parte, o sea la destinada a la higiene del embarazo, hemos creído conveniente empezar dando a la mujer algunas ideas generales sobre dicho estado, que han de serle de gran utilidad, referentes a la duración del embarazo, los signos propios del mismo, los embarazos falsos, las modificaciones del organismo materno en conjunto y la necesidad de la vigilancia facultativa. Luego pasamos revista uno por uno a todos aquellos agentes que pueden influir sobre el organismo de la mujer en cinta, como el aire, los vestidos, los alimentos, el ejercicio, los baños, etc., deduciendo en cada caso las oportunas reglas de conducta. Nos ocupamos más delante de las indisposiciones propias del embarazo y de los medios sencillos de aliviarlas, consignando algunas fórmulas medicinales para aquellos casos en que la embarazada se halle en la imposibilidad de consultar con el facultativo y escuchar su consejo. Exponemos después detalladamente todos los preparativos que debe hacer la mujer al aproximarse el parto y damos á conocer la higiene del sobreparto, tan descuidada de ordinario por ignorancia, y cuyo abandono tantas víctimas ha ocasionado. Terminamos, en fin, esta primera parte, tratando de la lactancia en sus diferentes formas, y del destete.

La segunda parte, o sea la dedicada a la higiene de la primera infancia, abarca todas aquellas nociones que a la madre interesa conocer para obrar con inteligencia y acierto en la crianza de sus hijos [...].”

3.4 *Gênero, saúde e espaço público: a trajetória de Maria Rennotte*

Maria Lucia Mott. Instituto de Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo

Diversos estudos sobre história y gênero referem-se à falta de registros sobre as mulheres no espaço público. No Brasil, a trajetória da médica Maria Rennotte (1852-1942), de trabalhadoras das diferentes áreas da Saúde e de reformadoras sociais, na virada do século XIX para o XX, demonstram o quanto tais pressupostos precisam ser revistos. A pesquisa sistemática em jornais, almanaques e revistas (diários, de divulgação, femininos, confessionais, das comunidades imigrantes e especializados), em arquivos públicos e privados (de escolas, hospitais, entidades assistenciais), em publicações governamentais e na legislação aponta para uma crescente presença das mulheres em atividades voltadas para a saúde e para a doença.

Esse tipo de pesquisa nem sempre é fácil, devida às condições precárias dos documentos, mas as informações colhidas, muitas vezes pequenas notas, possibilitam questionar imagens consolidadas sobre a sociedade brasileira e repensar o exercício da cidadania social pelas mulheres, nos primeiros anos da República. Direcionando o nosso olhar e limpando as lentes – obscurecidas pelo discurso das esferas separadas – encontraremos mulheres na esfera pública, atuando como prestadoras de serviços de cuidados e cura; clientes; profissionais liberais; proprietárias e gerentes; escritoras e pesquisadoras; funcionárias do setor público e privado; militantes e reformadoras sociais; fundadoras de entidades assistenciais voltadas para a promoção da saúde e a prevenção das doenças – mulheres casadas, solteiras e viúvas; com ou sem filhos; leigas, religiosas; de diferentes etnias e condições sociais; atuando de forma regular ou na contravenção. Maria Rennotte certamente teve uma visibilidade maior do que outras trabalhadoras da saúde e reformadoras sociais de sua época. Mas sua trajetória mostra a ponta de um iceberg (Mott, 2005).

Apesar de ter se formado em medicina quando já tinha mais de 40 anos, Maria Rennotte exerceu a profissão por quatro décadas na cidade de São Paulo, onde obteve grande clientela, reconhecimento entre os pares e se tornou exemplo para outras mulheres. Carlota Pereira de Queiroz numa pequena autobiografia, conta que quando criança foi com a mãe ao consultório da Dra. Rennotte, a primeira mulher médica que conheceu. Afirma que ela tinha uma grande clientela. Foi, então, que a menina Carlota – que mais tarde seria médica e primeira deputada (Constituinte de 1934) – percebeu “que uma mulher podia exercer a

medicina com sucesso”. (Hellstedt, Leone M. (ed.) *Women physicians of the world*, 1978, p. 85, citado por: Bernardes, Maria Thereza Caiuby Crescente. *Mulheres de ontem?* São Paulo, T.A. Queiroz, 1989, p.135-136.)

Nascida na Bélgica, Maria Rennotte fez o curso para magistério na França, ensinou francês na Alemanha, mudando-se para o Brasil em 1878, para trabalhar como professora. Em 1889 mudou-se para a Filadélfia (EUA) para estudar medicina. De volta ao Brasil, apresentou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro a tese para revalidação do diploma, intitulada *Influência da Educação da Mulher sobre a Medicina Social* (Rio de Janeiro, Tipografia Aldina, 1895). Recém-formada a médica foi contratada para trabalhar na Maternidade São Paulo. Em 15/10/1897, *A Mensageira*, revista feminina, publicava uma nota:

“Visitamos há dias esse admirável estabelecimento de caridade, habilmente dirigido pela ilustrada Doutora Maria Rennotte e mantido às expensas das generosas sociais (...) É o primeiro estabelecimento dessa ordem que na América do Sul se mantém exclusivamente, à custa das senhoras”.

Maria Rennotte conquistou um importante espaço profissional, participou de associações de classe e de Congressos Médicos, onde apresentou trabalhos referentes à sua profissão, como também sobre dois outros temas que se dedicou com afinco: a criação de escolas de enfermeiras e de um hospital para crianças. Foi, sobretudo através da Cruz Vermelha, que pode desenvolver essas campanhas

Em 10 de fevereiro de 1894, o jornal *O Estado de São Paulo*, publicou na primeira página um artigo de Maria Rennotte conclamando as mulheres a participarem da entidade. O texto além de contribuir com informações para a biografia da médica, atestando um intenso trânsito entre diferentes países (esteve na Exposição Universal em Paris), possibilita repensar a participação das mulheres na vida nacional, antes mesmo do exercício do voto, via associações e instituições filantrópicas.

Maria Rennotte (1894) “Apelo às Paulistas”, *O Estado de São Paulo*, 10/2/1894, p.1 [extrato].

“Neste momento em que a nação está passando por uma fase das mais angustiosas não basta que os bravos vão expor os seus peitos as balas adversárias, que eles derramem o seu sangue pela defesa do lar, da família. É preciso também que a mulher de prova de dedicação ao seu solo natal, de sua afeição à terra que viu nascer, de seu brio Paulista, cooperando como generosa voluntária, na defesa deste Estado.

De que modo pode este ente, especialmente aqui considerando incapaz e fraco, provar que no tempo do perigo os tipos de Jeanne d'Arc e Beaurais ainda não se extinguiram que as Vetulias e as Cornélias ainda vivem e tem suas iguais? Pondo por acaso o saco ás costas, a espingarda ao ombro, como fizeram as parisienses quando defenderam a entrada de Courbevoie contra os alemães? Não, não precisa a mulher arregimentar-se como soldado armado. Destes há bastante. Seus serviços são mais preciosos numa outra direção. (...) Quem foi a Exposição Universal de 1889 deve lembrar-se da grandiosa exibição que “les Dames de la Croix Rouge et les Dames France” ofereciam ao público. Tenda de hospitais, camas, instrumentos cirúrgicos dos mais modernos *trousses* para as enfermeiras, carros para o transporte fácil e cômodo dos feridos, desinfetantes, bandages, roupas de muda, mantimentos, artigos para a dieta dos convalescentes, etc. Pelo que precede, é quase escusado dizer qual o fim desta associação que deveria existir em S.Paulo: necessariamente é prestar serviços em tempo de guerra indo ao campo de batalha dar os primeiros socorros aos feridos; levar os que forem derrubados pelas balas inimigas para as tendas hospitalares e, esperando o cirurgião prestar os serviços de primeira urgência. Em tempo de calamidade pública estas irmãs da Humanidade, tendo por única insígnia a Cruz Vermelha sobre a fita branca ainda ao braço, deixam outra vez seus cômodos e salões para prestar alívio à pobre humanidade de sofredora, graças aos conhecimentos que receberam nas conferências que se dão nos seus estabelecimentos. (...) Nesta terra onde o patriotismo não é inferior ao das mulheres européias e norte americanas, vivem ainda Paraguaçús e tipos análogos. (...) As mães, outras Cornélias irão querer dar aos seus filhos, as suas jóias, a sua bolsa para ajudar o governo a profere de barracas, hospitais etc.; aquelas podendo deixar seus lares e que acreditem, como Alfred de Musset, que *Mourir pour la patrie, c'est le sort le plus beau, le plus digne d'envie* armarão o seu braço do Sinal da Redenção e outras Madalenas, levarão aos sofredores aos generosos que tingiram a terra de seu sangue aos delirantes, aos moribundos, não soluços inúteis, gritos desarrazoados, mas sim alívio, conforto, graças aos conselhos recebidos de médicos que, sem duvida, não se recusarão a ensinar aquelas que quiseram alistar-se na Cruz Vermelha. (...) Não fomos criados nem para prazeres, nem para sofrimentos, mas para a ação. Paulistas, o tempo de agir chegou; o vosso Estado necessita de vosso auxílio; quem corajosamente responderá: avante; quem prestará o seu dinheiro ou sua pessoa à causa da pátria?”

3.5 *La feminización de las profesiones sanitarias en el siglo XXI*

Teresa Ortiz-Gómez. Universidad de Granada

En la segunda mitad del siglo XIX, las primeras mujeres que accedieron a la universidad en gran parte de los países de Europa y América lo hicieron para ser médicas, y solo con posterioridad fueron eligiendo otras carreras. Todo parece apuntar que dos siglos después, a mediados del siglo XXI, las profesiones sanitarias estarán mayoritariamente en manos de mujeres en la mayoría de países Europa y América. Esta situación sería inédita en un sector laboral donde, hasta hace tan solo 50 años, la hegemonía femenina se limitaba a matronas y enfermeras. La feminización del sector esconde, con todo, diferencias importantes entre profesiones y países, como se puede apreciar en las Gráficas siguientes, donde se aprecia que, en general, en las profesiones de tradición masculina, la mayoría de profesionales siguen siendo varones.

Aunque la tendencia al aumento de mujeres es similar a nivel internacional, los procesos de feminización sanitaria han tenido ritmos diferentes en función de los propios contextos sociales y sanitarios. En los países nórdicos y Rusia el número de mujeres ha sido constantemente más elevado que en el resto de Europa. Por el contrario, en Estados Unidos, que a finales del siglo XIX tenía la mayor proporción de médicas en ejercicio, las cifras han estado durante el siglo XX entre los niveles más bajos. A tenor de la actual composición del alumnado, que es mayoritariamente femenino, todo hace suponer que la feminización aumentará, a corto plazo, con la entrada de jóvenes profesionales. En medicina, por ejemplo, más de tres cuartas partes de los estudiantes europeos son mujeres mientras que en México, Norteamérica y Canadá lo son ya el 50%.

En las tablas que siguen ofrecemos datos que muestran la progresiva incorporación de mujeres en las profesiones sanitarias. La selección de países de la tabla está directamente relacionada con la accesibilidad de los datos estadísticos, escasos y difíciles de conseguir en la mayoría de países ausentes, tanto a través de fuentes primarias como de bibliografía específica. Invitamos al alumnado del posgrado a buscar información y a completar la tabla mediante la búsqueda y localización de nuevas fuentes y bibliografía sobre los países ausentes.

A esta creciente feminización y, más específicamente, de la profesión médica, le atribuyen diferentes sectores profesionales y sociales una potencial capacidad de transformar la práctica médica, sobre todo dentro de los sistemas públicos de atención sanitaria dominantes en Europa. La Federación Europea de Médicos Asalariados lo interpreta como un signo de descenso en las retribuciones y auguran una disminución de la cobertura médico-asistencial debido a las formas de trabajo de las mujeres que, en

general, prefieren jornadas de trabajo más cortas, son menos dadas al pluriempleo y dedican más tiempo a cada persona que acude a sus consultas. La posibilidad de una atención más humana, integral y personalizada está también en algunas hipótesis de trabajo y enlaza con una forma de práctica bastante extendida entre mujeres tanto en el pasado como en la actualidad (More and Milligan 1994; Chambers and Campbell, 1996).

Para discutir los datos de la Gráfica 1, sugerimos hacer una lectura comparativa entre países, teniendo en cuenta las diferencias en la situación social de las mujeres, las características de los sistemas de atención sanitaria y el diferente estatus de la medicina.

Convendría también buscar información sobre las fechas de incorporación de las primeras médicas en uno o varios países, sobre la historia de las mujeres en las diferentes profesiones y sobre el papel de las profesionales en la organización profesional y sanitaria.

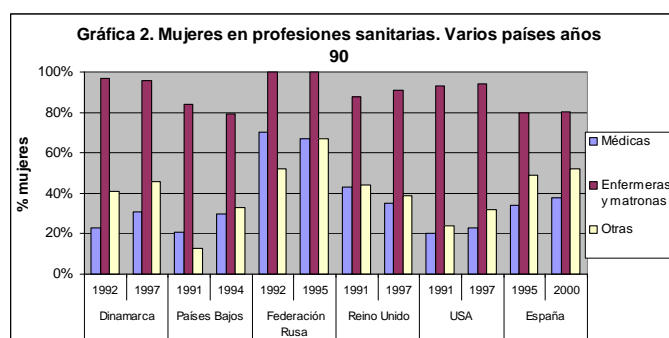
Respecto a la Gráfica 2, proponemos discutir la diferente feminización según grupos profesionales, relacionar con procesos históricos de segregación de las mujeres en las actividades sanitarias, explicar las diferencias de feminización según profesiones y las similitudes y diferencias entre países. Buscar información sobre la proporción mujeres/varones por especialidades y profesiones en alguno de estos países, observando y analizando en cuales se concentran.

Para el análisis, tener presente también los posibles efectos de los discursos que intentan *naturalizar* y situar en el núcleo de la feminidad el interés de las mujeres por las profesiones sanitarias. Valorar también el efecto socializador de los programas de educación sanitaria que durante el último siglo y medio han estado dirigidos exclusivamente a mujeres para convertirlas en agentes de salud en el ámbito doméstico.

Gráfica 1. Feminización de la medicina S. XX. Varios países

Datos Gráfica 1								
% mujeres en profesión médica por países								
	Dinamarca	España	Finlandia	Noruega	Suecia	URSS / Fed. Rusa	Estados Unidos	México
1930	1	0,1				60	4.4	
1950	10	1,0	21	10	9	65	6.1	9
1970	18	4,4	27	12	17	70	7.6	
1990	26	30	42	23	34	70	16.9	34
2004	37	42	50	31	39	70	26.6	

Fuente: Riska, 2001; More 1999; INE. Anuarios Estadísticos de España, 1996 y 2001. Harrison-BA-Hons, Margaret. Identity and experience: a study of selected female physicians in five provincial states of Mexico. *Salud Pública Méx.* [revista en Internet]. 2000 June [citado julio 2007]; 42(3): 208-216. Accesible en: <http://www.scielosp.org/>



Datos Gráfica 2												
% mujeres por profesiones y países												
	Dinamarca		Países Bajos		Federación Rusa		Reino Unido		USA		España	
	1992	1997	1991	1994	1992	1995	1991	1997	1991	1997	1995	2000
Médicas	23	31	21	30	70	67	43	35	20	23	34	38
Enfermeras y Matronas	97	96	84	79	100	100	88	91	93	94	80	80
Otras*	41	46	13	33	52	67	44	39	24	32	49	52

* Odontología, Farmacia y Veterinaria. Fuente: Neeru Gupta et al. Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys? *Human Resources for Health* 2003, 1(16 pp.) Accesible <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/5>. INE. Anuarios Estadísticos de España, 1995 y 2000.

Scientific knowledge and policies on the female body and sexuality

3.6 *Corpo e Medicina no Brasil do século XVIII*

Denise Bernuzzi de Sant'Anna. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Em 1735 foi publicado no Brasil o *Erário Mineral*, escrito por Luis Gomes Ferreira, um cirurgião português licenciado, que como muitos outros veio ao Brasil exercer seu ofício no interior do país. Gomes Ferreira se destacou entre os eruditos da época devido à sua capacidade de utilizar a farmacopéia e a experiência de colonos e índios, de homens livre e escravos, de curandeiras e parteiras. Esta obra revela de modo detalhado o conjunto de significados da saúde existente durante o século XVIII no país e sugere a presença de uma concepção de corpo intimamente relacionada à importância das forças naturais – clima, estações do ano, astros e ventos.

A partir de trechos do documento citado mais abaixo, tendências características do universo cultural da medicina e das relações com o corpo no Brasil colonial podem ser observadas, como as seguintes:

Por meio dos escritos de Gomes é possível perceber o quanto o cotidiano de outrora era inseguro, violento e intensamente marcado pela atuação masculina, mais do que pela presença de mulheres. O universo de lida com os frutos da terra, com a busca de riquezas, incluindo viagens, aventuras e uma sociabilidade que corria no fio da navalha entre companheiros de trabalho e disputas violentas, era principalmente reservado aos homens.

Os conselhos médicos eram comumente infiltrados pelas tradições populares e, em particular, pela influência dos saberes de parteiras e curandeiras. No caso da maternidade, especialmente, a natureza servia como guia infalível. (A quantidade de receitas populares, sempre baseadas na posição dos astros, na força de determinadas plantas e na observação dos ventos demonstrava a pertinência do vínculo entre a gravidez e o mundo externo, incluindo sua flora e fauna). As parteiras eram, assim, espécies de elos entre as forças da natureza e àquelas presentes no corpo de cada mulher. Gomes se apropriou dos conhecimentos destas e de outras mulheres da época: aplicava simpatias julgadas infalíveis para as parturientes e recorria a recursos tradicionais entre mulheres para atingir a melhora de suas “purgações” vaginais.

Nessa sociedade rural, existia um vínculo essencial entre o corpo do cosmos e aquele de cada indivíduo. E, ainda, uma constante comuni-

cação entre ambos cuja ruptura significava o advento de doenças ou mesmo da morte. A presença de doenças venéreas, por exemplo, ocupou as atenções de diversos curandeiros e médicos. A força dos corpos concentrava-se em regiões distintas a depender do sexo e da idade: assim, por exemplo, o aparelho reprodutor feminino corria o risco de graves “resfriamentos” enquanto que sua existência saudável confirmava as qualidades e o valor de uma mulher. Já para os homens, o centro da força física costumava ser designada pela visibilidade dos músculos, pela rapidez do raciocínio, pela capacidade reprodutora e, portanto, raramente se concentrava numa única parte do corpo. Mas, conforme o documento citado, entre a virtude interna ao corpo e suas partes vistas externamente a comunicação era inevitável. Assim como havia uma comunicação entre o macrocosmo e o microcosmo corporal, pressupunha-se uma relação de contágio entre o interior corporal, a alma e as partes externas do corpo. (Dias, 2002)

Luís Gomes Ferreira. *Erário Mineral* [Júnia Ferreira FURTADO (Org.)]. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2002, 2 vols.

Doc. 1 “Para acidentes uterinos ou sufocação da madre:

Cortem os cabelos das partes baixas da própria doente e botem-nos em brasas, e tome aqueles fumos pelos narizes, debruçada em cima, que logo se livrará do paroxismo por modo de milagre; é experimentado muitas vezes. Ou este: untem o palato ou garganta com fel de boi, que logo entrará em seu acordo. Ou este: metam na boca da madre um botão que leve dentro algália, que logo descerá a madre a seu lugar, e, ao mesmo tempo, tome pelos narizes fumos de coisas fétidas, como de solas de sapatos velhos, de enxofre, das verrugas da parte de dentro das mãos e pés de cavalos, e das rapaduras dos seus cascos, e outras coisas semelhantes”. (vol. 1, p. 337)

Doc. 2 “Das mordeduras de víbora e mais cobras venenosas

A mordedura de víbora ou de outra qualquer cobra venenosa se sarjará logo muito bem e, dada bastante descarga do sangue espremendo-se, se lhe aplicarão ventosas com bastante fogo para atrair o veneno para fora e pôr-lhe na parte mordida remédios atraentes para se não comunicar o veneno ao todo, e seja regra geral, em todas as mordeduras venenosas (...) ou abram frangos vivos pelas costas e se apliquem enquanto estiverem quentes e se renovarão”. (vol. 2, p.681-2)

Doc. 3 “Os remédios que se aplicam por fora comunicam as suas boas ou más virtudes dentro.

Porque há algumas pessoas, e o pior é alguns professores, que duvidam que os remédios aplicados por fora do corpo possam comunicar as

suas virtudes dentro, os quero convencer com o seguinte: Diz o doutor Corvo que estando uma mulher com uma dor de ventre procedida de causa fria e tão grande que o obrigou a mandar-lhe lançar uma ajuda de vinho, com a qual a mulher ficou tão bêbada que falou mil disparates, é certo que não só comunicou a sua virtude a todo o corpo, senão também à cabeça; vemos, também, cada dia, que as ajudas substanciais sustentam muitos dias aos doentes que nada comem; os emplastos que eu aplico às pontadas pleuríticas com tão grande aproveitamento dos enfermos, que em seu tratado ficam aprontados, obram com tanta felicidade como podem experimentar quem deles usar, e não seria assim se não comunicassem dentro a sua virtude”. (vol. 1, p. 409).

3.7 *Semiología del androcentrismo en patología y clínica contemporáneas*

Consuelo Miqueo. Universidad de Zaragoza

Los fragmentos que hemos seleccionado proceden del *Manual de Medicina Interna* de Teófilo Hernando y Gregorio Marañón (2ª ed. Madrid, 1925), quienes reunieron a los mejores especialistas españoles del momento (como Pittaluga, Cajal, Tello, Pi y Suñer, Novoa Santos, Recasens, etc.), para conseguir una puesta al día en la nueva medicina europea.

Los textos de de Semiología Clínica (Doc. 1) muestran la pertenencia de este manual al paradigma de la *indiferencia* sexual y un isomorfismo que es más intenso que el observado un siglo antes en textos de fisiopatología romántica (Miqueo 2001, pp. 97-103). Del capítulo de Nosografía (Doc. 2) hemos seleccionado la “Angina de pecho” porque muestra, justamente, la otra cara del androcentrismo en la ciencia. Permite comprender cómo se ha construido científicamente un estereotipo sexista de consecuencias sanitarias nefastas. La comunidad médica internacional se ha alarmado recientemente al comprobar que la coronariopatía es la enfermedad que causa mayor mortalidad en las mujeres de edad madura, lo que viene a romper el tópico imperante de “el infarto es cosa de hombres” que durante años ha dado lugar a errores diagnósticos, a un menor esfuerzo terapéutico hacia las mujeres afectas y a sesgos de género en la investigación clínica y epidemiológica que, a su vez, han reforzado el estereotipo. Es un texto histórico elocuente de la sencilla y razonada descripción de los modos de enfermar que corresponden a cada sexo y del distinto comportamiento que socialmente se espera de hombres y mujeres respecto a la enfermedad del siglo. Muestra cómo se delimitaron las dos esferas de la patología coronaria: la que representa la enfermedad y la que representa la simulación de la enfermedad; la que pertenecerá a la esfera de acción profesional del médico (la enfermedad orgánica) y la que será excluida de ésta y mantenida en la esfera de acción espiritual del confesor o, más tarde, del psicólogo (la enfermedad psicósomática) (Miqueo 2006, p. 399-402).

El estudio de la iconografía de este libro revela, más intensamente que el texto, el androcentrismo de la obra. Todos los esquemas corporales muestran un cuerpo masculino. Excepcionalmente observamos la representación de la mano femenina de una paciente (manguitos de medición de la tensión arterial). La constante expresión “sujeto” o “adulto”, o “individuo normal” denota, asimismo, la universalidad del orto masculino, inaugurando un estilo en el lenguaje científico que perdura todavía, y que difiere de los manuales decimonónicos, como el de Auguste Chomel o José de Letamendi, que alternaban esas expresiones con la muy frecuente de “personas” .

Doc. 1: Carrión, Pedro; Calandre Luis. Exploración y semiología general del aparato circulatorio. En: Teófilo Hernando y Gregorio Marañón. *Manual de Medicina Interna*. 2º ed. Madrid, Impr. José Ruiz, 1925, Tomo I, pp. 331-404.

“*Palpación.* Por palpación de la región precordial nótase el choque de la punta del corazón que viene a ser la manifestación externa del sístole ventricular. La palpación de la región precordial debe hacerse aplicando primero la mano de plano, sin ejercer demasiada presión; el choque de la punta del corazón se localizará mejor palpando después con la punta de los dedos. Cuando no se percibe bien el latido, conviene hacer que el enfermo se incline hacia delante. El choque de la punta coincide con el primer ruido del corazón y se aprecia normalmente en una zona de 10 a 15 mm², situada en el 5º espacio intercostal, a un centímetro más o menos por debajo y por dentro de la mamila, debiendo advertir que en el niño hasta los cinco o seis años late en el 4º espacio y en el viejo es frecuente que baje hasta el 6º. Cuando el tórax es estrecho y alargado, el latido de la punta se aprecia más abajo que en el tórax normal. (...) Al tratar de apreciar *la energía del latido cardíaco por palpación, debemos tener en cuenta el modo de verificarse la contracción ventricular y la forma en que se transmite esta contracción a la mano que explora.* El choque de punta está muy disminuido o deja de percibirse en los individuos que tienen abundante panículo adiposo, en el enfisema pulmonar, en el derrame de pericardio, pudiendo, por otra parte, apreciarse latidos muy violentos que no guardan relación ninguna con la fuerza de la contracción cardíaca, como ocurre en casos de eretismo cardíaco, fiebre, clorosis, etc. [...]” (pp. 335-336).

“*Auscultación. Ruidos de soplos.* Los soplos de la región precordial delatan unas veces lesiones orgánicas, existiendo otros en ausencia de lesión cardíaca, por lo que se distinguen en *orgánicos* y *anorgánicos*. (...) Existe otro grupo de soplos que, no dependiendo de lesiones orgánicas, tampoco se relacionan con los trastornos funcionales que hemos descrito. Son muy frecuentes en todas las edades y en ambos sexos, salvo en los niños menores de cuatro años, en los cuales se observan muy raramente. Aparecen en sujetos de sistema nervioso fácilmente excitable. Potain los denomina *soplos de consulta* por haberlos observado en individuos impresionables durante la exploración cardíaca. Guardan estrecha relación con las distintas anemias (posthemorrágicas, palúdica, saturnina, clorosis) y con el bocio exoftálmico, habiendo sido también notada su presencia en un gran número de enfermedades febriles”. (p. 346)

Doc. 2: Del Cañizo, Agustín. Enfermedades del corazón y del pericardio. Angina de pecho. En: Teófilo Hernando y Gregorio Marañón. *Manual de Medicina Interna*. 2º ed. Madrid, Impr. José Ruiz, 1925, Tomo I, pp. 405-523.

Anatomía Patológica. La angina de pecho es la resultante de un estado de agotamiento cardiaco, principalmente de la contralidad, producido a consecuencia de una alteración coronaria que disminuye el aporte sanguíneo y crea un estado de isquemia en el miocardio. (...) *Etiología.* Afecta preferentemente al sexo masculino en la edad media de la vida. Se ve rara vez en los hospitales, tanto por lo rápido de su curso cuanto porque son más atacadas las clases acomodadas y pudientes. Según Osler, no suelen ser las personas débiles y nerviosas las más predisuestas, sino los sujetos vigorosos de cuerpo y espíritu, que viven en lucha continua y permanente tensión (políticos, banqueros, médicos, hombres de negocios). Es generalmente reconocida la relación de esta enfermedad con la *arterioesclerosis* diseminada y con la *mesoarteritis sifilítica* por la lesión de las coronarias. Merecen también consideración etiológica algunas intoxicaciones, por ejemplo: el plomo y tabaco, cuya acción es principalmente vascular; este último produce una forma muy peculiar (*angina nicotínica*). Como causas ocasionales obran los esfuerzos y fatigas, conmociones violentas del espíritu, pesares intensos, etc.” (p. 463).

Diagnóstico diferencial. La coexistencia de una *aortitis sifilítica* o de una *arterioesclerosis diseminada* es un dato importante a favor del diagnóstico de angina de pecho. Pero en los casos de *lesión coronaria primitiva*, sin manifestaciones periféricas ni alteraciones demostrables del corazón, puede ser muy difícil el diagnóstico diferencial, sobre todo con una *angina o pseudoangina nerviosa*, patrimonio de histéricas o neuropatas, susceptible de imitar todos los rasgos de un ataque anginoso. La edad y antecedentes del sujeto, la falta de la expresión de angustia del rostro, la mayor tendencia a moverse y gritar y algo de teatral y forzado, propio de las cosas neuropáticas, es muchas veces un guía seguro para un espíritu sagaz. Ante síndromes dolorosos en personas que pasen de los cuarenta años, y con mayor razón si hay antecedentes sifilíticos, se debe ser reservado en el diagnóstico”. (p. 466-67).

3.8 *Alegres e perigosas: prostituição e vida urbana no início do século XX*

Luis Soares Camargo. Arquivo Municipal de São Paulo

Desde as últimas décadas do século XIX, duas grandes tendências caracterizam as leituras sobre a prostituição no Brasil e em particular na cidade de São Paulo: por um lado, aquela pontuada pelo receio da prostituta, mulher em geral pobre e vista como transmissora de doenças. Por outro, existe a suposição de que a prostituta levaria uma “vida alegre”, sem compromissos, despertando curiosidade e fascínio. Atração e temor foram, portanto, os dois lados da mesma moeda sempre que se abordava o tema da prostituição em tratados médicos e em diversos artigos publicados na imprensa. (Engel 1988).

Nesses textos, o centro das preocupações tendia a se concentrar no perigo da transmissão da sífilis e, igualmente, na possível desagregação que essas mulheres representavam para a família e para a sociedade. Por isso, elas próprias chegaram a ser consideradas uma “chaga” ou uma “doença social”. Na esfera do governo o mesmo ocorria, e as discussões versavam sobre as medidas a serem tomadas para controlar uma “classe” que, segundo as autoridades locais, se tornara ameaçadora: segundo os relatórios médicos, as prostitutas teriam abdicado de seu papel de esposas e mães para se entregar a uma vida de luxúria e, não raro, com ostentação. Uma primeira hipótese resultante desta tendência está no fato de que quanto mais a defesa da higiene corporal e moral servia como fundamento da preservação das famílias, mais a prostituição incomodava, seja pela quebra das regras, seja pelo fascínio que tal situação poderia exercer sobre as mulheres honestas. Outra hipótese se sustenta na idéia de que a progressiva medicalização da prostituição poderia servir como meio de prevenir doenças e, ainda, manter a ordem urbana e familiar submetida aos interesses políticos e econômicos das autoridades públicas. Por conseguinte, nos fragmentos de textos históricos colocados abaixo a prostituição aparece ora como algo ameaçador, ora como uma prática que deve ser cada vez mais minuciosamente controlada e submetida à intervenção legal. No entanto, em alguns trechos desses textos percebe-se que a regulamentação da prostituição nem sempre ocorria de acordo com os interesses e métodos estipulados por médicos e políticos interessados em controlar esta atividade. Assim, mais uma hipótese emerge na leitura da bibliografia acerca da prostituição: ao longo dos últimos dois séculos, as formas de conceber esta experiência, as maneiras de separar as prostitutas mais secretas daquelas mais públicas, assim como as estratégias de resistir à regulamentação vinda das instituições públicas foram mais complexas do que poderia prever os médicos, higienistas e outros profissionais interessados em regrar e uniformizar o tratamento dado ao corpo e à sexualidade.

Alguns trechos de documentos históricos podem ilustrar melhor estas hipóteses e tendências:

1. Em 1819 o viajante francês Auguste de Saint-Hilaire relatou que em nenhuma outra parte do mundo encontrara prostitutas em tamanha quantidade tal como em São Paulo: “eram elas de todas as cores”; à noite, as calçadas ficavam cheias delas que “caminhavam devagar, ou esperavam os fregueses nas esquinas; mas nunca abordavam os homens, olhavam apenas quem passava, conservando uma espécie de pudor exterior, e nada demonstravam de cínico despudor que, na mesma época, era tão frequentemente revelado pelas prostitutas parisienses de baixa classe”, completou Saint-Hilaire que ainda considerava o risco das “moléstias venéreas, contra as quais as pessoas das classes inferiores nenhum cuidado tem”. Curioso, ele ainda conversou com uma prostituta e a interrogou sobre a sífilis. Com certa surpresa, ele recebeu da mulher a seguinte resposta: “– Quem não sofre de tal moléstia?” (Saint-Hilaire, Auguste de. *Viagem à Província de São Paulo*. São Paulo: Livraria Martins Editora, 1945, p.184). Analisando tal situação, o autor concluiu que “é de crer que essa moléstia, fazendo tão grandes progressos, contribuía muito mais do que qualquer outra cousa para alterar a saúde pública”. (Saint-Hilaire 1945, p. 187).

2. Mais tarde, a Intendência de Higiene e Saúde Pública da cidade de São Paulo, passaria a ter como uma de suas atribuições “Determinar as regras gerais que mais convenham quanto a serviços ou classes de pessoas que afetem à saúde, como a das meretrizes, bem como os estabelecimentos chamados perigosos, incômodos e insalubres, e suas instalações” (Lei nº. 9 de 03/12/1892, Art. 161, 4º. Em: *Leis e Resoluções da Câmara Municipal de São Paulo*, São Paulo: Casa Vanorden, 1914, p. 48). Na mesma época, dava entrada na Câmara Municipal um projeto denominado “Regulamento Sanitário da Prostituição”, e cujas bases principais assentavam-se na criação de uma repartição especial que cuidaria somente das prostitutas, promovendo o seu registro e prevendo inspeções médicas periódicas. Entretanto, a maior dificuldade para a adoção desse dispositivo era a falta de regras “que poderiam servir de norma para decidir se uma mulher deveria ou não ser classificada como prostituta”; existia a “prostituição secreta” ou aquela que se apresentava “debaixo de grande número de modificações e gradações, o que tornava muito difícil a tarefa de estabelecer” critérios que pudessem ser aplicados, sem erro, pelas autoridades policiais. (Atas da Câmara de São Paulo, 1892, pp.133-135). Uma mulher casada poderia ser uma prostituta desde que tivesse um amante, as solteiras ou separadas também; outras ainda poderiam se esconder debaixo de atividades como as de florista, costureira, quitandeira, etc.

Como definir tantas situações, muitas delas secretas como afirmaram os edis? Por este e outros problemas, tal projeto não prosperaria, o que nos revela ser esta uma área tensa, carregada de melindres.

3.9 Salud, trabajo y género: Orientación profesional para las mujeres

José Martínez Pérez. Universidad Castilla-La Mancha

Mercedes Rodrigo (1891-1982), pionera de la Psicología en España, escribió el texto que se reproduce a continuación cuando desplegaba su relevante labor en el marco del Instituto de Reeducación Profesional de Inválidos del Trabajo, inaugurado en Madrid en 1924. La Psicología aplicada supo apoyarse en las ideas y prácticas dimanadas de la Organización Científica del Trabajo para lograr persuadir a la sociedad de la necesidad de impulsar su desarrollo con vistas a prevenir la siniestralidad laboral, y “racionalizar” el mercado de trabajo y la actividad económica de la nación. Trabajó en el Instituto Psicotécnico de Madrid hasta que la Guerra Civil la empujó al exilio en Colombia, donde contribuyó significativamente al nacimiento y desarrollo de la Psicología aplicada. (Herrero, Fania (2000): Mercedes Rodrigo: una pionera de la Psicología Aplicada en España y en Colombia, Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid; Martínez Pérez, 2004)

El texto posee un tono divulgativo, al tener su origen en la conferencia que impartió Rodrigo en el IV Congreso de Estudios Vascos (Vitoria, 1926), organizado por personas de diferentes profesiones y que contaba, también, con un público de variada formación. Estuvo dedicado de forma monográfica al tema de la Orientación Profesional (O.P.), y contó entre sus ponentes a los más destacados especialistas españoles. De hecho, las conclusiones del mismo influyeron notablemente en el devenir de la disciplina, tanto en la elaboración de nuevas disposiciones legislativas como en las prácticas de los nacientes centros de O.P. en España. Su exposición se estructura en tres grandes bloques. En el primero plantea la necesidad de una O.P. femenina y señala las características que ha de reunir la persona encargada de llevarla a cabo. En el segundo, pone de manifiesto aquellos principios psicológicos que deberían ser tenidos en cuenta en la O.P. femenina. En el bloque final expone las actividades laborales hacia las que, consecuentemente, habría que orientar a las mujeres.

El texto permite abordar diferentes cuestiones derivadas del modo en que Rodrigo plantea el papel de la O.P. femenina. Temas como el debate sobre la igualdad entre los sexos, la presencia en ese discurso de las teorías antropológicas sobre el cuerpo humano conectadas con la patología constitucional, el papel de la Medicina y la Psicología en la creación de estereotipos culturales, la posición de la mujer en la sociedad o la distribución sexual del trabajo, emergen en un discurso que ofrece numerosas pistas para profundizar en el entendimiento de los debates en la época sobre la condición femenina y las formas en que se ha ido construyendo la identidad social de la mujer. Su lectura permite también comprobar la

utilización de elementos discursivos del paradigma científico de la diferencia sexual entonces vigente para legitimar el papel de las mujeres (y el suyo propio) en un campo de trabajo técnico incipiente y para defender la segregación sexual en el mundo laboral. Queda abierta la cuestión de hasta qué punto se trataba de estrategias feministas comunes a su tiempo o de un convencimiento sobre las limitaciones de las mujeres que su propia actividad contradecía

Mercedes Rodrigo (1926). “La Orientación Profesional Femenina”. *Memorias del Instituto de Reeducción Profesional de Inválidos del Trabajo*, 3, 44-49. La versión de este texto que, con leves cambios, apareció en el libro de actas de IV Congreso de Estudios Vascos está accesible en: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/congresos/04147150.pdf>

“Con verdadera emoción (...) declaro (...) la enorme responsabilidad que sobre mí pesa y lo escaso de mis fuerzas ante tan magno problema. En efecto, (...) al final de este trabajo debería quedar demostrado que la mujer pueda ambicionar ocupar puestos reservados hasta ahora únicamente a los hombres; que la inteligencia femenina no es inferior a la masculina; que el llamado *sexo débil* es capaz de afrontar situaciones difíciles y otra porción de cosas más, todas ellas favorables, claro está, a mis compañeras de sexo.

(...) Es cosa sabida que la Orientación profesional tiene por objeto encontrar el trabajo que esté más de acuerdo con las aptitudes de un sujeto, dado que le permita ganarse su vida y que al mismo tiempo produzca el mayor rendimiento a la sociedad.

La organización de la Orientación profesional puede hacerse del mismo modo para niños y niñas hasta cierto punto (...). Habrá que tener en cuenta en los dos casos los tres factores principales de toda orientación: el sujeto, la profesión y el mercado de trabajo; pero variando esencialmente el elemento *sujeto* la orientación no debe ser practicada por la misma persona. Los niños deben tener un hombre como consejero, pero las niñas *necesitan* que les aconseje una mujer. Creo que (...) es posible admitir una orientadora para los muchachos, pero nunca un hombre para las niñas. Son muchas las ocasiones en que se plantean cuestiones de salud, de moral, o de asuntos familiares que son mucho más fáciles de tratar entre mujeres y (...) que sólo una mujer puede comprender.

(...) Nunca he sostenido, ni creo pueda sostenerse la idea de la superioridad (...) de un sexo sobre otro. [...] Los hombres y las mujeres son diferentes, es cierto; pero las diferencias que existen entre ellos no tienen que ser necesariamente de valor, de cantidad. (...).

Admitamos en principio que sea la encargada de la Orientación profesional femenina una mujer. Pero ésta ha de estar dotada de especiales cualidades y poseer a fondo exactos conocimientos psicológicos femeninos (...).

Debe tener presente (...) la enorme emotividad de las mujeres, punto [de] la psicología sexual [reconocido] unánimemente. (...)

Debe recordar también la frase de Stuart Mill: “es raro que una mujer se apasione por una abstracción” (...).

En contradicción con la opinión corriente de que las mujeres perciben mejor que los hombres, Lombroso afirma la inferioridad general de la mujer a la sensibilidad, a las excitaciones y la sensibilidad diferencial. Conclusión que está de perfecto acuerdo con la observación hecha por Galton de que es muy raro que se empleen las mujeres en los trabajos en que es preciso distinguir diferencias muy pequeñas como la degustación de vinos (...).

Otro hecho que no deja de carecer de importancia (...) es el carácter selectivo de la memoria de las mujeres. No retienen más que lo que realmente les interesa (...)

Nos detendría demasiado el estudio de la inteligencia femenina (...), pero con objeto de salvar el honor del sexo no quiero dejar de mencionar lo dicho a este respecto por un ilustre psicólogo que ha tenido la amabilidad de atribuir la causa [de la escasa aportación de las mujeres a la Ciencia y al Arte] “menos a falta de capacidad que a falta de inclinación y que puede decirse que se debe más bien a no querer que a no poder (...)”.

No queremos sustraer a la mujer del hogar, que es donde desempeña su papel esencial, pero debemos hacer todo lo necesario para que la que permanece soltera o incluso la madre de familia que queda viuda, abandonada o con su marido enfermo, pueda con toda dignidad subvenir a sus necesidades o a las de sus propios hijos. (...)

Ahora bien; ¿cuáles son las carreras o profesiones a propósito para la mujer? (...) tendremos en primer lugar todas las profesiones relacionadas con los trabajos propios del hogar, cuidado de los niños, incluso los trabajos agrícolas, cultivo de flores.

(...) Las carreras administrativas ofrecen amplio campo a las muchachas (...). En cuanto a las carreras liberales, son preferibles (...) aquellas que las pone en relación con la vida concreta y emotiva, por ejemplo, la enseñanza, porque en ella puede dar rienda suelta a su instinto maternal (...); la medicina, que le permite encontrar el medio (...) de aliviar dolores, de aumentar la vida alrededor de ella (...).

Vemos, pues, que existe cierta variedad en las salidas que se le presentan a la mujer, y es conveniente encauzarla, orientarla en la elección de su trabajo profesional, al cual se ve cada día más inclinada, no por motivos de emancipación, como se cree con demasiada frecuencia, sino a causa de la carestía de la vida, del incesante desarrollo de la vida económica e intelectual, que ha hecho absolutamente necesario el concurso de la mujer en la industria, en los oficios, en el comercio y en otras manifestaciones de la vida”.

3.10 *Debates médicos y sociales sobre anticoncepción y aborto en Argentina (1960-1974)*

Karina Felitti. Universidad de Buenos Aires – CONICET

Mientras la “explosión demográfica” se convertía en un peligro para el orden capitalista en tiempos de Guerra Fría, en Argentina, la caída de la tasa de natalidad junto a la extensión de las prácticas anticonceptivas y del aborto fue considerada una amenaza para la soberanía del país y para su definición como nación católica. Esta postura fue asumida tanto por los sectores más conservadores como por los grupos de izquierda, que veían en la planificación familiar la materialización de políticas neomalthusianas solventadas por el “imperialismo yanqui”. (Ramos et al., 2001)

En el seno de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (S.O.G.I.B.A), el interés y la preocupación por la anticoncepción y el aborto cobraron renovado protagonismo; lo mismo sucedió con los cambios en el orden de género y el avance de las mujeres en la sociedad. En general, se trataba de abordajes que ponían en tensión concepciones tradicionales y modernas, reconociendo los beneficios de las transformaciones sociales sin dejar de alertar sobre sus potenciales peligros (Doc.1). Para algunos profesionales, la anticoncepción hormonal era una opción que dañaba la salud femenina y atentaba contra la soberanía de un país “despoblado”. Para otros pocos representaba una alternativa frente al aborto y una respuesta a las necesidades de las parejas y sus derechos (Doc. 2 y Doc.3).

A pesar de las resistencias, la planificación familiar se extendió a partir de las iniciativas individuales de muchos profesionales, la mayoría de ellos miembros de la Asociación Argentina de Protección Familiar, organización fundada en 1966, que contaba con el apoyo económico de la International Planned Parenthood Federation (IPPF). Fue recién durante el tercer gobierno peronista (1973-1976) que el discurso pronatalista se plasmó en una disposición concreta que, por primera vez en la historia del país, implementó medidas coercitivas a través del control de la comercialización de anticonceptivos y la prohibición de las actividades relacionadas directa o indirectamente con el control de la natalidad. (Doc. 4).

Doc. 1: Ana María Zeno de Luque [ginecóloga, miembro de S.O.G.I.B.A. y de la Asociación Argentina de Protección Familiar]. “Frigidez y relaciones extramatrimoniales, con especial referencia a los nuevos roles de la mujer”. *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*, n° 701, 1971, pp. 338- 344.

“La muchacha de la generación anterior tenía relaciones sexuales por

rebeldía, la de ahora no lo hace tanto por rebeldía, sino para ser igual a sus pares y por lo tanto para ser aceptada por ellos.(...) Y entonces se tiene relaciones sexuales a nivel genital, sin el contenido afectivo psicológico, o sea en forma inmadura. Y eso le hace daño: no se gratifica, tiene sentimientos de culpa, disminuye su autoestima, teme ser utilizada como mero instrumento de placer, teme ser abandonada, no toma medidas anticonceptivas y se embaraza, hace un aborto, se casa apresuradamente, etc. (...) Queremos destacar que el hombre puede realizar un acto sexual a nivel genital, sin que ello lo conflictúe mayormente (...)

Con todo esto podemos demostrar que los roles sexuales masculinos y femeninos están bien diferenciados y hechos para integrarse en una pareja; no para competir o imitarse. Cada sexo debe afirmarse en su rol: el hombre debe ser macho, no machista. La mujer debe ser hembra, no mojígata ni machoide”.

Doc. 2: Debate posterior a la presentación de Roberto Nicholson [ex titular de la Cátedra de Ginecología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y también de la Universidad del Salvador] y Domingo Pujato. Noresteroides asociados a estrógenos en la regulación de la natalidad. *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*, nº 603, 1964, 110-117.

“Dr. Nicholson: – (...) No me gusta la palabra anticonceptivos, elude un panorama social, el anticonceptivo es simplemente un problema negativo. Por eso que he preferido utilizar la palabra que usó el Papa Pío XII, cuando al tomar los problemas sociales de tanta actualidad hablaba de la regulación de la natalidad. Nosotros la hemos usado (...) porque no tengo conocimiento de que en la Sociedad de Ginecología haya un promedio de dieciocho hijos por cabeza, de manera que supongo que en algún momento de la vida de ustedes mismos, deben haber regulado la natalidad, de manera que lo (que) podemos hacer nosotros, supongo podremos hacer para los demás. (...)”.

Doc. 3. Domingo Olivares [ginecólogo y miembro fundador de la Asociación Argentina de Protección Familiar]. “El aborto inducido. Estudio desde el punto de vista de la moral y la ley argentina”. *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*, nº 695, 1971, 157-167.

“Se ha visto lo difícil que es decidir la calificación de bueno o malo para un aborto de los llamados inducidos. Más fácil resulta su calificación de legal o ilegal. Lo importante es saber si estas operaciones contribuyen a asegurar la vida o la salud de las mujeres, teniendo en cuenta que la salud mental es una parte del bienestar general y si, en otros casos, van a evitar el nacimiento de un niño con serios defectos físicos o psíquicos. La disminución de los abortos sólo puede lograrse por medio de una campaña de información y asistencia sobre métodos anticonceptivos y

por aumento de las medidas de ayuda para la mujer y la familia”.

Discusión posterior a esta presentación, en *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*, n° 699, 1971, 260-271.

“Dr. Oscar Blanchard: – (...) El Dr. Olivares al proponer una modificación de nuestra legislación que acepte el aborto por razones éticas o sentimentales, por embarazo no deseado por otras causas y “etcétera”, se inspira, quizás, en una filosofía utilitarista tanto que en esas condiciones no existiría prácticamente limitación para el aborto.

Dr. Fermín Raúl Merchante: – (...) Dice el Dr. Olivares: “La anticoncepción es un derecho humano de primer rango, que ha surgido de la evolución cultural de los pueblos”. En primer lugar, debo contestarte que el derecho humano de “primer rango” no es la anticoncepción, sino el derecho a la vida, según lo sostienen juristas de todo el mundo, y lo ha corroborado la Organización de las Naciones Unidas”

Doc. 4. Decreto 659/74 del Poder Ejecutivo Nacional, que prohibió la venta libre de anticonceptivos y las actividades de planificación familiar en dependencias públicas, Buenos Aires, 28/2/1974. *Boletín Oficial*, 3 de marzo de 1974, p.2. (Selección)

“(...) Considerando: que la persistencia de los bajos índices de crecimiento de la población del país constituye una amenaza que compromete seriamente aspectos fundamentales del futuro de la República. Que esa alarmante situación demográfica, obedece a causas múltiples y complejas de orden social, económico y cultural que se relacionan estrechamente configurando un problema nacional (...). Que, además de tales factores, existen otros – determinados por intereses no argentinos – que auspician y estimulan modos de vida antagónicos con los que corresponden al destino de un gran país, desalentando la consolidación y expansión de la unidad familiar, promoviendo el control de la natalidad, desnaturalizando la fundamental función maternal de la mujer y distraendo en fin a nuestros jóvenes de su natural deber como protagonistas del futuro de la patria.

Por ello. El presidente de la Nación argentina decreta:

Artículo 1º.- Encomiéndese al Ministerio de Bienestar Social [...] la realización de un amplio y medular estudio del problema expresado (...)

Artículo 2º. – (...) el Ministerio de Bienestar Social, a través de la Secretaría de Estado de Salud Pública, dispondrá de inmediato lo concerniente para establecer el control de la comercialización y venta de productos medicinales anticonceptivos, mediante el sistema de receta por triplicado, como así también prohibir el desarrollo de actividades destinadas directa o indirectamente al control de la natalidad, procurando simultáneamente, llevar a cabo una campaña intensiva de educación sanitaria que destaque a nivel popular, los riesgos que amenazan a las personas que se sometan a métodos y prácticas anticonceptivas” (...)

Practices and knowledge of gender and health

3.11 *Las mujeres como agentes de higienización familiar*

Esteban Rodríguez Ocaña. Universidad de Granada

La medicina académica se expandió, entre los siglos XIX y XX, a partir de la conquista de nuevos ámbitos de práctica especializada, arrebatados a sanadoras y sanadores informales y al autocuidado familiar, por el incremento de la eficacia de las técnicas diagnósticas y terapéuticas, así como por la pujanza ideológica del entendimiento de la salud pública como un bien colectivo. La prevención de las enfermedades cobró estatus de imperativo profesional en toda Europa, especialmente a partir de las doctrinas de la causa universal de base microbiológica. En este contexto, el convertir en rutinaria la visita médica exigió una importante labor de aculturación popular, que, en el plano de la atención materno-infantil, exigió, por ejemplo, sustituir las prácticas tradicionales del cuidado de la infancia, negadas como perjudiciales, y facilitar el acceso a la atención profesional a través de dispositivos gratuitos tanto públicos como privados. En estos, la práctica institucional se ajustó a los requisitos del nuevo modelo a través de sus rutinas (como el pesado periódico de los niños o el reconocimiento prenatal) a la vez que incluía la impartición de cursos y conferencias. Los médicos, varones casi en su totalidad, diseñaron un esquema de actuación que implicaba reservarse para ellos la dirección de los procesos de gestión de la salud/enfermedad, haciendo de la familia y, en particular, de las madres, sus auxiliares predilectos (Apple 2002; Rodríguez-Ocaña, Perdiguero 2007, Palacio Lis, 2003).

El texto que sigue es obra del médico español Manuel Tolosa Latour (1857-1919), director-propietario de la revista de higiene y educación *La madre y el niño* (1883-84), médico de la aristocracia cortesana, profesor en la Escuela Superior de Maestros y organizador de la primera Inspección médica escolar del Ayuntamiento de Madrid, además de secretario perpetuo del Consejo Superior de Protección a la Infancia creado por la ley de 1904, que él impulsó desde la Sociedad Española de Higiene.

Precisamente se trata de una apertura de curso en dicha Sociedad, en forma de discurso formalmente dedicado a las mujeres. A diferencia de los impresos en forma de cartillas o catecismos higiénicos, como “Consejos a las madres”, tan abundantes en el paso de siglo como instrumentos de aculturación, en este caso no se trata tanto de imbuir en las mujeres la voluntad de efectuar determinadas acciones o compromisos novedosos, cuanto de subrayar el valor higiénico que el simple cumpli-

miento del papel social de las mujeres revestiría para la sociedad en su conjunto. De esta manera, se potencia una visión sesgada, en estricta dependencia biológica de su sexo, de un rol femenino, que, sin embargo, se dota de un componente de autoridad hogareña tal que resalta su atractivo, siempre, claro está, sin menoscabar la superior autoridad y dirección del varón. La vida del hogar concede a las mujeres la oportunidad de ser los principales agentes de la higiene, por delante de las leyes sanitarias y de cualquier intervención del Estado. Este refuerzo positivo del rol femenino más tradicional se opone a la creciente ocupación de espacios públicos por las mujeres, incluso como profesionales, que nuestro autor no rechaza, sino que subordina a las responsabilidades femeninas primarias.

Discurso inaugural leído en la apertura del curso académico de 1891 a 1892 de la Sociedad Española de Higiene por el Doctor Don Manuel Tolosa Latour, socio fundador. Madrid: E. Teodoro, 1891; p. 27-61. [Extracto]

“[...] En virtud de [mi carrera profesional], tengo más fe en los hogares que en los Ministerios, y creo más en los milagros del amor materno que en las conquistas del odio político. Por esta causa, es mi intento dirigirme especialmente a las que [...] han honrado todas nuestras sesiones, interesándose por nuestros debates o leyendo nuestros escritos [...] Ellas, sólo ellas, poseen la verdadera fuerza que con más pronta eficacia que nuestras constantes mociones a los poderes públicos ha de cambiar la faz de la Higiene contemporánea, convirtiéndola de ley de lujo en artículo de primera necesidad.

Desearía, pues, [...] poner de relieve la siguiente verdad [...]: *La mujer, con sólo realizar la función de familia que implica su sexo y comprende su destino de esposa, resulta la potencia más fundamental y eficaz de la Higiene de las naciones.*

[...] Cuantos de la Higiene se ocupan [...] dan a la casa importancia suma [...] La mujer [...] influye de modo tan decisivo, que me atrevería a asegurar [...] que no hay casa moderna o palacio en los cuales una mano femenina no haya hecho más o menos correcciones a los proyectos del arquitecto. [...] No se puede negar que las ordenanzas son innecesarias para quienes tengan la Higiene como maestra de obras. Pero no se trata de construir asilos ni hospitales, ni siquiera de hacer una casa, sino de encontrar una habitación. La mujer es quien la elige casi siempre, o por lo menos otorga su *exéquatur*, inquiera, parlamenta, pide reformas, y, por fin, da destino a las piezas de que consta el cuarto, exigiendo en la actualidad como condición ineludible que tenga agua corriente, ese auxiliar poderoso de la Higiene. Compréndase lo ventajoso de conocer a fondo las condiciones que ha de reunir la casa para vivir en ella saludable y cómodamente; y adivinaréis sin esfuerzo de qué modo podría cambiarse la faz de los barrios viejos, con más prontitud y eficacia que todos los ediles

reunidos, en el momento en que toda mujer exija, entre otras cosas, que el agua, que tanto apetece, caiga a torrentes por los perfectos sumideros inodoros, denuncie las filtraciones, descubra el origen de las emanaciones miasmáticas y se penetre bien de los inconvenientes del hacinamiento, que envenenando el aire contribuye a la incubación de todas las enfermedades.

[...] La infancia considerada en su conjunto es la gráfica de la salud y de la cultura de un pueblo, y de tal modo es esto cierto, que basta observar la vida íntima de las familias, examinando, entre otras cosas, la crianza de los recién nacidos para determinar la prosperidad física de un país [...] La naturaleza del niño merece detenido estudio [...] Para la apreciación completa de las fases sucesivas del desarrollo físico, preciso es apelar a la Antropología [...] Triste es decir que en lo que respecta al individuo no se hacen otras observaciones antropométricas que las indispensables para la selección de soldados [...] nadie puede realizar esta reforma con mejor éxito que la mujer [...] ¿por qué no ha de tener otro libro donde consigne el alza y la baja de la vida, los ingresos por salud o los gastos por enfermedad? [...] En los primeros tiempos de la vida, las pesadas del niño indicarán con claridad suma los accidentes que pueden sobrevenir y los peligros que le amenazan respecto a la nutrición [...] Vosotras podéis contribuir a implantarla en España [...] La formación de un libro sanitario en las familias se impone y es fácilmente realizable. Si la mujer lo adopta y lo patrocina, se generalizará muy pronto y será vengero de riquezas para la Ciencia, un auxiliar para la práctica médica y un elemento poderoso para contribuir a la regeneración física de la raza”.

3.12 *A pílula contracepcional no Brasil (1960-80)*

Joana Maria Pedro. Universidade Federal de Santa Catarina

Atualmente, a idéia de que o mundo está sob a ameaça de uma superpopulação já não tem o destaque na mídia que possuía no início da década de 1960. Um exemplo disto é a reportagem publicada na revista *Seleções do Reader's Digest*, em abril de 1960. Esta revista, num artigo de Robert Coughlan intitulado “Gente Demais! Que Fazer?” (p. 46-51), informava que, dali a 40 anos, ou seja, no ano 2.000, o mundo teria 8 bilhões de pessoas e, dessas, 70% seriam afro-asiáticas. A razão disso, informavam, era a redução da mortalidade infantil, bem como o aumento da longevidade. No mesmo artigo, eram anunciadas as experiências dos doutores Gregory Pincus e John Rock, os quais, desde 1956, estavam experimentando os contraceptivos hormonais em mulheres do Haiti e de Porto Rico, chamados, no artigo da revista, de “campos de prova”. Dizia, ainda, que o medicamento era muito recente para poder assegurar qualquer promessa de eficácia, que ainda era muito caro e que se registraram, nas mulheres que o experimentaram, queixas de “efeitos secundários desagradáveis como náusea, dor de cabeça e tonturas”. Entretanto – afirmava o autor –, diante do perigo do crescimento demográfico, “até mesmo um recurso anticoncepcional que não seja infalível poderá ter virtualmente importância nos países que mais crescem demograficamente”.

Neste medo da “explosão populacional”, é possível verificar uma preocupação eminentemente racista com o crescimento da população não-branca; além disso, era no corpo das mulheres que se pretendiam focalizar os esforços para a redução ou a eliminação deste “perigo”, numa relação de gênero visivelmente desigual. Como outros países do terceiro mundo, o Brasil foi classificado entre os que estavam ameaçando a superpopulação do mundo. Convém, entretanto, observar que a densidade demográfica do Brasil era inferior à da maioria dos países europeus, e, atualmente, cinco vezes inferior à da França. Neste caso, como explicar este tipo de argumento demográfico no Brasil?

O investimento no controle da natalidade, no Brasil e nos demais países da América Latina, teve relação direta com a Revolução Cubana de 1959. A partir daí, a política norte-americana passou a considerar a América Latina como um “continente explosivo”, um campo fértil para a agitação comunista. Começaram a ser criadas, então, organizações de ajuda aos latino-americanos. Estas ajudas traziam, como exigência, a adoção de programas e estratégias de redução do crescimento populacional. O entendimento era de que o crescimento rápido da população latino-americana, e sua conseqüente pobreza, seria um forte aliado da revolução

comunista. (Fonseca Sobrinho, 1993) Assim, o perigo representado por uma questão política foi transformado no da “bomba demográfica”, ganhando, então, também, uma configuração de classe.

No Brasil, o comércio da pílula anticoncepcional teve início em 1962, dois anos após ter sido aprovada, nos Estados Unidos, pelo FDA – Food and Drug Administration–, a pílula chamada ENOVID, produzida pelo laboratório Searle. Os jornais e revistas voltados para o público feminino publicaram alguns artigos informando sobre suas potencialidades; porém, muito da divulgação foi realizado por representantes comerciais que atuaram junto aos médicos.

Nas décadas de sessenta e setenta, ao invés de revoluções comunistas, o Brasil e diversos países da América Latina tiveram a implantação de ditaduras militares. Estas impediram manifestações, definiram um percurso histórico na direção da sociedade capitalista e receberam pressões de organismos internacionais para a adoção de políticas anti-natalistas. As mulheres das camadas populares passaram a obter diferentes produtos contraceptivos de forma gratuita, através de organismos como a BEMFAM – Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil, criada em 1965. A forma como o secretário desta instituição justificava a necessidade do uso de métodos contraceptivos pelas mulheres das camadas populares lembra os discursos eugênicos do início do século XX. Em 30 de outubro de 1968, por exemplo, o secretário da BEMFAM, Glycon de Paiva, afirmava, em entrevista concedida para a revista *Veja: (...)* “dos três milhões nascidos vivos (8.300 em 24 horas), apenas 3.000 seriam necessários para compensar a mortalidade diária. Quase todo o restante (5.300 nascimentos) é economicamente desnecessário”.

Embora voltado para as mulheres das camadas populares, os novos contraceptivos foram usados pelas mulheres de camadas médias urbanas brasileiras. Nenhuma política pública, entretanto, foi implementada ou pensada visando estas mulheres, nem os organismos internacionais que divulgaram e distribuíram contraceptivos, as visaram; mesmo assim, estas mulheres apresentaram uma vertiginosa queda na fecundidade e mudaram sensivelmente as relações de gênero, pois tiveram menos filhos, passaram a atuar cada vez mais no mercado de trabalho, buscaram carreiras profissionais, estudo e poder, configurando, assim, um resultado não esperado.

Por outro lado, estas mulheres não puderam – em vista da ditadura militar – participar de movimentos sociais que, na Europa e nos Estados Unidos, promoviam entre mulheres de camadas médias os “grupos de conscientização”; e também não podiam participar de manifestações feministas ou de “Libertação das Mulheres”. O direito ao uso da pílula não foi reivindicado aqui, como fizeram as francesas de camadas médias urbanas, por exemplo. Obtiveram informações sobre os contraceptivos

através de notícias controvertidas, veiculadas na imprensa, em conversa com amigas e com médicos. Desta forma, não identificaram, nas pílulas ou em outros métodos eficazes de controle da fecundidade, uma forma de autonomia ou de poder, como fizeram mulheres de outros países onde a democracia era exercida plenamente.

Ao buscar nas pílulas, uma forma de obter uma família reduzida, utilizaram aquelas que, no início dos anos 60, possuíam elevadas doses hormonais e que, conseqüentemente, provocavam um grande desconforto, como os próprios médicos que as lançaram reconheciam. Aderiram rapidamente a métodos esterilizadores definitivos, como a laqueadura, como forma de se ver livre da necessidade de usar contraceptivos que lhes causavam tamanho mal-estar. A maneira como lidaram com as pílulas – pensando-a muito mais como um problema do que como uma conquista – mostra como a história das lutas políticas, das disputas raciais, de classe e de gênero interferem nas decisões da intimidade. Podem, também, ter resultados inesperados, como no caso das relações de gênero, ao permitir a redução da desigualdade que antes se configurava. (Pedro, 2004).

3.13 *Medicalización y criterios diagnósticos de los trastornos de la alimentación*

Eugenia Gil García. Universidad de Sevilla

Anorexia es un término que procede del griego y significa etimológicamente falta de apetito. Sin embargo, este significado no se corresponde con el sentido clínico del término, más próximo a la idea de rechazo a la alimentación con el objetivo de mantener un peso corporal por debajo de los valores mínimos normales. *Bulimia* hace referencia a la sensación de hambre exagerada y, al igual que ocurre con anorexia, tampoco se corresponde con el sentido clínico del término que, actualmente, se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos de conductas purgativas con el fin de evitar el aumento de peso. La actitud anoréxica y la conducta purgativa están documentadas y recogidas en la literatura médica y religiosa desde hace siglos, siempre se han reconocido como prácticas más habituales en mujeres y, a lo largo de la historia, han sido consideradas de forma variable en función del discurso social y cultural de la época. Para la medicina, la anorexia tuvo un interés subsidiario hasta mediados del siglo XIX, cuando pasó de ser un síntoma común a diversas enfermedades a ser una enfermedad en sí misma. Este hecho se enmarca en el proceso de medicalización de la salud de las sociedades industriales, especialmente reforzado en el caso de las mujeres. En la actualidad, se discute el incremento de incidencia de la anorexia nerviosa y la prevalencia de trastornos alimentarios en mujeres jóvenes se sitúa en un rango entre el 2,8 y el 5% (MacSween 1995, Offer 2001; Gil García 2007). A continuación hacemos una breve cronología del proceso de definición científica de las prácticas restrictivas de alimentación y al final formulamos una serie de preguntas para analizar los datos.

En 1873, el internista inglés William W. Gull (1816-1890) y el neurólogo francés Charles Lasègue (1816-1883) las definieron como enfermedades propias de mujeres jóvenes y las denominaron “anorexia nerviosa” y “anorexia histérica” respectivamente. Gull consideraba la “anorexia nerviosa” como una enfermedad diferente a la inanición o a cualquier síntoma asociado a otras enfermedades orgánicas. Para Lasègue, la anorexia era un tipo de histeria (“histeria del centro gástrico”). Ambos autores coinciden en la importancia de la edad, el sexo, el modo de vida y las relaciones familiares y sociales en el origen y curso de la enfermedad.

Desde comienzos del siglo XX hasta 1980 entran en vigor nuevos modelos, entre ellos los que se acuñan desde las nacientes especialidades de endocrinología y psiquiatría. Morris Simmonds (1855-1925), endocrinólogo, establece en 1914 la disfunción hipofisaria como hipótesis

causal de la anorexia y le da un nuevo nombre: “caquexia hipofisaria”. El tratamiento consistía en resolver los déficits hormonales. Sigmund Freud (1859-1947), define el apetito como manifestación de la libido y relaciona la práctica anoréxica o restrictiva con problemas sexuales no resueltos, propugnando el tratamiento psicoanalítico para su curación.

En 1980, la *American Psychiatric Association* (APA) incluye, en la tercera edición de su *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM*: Washington: American Psychiatric Association, primera versión española *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1984), el síndrome de Trastornos de la Conducta Alimenticia (TAC) dentro de los llamados Trastornos de la Infancia, Niñez y Adolescencia (TINA). La edad de comienzo de los TAC se sitúa en la adolescencia y se perfila a las mujeres jóvenes “entre los 12 y los 18 años (*grupo de edad de alto riesgo*), una de cada 250 mujeres pueden desarrollar este trastorno”. No especifica la investigación epidemiológica de donde obtienen los datos. Como síntomas esenciales de la “anorexia nerviosa” se establecen los siguientes:

- “1. Miedo intenso a engordar que no disminuye a medida que se pierde peso.
2. Alteración de la imagen corporal.
3. Pérdida de peso de al menos un 25 % del peso original. Por debajo de los 18 años, a la pérdida de peso inicial hay que añadir el peso que correspondería ganar de acuerdo con el proceso de crecimiento y comprobar si entre los dos alcanza ese 25%.
4. Negativa a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal según edad y talla.
5. Ausencia de enfermedades que justifiquen la pérdida de peso” (DSM III 1987: 75).

En 1987, se edita en inglés la primera revisión del Manual, DSM III-Revisado (en castellano se publica en 1988). En ella se cambian los criterios diagnósticos y la caracterización de los TCA. Se definen como “grandes alteraciones” y la sintomatología esencial de la anorexia nerviosa consiste en:

- “1. Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal para la edad y talla, por ejemplo, pérdida de peso hasta un 15% por debajo del peso teórico o fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el periodo de crecimiento, resultando un peso corporal de un 15% por debajo del peso teórico.
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

3. Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal, por ejemplo, la persona se queja de que “se encuentra obesa” aun estando emaciada o cree que alguna parte de su cuerpo resulta “desproporcionada” incluso estando por debajo del peso normal.
4. En las mujeres, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria)”. (DSM III-R 1992: 82-83).

Siete años después se modifican de nuevo los criterios diagnósticos y, en 1994, se publica la primera edición del DSM IV (1995 edición española). Aquí, los TCA adquieren entidad propia, es decir, a partir de ahora existen dos categorías diagnósticas relacionadas con los trastornos de la alimentación: “Trastornos de la Ingestión Alimentaria de la Infancia o de la Niñez” y “Trastornos de la Conducta Alimentaria” (DSM IV 1995: 553-564). Las características esenciales de la anorexia nerviosa se mantienen con respecto al DSM III-R, pero en esta clasificación aparece una nueva categoría diagnóstica: los “Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados” (TCANE) que se caracterizan por aparecer:

- “1. En mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad” (DSM IV 1995: 564 y DSM IV-TR 2002: 666).

Preguntas para el análisis y la reflexión

¿Se requiere el mismo porcentaje de infrapeso para el diagnóstico de anorexia en el DSM III y en el DSM III-R? ¿Qué repercusión puede tener esta modificación sobre la consideración del estado de salud? ¿Cómo valoras que en DSM IV los TCA adquieran entidad propia? ¿Qué repercusión tiene para las mujeres la categoría TCANE?

¿A qué crees que pueden deberse los cambios tan rápidos en la definición científica de la anorexia? ¿Crees que la expresión de los síntomas tiene relación con los procesos de socialización de género en las sociedades industriales?

¿Crees que en el proceso de definición de la anorexia se producen estereotipos y sesgos sexistas? Discútelos.

3.14 *Antropología del género, riesgo y uso de drogas*

Nuria Romo Avilés. Universidad de Granada

La consideración de determinadas sustancias psicoactivas como problema social forma parte de un proceso histórico que se inicia a finales del siglo XIX de la mano de la política intervencionista de los Estados. En el siglo XX la aprobación de la Ley de Harrison instauró definitivamente en 1914 la criminalización del consumo en EEUU: En esos momentos se establecieron las fronteras entre sustancias legales e ilegales que permanecen hasta nuestros días. Algunos opiáceos, que habían sido usados ampliamente dentro de la legalidad pasaron definitivamente al mundo de lo ilegal. Las drogas quedaron unidas en el imaginario colectivo a “drogodependencia” y consumir sustancias psicoactivas ilegales se convirtió en un comportamiento arriesgado y rechazado socialmente, esperable en varones, pero no en mujeres. El género se convirtió en un elemento más de la construcción del consumo de drogas ilegales como “problema social”. La investigación sobre el uso de sustancias psicoactivas admite con unanimidad que las mujeres son las mayores consumidoras de drogas legales y los varones de ilegales. La aplicación de una perspectiva de género a los estudios de los distintos usos de drogas ha servido para cuestionar los modelos de conocimiento científico existentes e iniciar investigaciones específicas que muestren la necesidad de implementar políticas e intervenciones entre poblaciones de mujeres consumidoras. Con anterioridad a los años 60, las razones aducidas con más frecuencia por las mujeres para iniciarse en el uso de drogas parecen haber estado relacionadas con el alivio del dolor físico. En general, hasta esos años, las mujeres eran introducidas en el uso de drogas desde el ámbito médico. A partir de los años sesenta, las mujeres comienzan a reportar como razones para el consumo de sustancias psicoactivas las relacionadas con su propio placer. (Ettorre, 1992; Hser, Y.; Anglin, M.D.; McGlothlin W.H. “Sex differences in addict careers: initiation of use”. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1987; 13:33-57). La expansión del consumo de drogas de síntesis química, entre ellas el éxtasis, permite a las mujeres españolas iniciarse en el consumo de drogas ilegales a finales de los años ochenta. Se alejan de las drogas más criminalizadas y rechazadas como la heroína o cocaína y se acercan a otras como el éxtasis que en esos momentos gozan de mayor permisividad social. (Romo, 2001).

La que presentamos es una fuente obtenida en una entrevista en profundidad en el proceso de un trabajo de campo etnográfico. Inma, la joven entrevistada, nació en 1970 en Almería. Mientras estudiaba enseñanza secundaria en un internado, se inició en el uso de diversas sustan-

cias psicoactivas y consolidó las pautas de consumo de drogas que había practicado previamente con sus compañeros y compañeras de colegio. En el momento de la entrevista estaba en paro y trabajaba como camarera en un pub los fines de semana. La última droga que había probado era el éxtasis y es la que más le gustaba.

El análisis de esta fuente desde una perspectiva de género podría iniciarse con una serie de interrogantes:

- ¿Se produciría la misma forma de inicio al consumo si estuviéramos ante el caso de un varón?
- ¿El rechazo social al consumo de drogas por las mujeres sería el mismo si la venta se produjera en un mercado legal?
- ¿Rechazaríamos o aceptaríamos el consumo en la misma forma si fuera un varón o una mujer?
- ¿Pueden tener las mujeres unos motivos específicos para el consumo de drogas?

Fragmento de entrevista tomado de Romo (2001)

“-¿Cuándo probaste el éxtasis por primera vez?

Hace tres años, por ahí.

- *Cuéntame qué fue lo que sentiste...*

Pues la tomé y me fui al cuarto de baño. O sea, a los diez minutos o por ahí. Y en el cuarto de baño, cuando salí, las paredes se me movían así. Super-fuerte, yo nunca había tenido una subida así. Ni la he tenido desde entonces. Y también subía y bajaba el suelo. Y hacía así como si bajara escalones, pero no había escalones, era suelo recto, ¿no? Y luego al salir a la puerta me dio ya: pum, el bombazo de la música. Cuando salí estaba allí ‘to’ el mundo y estaban los altavoces al ‘lao’ y pom, me dio el bombazo de la música, y me quedé así como ‘asustá’. Me asusté. Me senté y me dio una cosa que no sabía lo que hacer. Digo: me voy a mi casa ahora mismo. Lo primero que pensé, digo: me voy a mi casa. Dios mío, ¿esto qué es?, ¿qué me ha dado a mí? Una ‘paranoia’ fue la subida que me dio, ¿no? Que, y mucho frío y mucho calor. (...)

- *¿Has mezclado los tripiés con pastillas?*

Sí. Y muy bien cuando lo he ‘mezclao’.

- *¿Muy bien por qué?*

La última vez que lo mezclé me pegué una ‘pechá’ de reír, pero buena, buena. (...) Ligarlo está bien. A mí me gusta ligarlo porque te ríes y no tienes el estrés que tienes con el tripi. La pastilla te relaja un poco. Me gusta mezclar las drogas así a ver lo que me hace.

- *¿Qué otras cosas has mezclado?*

Muchas veces he ‘probao de to’ junto, speed, coca, pastillas, tripi, de ‘to’ lo que me han dado, y también me lo he ‘pasao’ bien.

– *¿Tú crees que para tomar éxtasis hay que ir a la Fiesta?*

Sí vas a una Fiesta, tienes que tomar pastillas. Yo por lo menos las tomo. Y la mayoría de la gente tiene que tomar algo. El ambiente es ‘mu’, ‘mu’ droguero, ¿no? Invita el ambiente a que tomes algo. Es ‘mu’ raro que yo haya ido a una Fiesta y no haya tomado cualquier cosa.

– *...Sobre el riesgo y los efectos secundarios*

Sí. Efecto secundario malo que, después de estar en una Fiesta, y verlo ‘to’ tan bonito, ‘to’ tan güay, todo el mundo tan feliz, todo el rollo y luego llegas aquí, a tu casa, a la triste realidad otra vez. Sin un puto duro por aquí, por Almería. Toda la semana ahora sin hacer ‘na’. Aburrida de muerte. Mucho vacío. Hasta que llega la próxima Fiesta y otra vez...Y llega un momento que te cansa, que es lo que me pasa a mí ahora. Llega un momento que te cansas de eso, de no hacer na durante toda la semana y ‘na’ más que el fin de semana y tienes necesidad de hacer otras cosas, aparte de ir de marcha, ¿no? Yo por lo menos tengo necesidad de hacer otras cosas. Estudiar algo, ir al gimnasio, cualquier cosa que, cualquier cosa que me haga más..., que me haga ser más creativa, porque yo las Fiestas de verdad es que..., me gustan, pero que yo esté llena de mí antes de ir a un sitio. No me voy a llenar yo misma, mi espíritu, yendo a la Fiesta, ¿sabes?. Prefiero llenármelo de otra forma y cuando ya está llena, voy a las Fiestas y disfruto de ellas más. No estar allí y ya lo ves un sinsabor porque estás toa la semana sin hacer na, esperando que llegue la Fiesta y dices: ¡Uh, la Fiesta ha ‘llegao’ ya!. Pero dices: ¡si es lo mismo!. Mírate a la cara y otra vez lo mismo, la misma semana, otra vez aburrida, otra vez buscándote la vida. Bueno, buscándote la vida: ‘na’, haciendo ‘na’, en tu casa y con tus padres. Yo no quiero ya eso ya. Quiero mi casa y vivir sola y...”

3.15 Gender and medical technologies: the case of living organ donation

Kristin Zeiler. Linköping University

There are advanced social systems for the donation and transplantation of body parts. Some of these body parts can only be donated after death. Others can be donated in living organ donation, hereafter referred to as LOD. Living organ donors are often partners, parents or siblings of a sick patient in need of a particular organ. LOD is encouraged at national and international levels partly due to the global shortage of *post mortem* organs for donation.

Looking at who donates and who receives donations in LOD, however, raises questions as regards gender imbalances. The typical living organ donor, at the global level, is female. The recipient is often male. Just as one example (and there are many more examples), in a comparative German study among emotionally related medically possible living donors, mothers donated most frequently (27% of the donors in this group were mothers who donated to their children), followed by wives who donated to their husbands (19%). Fathers donated less than half as much as did the group of mothers (13%), husbands donated again less than wives (11%) (Eurotransplant. *Annual Report 1998*. Leiden, 1999). The difference remained, by large, in 2004.

The Case

Rachel, a five-years-old girl, suffers from kidney failure. The emotional, physical and social burdens of her long sessions on the dialysis machine are becoming too much for her. She has already undergone cadaver kidney transplantation, without success. Rachel's doctors are not sure a living kidney transplant would work. However, they are willing to try. Both parents undergo tests in order to find out whether they are medically compatible donors. Due to new technology, which requires not that the donor has the same blood-group as the recipient, both of them turn out to be medically compatible. Now, will either of them volunteer as a donor? Can a parent, under these circumstances, say no to donation? Certainly, both parents may be frightened of the whole procedure. They may worry about the consequences of the surgery, not only for themselves, but also for other family-members. Yet, can a parent say no when the donation can save the life of their young daughter? Who will volunteer as a living organ donor and for what reasons?

Comments on the Case

If we apply what is known about the statistics of living organ donors, it is more likely that Rachel's mother will volunteer as a donor than that her father does so. This also evokes questions. How can the pattern of gender imbalance be explained? Is it problematic?

Various hypotheses can be and has been put forward. Possibly, gender imbalance in LOD could be explained by traditional male-female roles, where men are the breadwinner and women feel obliged to care for the sick family members. Possibly, more women display nurturing behaviour than men and this impact on the choice to donate in LOD. It has also been suggested that more women, as a group, see moral dilemmas not in terms of rights or justice, but in terms of care-giving. If women, as a group, reason more often in terms of care and/or display nurturing behaviour, this may make them more prone to living organ donation, than men, as a group. Certainly, the view that women, as a group, reason more often in terms of care and/or display nurturing behaviour can also be questioned for strengthening stereotyped images of women and for failing to acknowledge that in ethics, the care perspective can be fruitfully combined with a claim for justice.

Whereas it is positive that someone donates in LOD, it is less positive if someone donates because she feels that this is what is expected of her because of gendered norms. And, in order to analyse what takes place in LOD, we need to acknowledge that family members should strive to be guided by love, affection and generosity towards each other and that *no* family operates *always* in this way. For this reason, family ethics benefits from being "underwritten by a foundation of justice" (Moller Okin 1989:29). I suggest that we need *an ethics of just love* in order to analyse LOD scenarios.

There is also another noteworthy aspect of the particular case of parental LOD. Parents may feel obliged to donate because of external pressure from other family members, from the medical team or internal pressures from within themselves. Some have suggested that moral obligation or the emotional ties and love to the child infringe on parents' ability to say "no, I don't want to donate". It has been even asked whether it is ethically acceptable to ask parents if they want to donate an organ to their child: love may severely constraint the potential donor's ability to free and autonomous choice – and this is considered problematic.

However, is it really the case that decisions made out of love in some sense are constrained and less free than decisions made by "free agents" who have no emotional ties to the recipient of the organ? In an

illuminative article, Robert A Crouch and Carl Elliot (1999:277) describe a picture of agency that they consider to be present in discussions of living organ donation: a picture that identifies the self's *freedom with independence*. According to them, it seems as if it is assumed that the "the less moral and emotional motivation a person has for donating an organ, the freer is his or her choice to donate". This view, they comment, is most problematic. I agree with them. However, because of the fact that families live in societies with gender inequalities, it is not enough to focus on love in intimate relations (as Crouch and Elliot do).

I suggest another route. Love and emotional bonds need not be understood as a problem, but a prerequisite for moral selves *qua* family members. Furthermore, the perspectives of justice and love need to be combined in ethics. Just love is a sub-category of love. This conception of just love builds on the concept of vulnerability. Love relations always imply vulnerability: a refusal to accept vulnerability in love relations is also a refusal to accept love. This vulnerability, however, is different from the selective vulnerability that results from one partner in a love relation taking advantage of the love of the other. Unjust vulnerability in intimate love relations, I suggest, takes place *when one partner become more vulnerable than the other because of the relation and when the less vulnerable partner takes advantage of the other's vital interests or goods, even if she or he does so subconsciously*. This may be the female or the male partner. Love is just, I suggest, when it takes into account the concrete reality of the lover and the loved one, when it imply no unjust vulnerability for those engaged in the love relation, and when it takes into account the nature of the love relation.

Let me now return to the case of the little girl Rachel. Deliberations on what to do, whether to donate and who the living donor should be, need to take into account *all* family member's concrete realities and interests. Either or both parents may want to donate and stay at home and care for Rachel during the time of recovery; such acts may be motivated by love. This is positive. Assume, however, that Rachel's mother volunteers to do undergo donation and engage in the lion's part of the care-work. She may explain that she acts so out of love for Rachel as well as for her husband. Assume that she tells her husband that she really would have appreciated continuing her work, but that she thinks he would find it much more complicated to stay at home than she does. Besides, she has been the one who has been home with the children – so why not do it this time as well? Rachel's father nods and says that he really appreciates what his wife is doing.

Do their love relation qualify as just? The answer would, probably, be negative. Rachel's mother will be more vulnerable (physically due to the donation, economically since she won't work, and since she will get a lower pension when she eventually retires from work) than the father. It is certainly difficult to know whether he takes advantage of her love. In one way, he does. He could have said that it is unfair that she should stay at home this time also; he could also have said that since he hasn't been at home with the children, he would really love to spend more time with them. He could have said that caring for one's children isn't a burden, but a blessing that he wants to share with his wife – in this concrete manner.

Bibliography

- ADAMS, Tracey Lynn. (2000) *A dentist and a gentleman: gender and the rise of dentistry in Ontario*, Toronto, University of Toronto Press.
- ALGRANTI, Leila Mezan. (1993) *Honradas e devotas: mulheres da Colônia – estudo sobre a condição feminina nos conventos e recolhimentos di Sudeste do Brasil (1750-1822)*, Rio de Janeiro, EDUNB.
- ALVAREZ, Mayda et al. (2000) *Situación de la niñez, la adolescencia, la mujer y la familia en Cuba*, La Habana, Editorial de la Mujer.
- APPLE, Rima D. (1995) “Constructing mothers: scientific motherhood in the nineteenth and twentieth centuries”, *Social History of Medicine* 8 (2), 161-178.
- APPLE, Rima D. (2002) *Reaching out to mothers: public health and child welfare*, Sheffield, European Association for the History of Medicine and Health Publications.
- APPOA (Comissão de aperiodicos da Associação Psicanalítica De Porto Alegre). (2005) *Masculinidades em crise*, Porto Alegre, APPOA.
- ARANGO, Luz; LÉON, Magdalena; VIVEROS, Mara (orgs). (1995) *Gênero e identidade: ensayos sobre lo femenino y lo masculino*, Colombia, FCU/UNC.
- ARAÚJO, Nara. (1997) *El alfiler y la mariposa – género, voz y escritura en Cuba y el Caribe*, La Habana, Letras Cubanas.
- BARNARD AMOZORRUTIA, Alicia. (1991) *Mujer, legislación y salud: Notas para su historia*, México DF, Secretaría de Salud.
- BARRAL, M. José et al. (1999) *Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres*, Barcelona, Icaria.
- BARRIOS PINTOS, Aníbal. (2001) *El silencio y la voz: Historia de la mujer en el Uruguay*, Montevideo, Linardi Risso.
- BENDELOW, Gillian; CARPENTER, Mick; VAUTIER, Caroline; WILLIAMS, Simon. (2002) *Gender, health, and healing: the public/private divide*, London, Routledge.
- BENGTSSON, Tommy. (2002) “The mortality of men in their working ages in the 18th and 19th Centuries”. In: DEROSAS, Renzo; MICHEL ORIS, (eds.) *When Dad died: individuals and families coping with family stress in past societies*, Bern, P. Lang, 81-99.
- BENOIT, C.; HEITLINGER, A. (1998) “Women’s health care work in comparative perspective: Canada, Sweden and Czechoslovakia/Czech Republic as case examples”, *Social Science and Medicine* 47 (8), 1101-11.
- BERNABEU MESTRE, Josep; GASCÓN PÉREZ, Encarna. (1999) *Historia de la enfermería de salud pública en España (1860-1997)*, Alicante, Universidad de Alicante.
- BESSE, Susan Kent. (1999) *Modernizando a desigualdade: Reestruturação da Ideologia de Gênero no Brasil, 1914-1940*, São Paulo, EDUSP.
- BLACKLESS, M.; CHARUVA STRA, A.; DERRYCK, A.; FAUSTO-STERLING, A.; LAUZANNE, K.; LEE, E. (2000) “How sexually dimorphic are we? Review and synthesis”, *Am J Human Biol* 12 (2), 151-166.

- BLASCO HERRANZ, Inmaculada. (1999) "Actitudes de las mujeres bajo el primer franquismo: la práctica del aborto en Zaragoza durante los años cuarenta", *Arenal* 6 (1), 165-180.
- BLÁZQUEZ, Norma; FLORES, Jesús. (2006) *Ciencia, tecnología y género en Iberoamérica*, México DF, UNAM-Plaza y Valdés.
- BLISS, Katherine Elaine. (2001) *Compromised positions: prostitution, public health, and gender politics in revolutionary Mexico City*, University Park, Pennsylvania University Press.
- BOCK, Gisela; THANE, Pat. eds. (1996) *Maternidad y políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950*, Madrid, Cátedra-Feminismos.
- BREILH, Jaime. (1993) *Género, poder y salud – Aportes críticos a la construcción (intergenerica) de una sociedad sin subordinaciones*, Quito, Ibarra Editores-CEAS-UTN.
- BRICEÑO, León R. (comp.) (1999) *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance*, Caracas, Fundación Polar-LACSO.
- BRIGGS, Laura. (2002) *Reproducing Empire. Race, sex, science and U.S. imperialism in Puerto Rico*, California, University of California Press.
- BROWN, B.; NOLAN, P.; CRAWFORD, P. (2000) "Men in nursing: ambivalence in care, gender and masculinity", *International History Nursing Journal* 5 (3), 4-13.
- BUTLER, J. (1999) *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*, New York: Routledge.
- CABRÉ I PAIRET, Montserrat. (2001) "Autoridad e historia. El proyecto historiográfico de las médicas norteamericanas, 1925-1940", *Asparkia* 12, 113-124.
- CABRÉ I PAIRET, Montserrat. (2001) "Toward a history of us all. Women physicians and historians of medicine". In: Maralee Mayberri; Banu Subramaniam; Lisa H Weasel (eds.) *Feminist science studies. A new generation*, London, Routledge, 120-124.
- CABRÉ I PAIRET, Montserrat; ORTIZ GÓMEZ, Teresa. eds. (2001) *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XIII-XIX*, Barcelona, Icaria.
- CAMPOS, Alzira Arruda Lobo. (2003) *O casamento e a família em São Paulo colonial*, São Paulo, Paz e Terra.
- CAMPUZANO, Luisa (org.). (1998) *Mujeres latinoamericanas: historia y cultura (siglos XVI al XIX)*, La Habana, Casa de las Américas/Universidad Autónoma de México-Iztapalapa, 2 vol.
- CARRANZA, María. (2004) "Sobre una relación "prolífica". El papel de "la salud" en la propagación de la esterilización contraceptiva en Costa Rica", *Dynamis*, 24, 187-212. <http://www.ugr.es/~dynamis/completo24/mono24.htm>
- CARRARA, Sergio. (1996) *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*, Rio de Janeiro, Fiocruz.
- CARRILLO, Ana María. (1999) "Nacimiento y muerte de una profesión: las parteras tituladas en México", *Dynamis* 19, 167-190. <http://www.ugr.es/local/dynamis/completo19/mono19.htm>

- CARRILLO, Ana María. (2002) *Matilde Montoya: primera médica mexicana*, México, Demac.
- CASSELL, Joan. (1998) *The woman in the surgeon's body*, Cambridge-Ma, Harvard University Press.
- CHÁZARO, Laura. (2004) "Pariendo instrumentos médicos: los fórceps y pelvímetros entre los obstetras del siglo XIX en México", *Dynamis* 24, 27-51. <http://www.ugr.es/~dynamis/completo24/mono24.htm>
- CLEMINSON, Richard; MEDINA DOMÉNECH, Rosa María. (2004) "¿Mujer u hombre? Hermafroditismo, tecnologías médicas e identificación del sexo en España, 1860-1925". *Dynamis*, 24, 53-92.
- COOK, Hera. (2004) *The long sexual revolution: English women, sex, and contraception, 1800-1975*, Oxford, Oxford University Press.
- CORBIN, Alain. (1978) *Les filles de nocé. Misère sexuelle et prostitution (19e siècle)*, Paris, Aubier.
- CORDERO VELÁSQUÉZ, Tatiana. (1998) *Género y salud: pactos de estado y sociedad en el manejo de servicios*, Quito, CONAMU.
- CORRÊA, Mariza. (1982) *Colcha de retalhos – estudos sobre família no Brasil*, São Paulo, Brasiliense.
- COSAMALÓN AGUILAR, Jesús. (2003) "Una visión del cuerpo femenino y de la enfermedad a partir de dos diagnósticos médicos, Lima 1803", *Anuario de Estudios Americanos* 60 (1), 109-138.
- COSTA, Ana Maria et al. (org.). (2000) *Saúde, equidade e Gênero – Um desafio para as políticas públicas*, Brasília, UNB/ABRASCO-ALAMES.
- COSTA, Jurandir Freire. (1999) *Ordem médica e norma familiar*, Rio de Janeiro, Graal.
- COURTENAY, Will H. (2000) "Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health", *Social Science and Medicine* 50 (1385-1401).
- CROUCH, Robert; ELLIOT, Carl. (1999) "Moral agency and the family: the case of living related organ transplantation", *Cambridge Quarterly of Health Care Ethics* 8 (275-287).
- D'ANTONIO, Patricia. (1999) "Revisiting and rethinking the rewriting of nursing history". *Bulletin of the History of Medicine* 73 (2), 268-290.
- DAVIES, Celia. (1995) *Gender and the professional predicament in nursing*, Buckingham, Open University Press.
- DELGADO SÁNCHEZ, Ana; TÁVORA RIVERO, Ana; ORTIZ GÓMEZ, Teresa. (2003) "Las médicas, sus prácticas y el dilema con la feminidad", *Estudios de Sociolingüística. Linguas, sociedades e culturas*, 4 (1), 589-611.
- DI LISCIA, María Herminia ed. (2000) *Mujeres, maternidad y Peronismo*. Santa Rosa, Fondo Editorial Pampeano.
- DI LISCIA, María Silvia. (2003) "Mujeres, locura e incapacidad civil en Argentina, 1890-1920", *La Aljaba, Segunda Época – Revista de Estudios de la Mujer* 8, 89-105.
- DI LISCIA, María Silvia; MARISTANY, José. (1997) *Mujeres y Estado en la Argentina: educación, salud y beneficencia*, Buenos Aires, Biblos.
- DIAS, Maria Odila Leite Silva. (1984) *Quotidiano e poder em São Paulo no século XIX*, São Paulo, Brasiliense.

- DÍAZ ROBLES, Laura Catalina; OROPEZA SANDOVAL, Luciano. (2007) Las parteras de Guadalajara (México) en el siglo XIX: el despojo de su arte, *Dynamis* 27.
- DINGES, Martin. (2002) "Men's bodies explained on a daily basis in letters from patients to Samuel Hahnemann (1830-1835)". In: DINGES (ed.) *Patients in the History of Homoeopathy*, Sheffield, 85-118.
- DOYAL, Lesley. (2001) "Sex, gender, and health: the need for a new approach". *British Medical Journal* 323 (7320), 1061-1063.
- DYHOUSE, Carol. (1998) "Women Students and the London Medical Schools, 1914-39: The Anatomy of a Masculine Culture", *Gender and History* 10 (1), 110-132.
- EDELMAN, Nicole. (2000) "Représentation de la maladie et construction de la différence de sexes. Des maladies de femmes aux maladies nerveuses, l'hystérie comme exemple", *Romantisme* 30 (110), 73-87.
- ENGEL, Magali. (1989) *Meretrizes e doutores – Saber médico e prostituição no Rio de Janeiro 1840-1890*, São Paulo, Ed. Brasiliense.
- ERASO, Yolanda. (2001) "Ni parteras, ni médicos: obstetras. Especialización médica y medicalización del parto en la primera mitad del siglo XX", *Anuario de la Escuela de Historia (Córdoba, Argentina)* 1 (1), 109-124.
- ESTEBAN, Mari Luz. (2004) *Antropología del cuerpo*, Barcelona, Edicions Bellaterra.
- ESTEBAN, Mari Luz. (2006) "El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista", *Salud Colectiva (Buenos Aires)* 2 (1), 9-20.
- ETTORRE, Elizabeth. (1992) *Women and substance abuse*, New Brunswick, Rutgers University Press.
- ETTORRE, Elizabeth. (2002) *Reproductive genetics, gender, and the body*, London, Routledge.
- FAUSTO-STERLING, Anne. (2000) *Sexing the body: Gender politics and the construction of sexuality*, New York, Basic Books.
- FELITTI, Karina. (2007) "El debate médico sobre anticoncepción y aborto en Buenos Aires, en los años sesenta del siglo XX", *Dynamis* 27.
- FLECHA, Consuelo. (1996) *Las primeras universitarias en España, 1872-1910*, Madrid, Narcea.
- FLECHA, Consuelo. (1999) "La educación de la mujer según las primeras doctoras en medicina de la universidad española", *Dynamis* 19, 241-278.
- FOLCO, María Esther. (1998) "La tarea más noble que una mujer puede cumplir... género y enfermería en el discurso peronista (1945-1955)". In: *Mujeres en Escena: actas de las quintas jornadas de historia de las mujeres y estudios de género* Santa Rosa, Universidad Nacional de La Pampa, 427-435.
- FOLCO, María Esther. (1998) "La tarea más noble que una mujer puede cumplir... género y enfermería en el discurso peronista (1945-1955)". In: *Mujeres en Escena: actas de las quintas jornadas de historia de las mujeres y estudios de género*, Santa Rosa, Universidad Nacional de La Pampa, 427-435.
- GARCÍA-MORENO, Claudia. (2000) *Violencia contra la mujer: género y equidad en la salud*, Washington D.C., OPS.

- GARDEY, Delphine; LÖWY, Ilana. (2000) *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Éditions des archives contemporaines.
- GEOVANNI, Telma. (2002) *História da enfermagem. Versões e interpretações*, Rio de Janeiro, Revinter.
- GIL GARCÍA, Eugenia. (2007) *Otra mirada a la anorexia. Aproximación feminista a los discursos médicos y de las mujeres diagnosticadas*, Granada, Universidad de Granada.
- GIMENEZ, Maria da Glória (org.). (1997) *A Mulher e o câncer*, Campinas, Psy.
- GJERBERG, Elizabeth. (2001) "Medical women – towards full integration? An analysis of the specialty choices made by two cohorts of Norwegian doctors". *Social Science and Medicine* 52 (3), 331-343.
- GJERBERG, Elizabeth; KJOLSROD, Lise. (2001) "The doctor-nurse relationship: how easy is it to be a female doctor co-operating with a female nurse?", *Social Science and Medicine* 52 (2), 189-202.
- GÓMEZ, Elsa (org.). (1993) *Género, mujer y salud en las Américas*, Washington, OPS.
- GONZÁLEZ CANALEJO, Carmen. (2007) "Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la "cuestión social" (1857-1936)", *Dynamis* 27, 211-237
- GUTIERREZ DEL OLMO, Félix; BETANZOS CERVANTES, Irma; BARNARD AMOZORRUTIA, Alicia. (1993) *La atención materno infantil: Apuntes para su historia*, México DF, Secretaría de Salud.
- HAHNER, June E. (2003) *Emancipação do sexo feminino – a luta pelos direitos da mulher no Brasil 1850-1940*, Florianópolis, Ed. Mulheres e EDUNISC.
- HALL, Lesley A. (2005) *Outspoken women: an anthology of women's writing on sex, 1870-1969*, London, Routledge.
- HARDING, Sandra. (1996) *Ciencia y feminismo*, Madrid, Morata.
- HARDY, Anne; CONRAD, Lawrence I. (2001) *Women and modern medicine*, Amsterdam, Editions Rodopi.
- HENRIKSSON, Lea. (1999) "Sisterhood's ordeals: Shared interests and divided loyalties in Finnish wartime nursing", *Dynamis* 19, 305-328.
- HILTON, Matthew. (2000) *Smoking in British popular culture, 1800-2000: perfect pleasures*, Manchester, Manchester University Press.
- HIRD, Myra J. (2004) *Sex, gender, and science*, Houndmills, Palgrave Macmillan.
- HIRSHBEIN, Laura D. (2006) "Science, gender, and the emergence of depression in American Psychiatry, 1952-1980", *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 61, 187-216.
- HOUCK, Judith A. (2006) *Hot and bothered: women, medicine, and menopause in modern America*, Cambridge-Mass, Harvard University Press. <http://www.sitiosculturales.cl/archivos2/pdfs/MC0023709.pdf>
- INSTITUTO Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. (1998) *Mujeres en escena: Actas de las Quintas Jornadas de Historia de las Mujeres y Estudios de Género*, Santa Rosa, Universidad Nacional de La Pampa.

- JAGOE, Catherine; BLANCO, Alda; ENRÍQUEZ DE SALAMANCA, Cristina. (1998) *La mujer en los discursos de género. Textos y contextos en el siglo XIX*, Barcelona, Icaria.
- JORDANOVA, Ludmilla. (1993) "Gender and the historiography of science", *British Journal for the History of Science* 26, 469-483.
- JORDANOVA, Ludmilla. (1999) *Nature displayed. Gender, science and medicine 1760-1820*, London, Longman.
- JULIEN, Philippe. (1997) *O manto de Noé; ensaio sobre a paternidade*, Rio de Janeiro, Revinter.
- KATZ, Jonathan. (1976) *Gay American History*, New York, Avon Books.
- KELLER, Evelyn Fox. (1989) *Reflexiones sobre género y ciencia*, Valencia, Alfons el Magnánim.
- KOHN LONCARICA, Alfredo G; SÁNCHEZ, Norma Isabel. (1996) "La mujer en la medicina argentina: las médicas de la primera década del siglo XX", *Saber y Tiempo. Revista de Historia de la Ciencia* (Buenos Aires) 2, 113-138.
- KUHLMANN, Ellen. (2001) "The rise of German dental professionalism as a gender project: How scientific progress and health policy evoked change in gender relations, c. 1850-1919", *Medical History* 45 (441-460).
- LAQUEUR, Thomas Walter. (1994) *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*, Madrid: Cátedra [first published in English, 1990; in French 1992]
- LEAVITT, Judith Walzer. (1999) *Women and health in America: historical readings*, Madison- WI, University of Wisconsin Press.
- LEOPOLD, Ellen. (1999) *A darker ribbon: Breast cancer, women, and their doctors in the twentieth century*, Boston, Beacon Press.
- LERNER, Paul. (1998) "Hysterical cures: hypnosis, gender and performance in World War I and Weimar Germany", *Historical Workshop Journal* (45), 79-101.
- LOPES, Marta Júlia Marques; LEAL, Sandra Maria Cezar. (2005) "A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira", *Cadernos Pagu* (24), 105-125.
- LOPES, Marta Julia; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina (orgs). (1996) *Gênero e Saúde*, Porto Alegre, Artes Médicas.
- LORBER, Judith; MOORE, Lisa Jean. (2007) *Gendered bodies. Feminist perspectives*, Los Angeles, Roxbury Publishing Company.
- LOYOLA, Maria Andréa (org.). (2005) *Bioética, reprodução e gênero na sociedade contemporânea*, Campo Grande, Letras Livres.
- MACSWEEN, Morag. (1995) *Anorexic bodies: A feminist and sociological perspective on anorexia nervosa*, London, Routledge.
- MANNARELLI, María Emma. (1999) *Limpas y modernas: Género, higiene y cultura en la Lima del novecientos*, Lima, Flora Tristán.
- MARCILIO, Maria Luiza. (1998) *História social da criança abandonada*, São Paulo, Hucitec.
- MARKS, Lara. (1999) "Human guinea pigs?: the history of early oral contraceptive clinical trials", *History and Technology* 15 (4), 263-288.

- MARLAND, Hilary. (1995) "Pioneer Work on All Sides': The First Generation of Women Physicians in The Netherlands, 1879-1930", *Journal of the History of Medicine* 50, 441-477.
- MARLAND, Hilary; RAFFERTY, Anne Marie. (1997) *Midwives, society, and childbirth: debates and controversies in the modern period*, London, Routledge.
- MARQUES, Rita de Cássia. (2005) *A imagem social do médico de senhoras no século XX*, Belo Horizonte, Coopmed.
- MARTÍNEZ PÉREZ, José. (2004) "Diversidad humana y rendimiento laboral: sobre accidentes de trabajo, medicina y organización social de género en España (1922-1936)". In: MARTÍNEZ-PÉREZ, José *et al.*, (ed.) *La medicina ante el nuevo milenio: Una perspectiva histórica*, Cuenca, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 83-102.
- MARTINS, Ana Paula Vosne. (2004) *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- MEYER, Dagmar (org.). (2004) *Corpo, Gênero e Sexualidade*, Porto Alegre, Mediação editora.
- MICALE, Mark S. (1995) *Approching hysteria. Disease and its interpretations*, Princeton-NJ, Princeton University Press
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. (2003) *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, Coleção Criança, Mulher e Saúde.
- MIQUEO, Consuelo *et al.* (2001) *Perspectivas de género en salud*, Madrid, Minerva.
- MIQUEO, Consuelo *et al.* (2003) "Del análisis crítico a la autoridad femenina en la ciencia". *Feminismos (Alicante)* 1, 195-215.
- MIQUEO, Consuelo. (2004) "Genealogía de los sesgos de género en la ciencia y práctica médica contemporánea". In: MARTÍNEZ-PÉREZ, José *et al.*, (ed.) *La medicina ante el nuevo milenio: Una perspectiva histórica*, Cuenca, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 45-66.
- MITCHELL, Juliet. (2000) *Mad men and Medusas: reclaiming hysteria*, New York, Basic Books.
- MORANTZ-SANCHEZ, Regina. (1990) "Physicians". In: APPLE, Rima D., (ed.) *Women, health and medicine in America*, New Brunswick, Rutgers University Press, 469-487.
- MORANTZ-SANCHEZ, Regina. (2000) "Negotiating power at the bedside: perspectives on nineteenth-century patients and their gynecologists", *Feminist Studies* 26 (2), 287-309.
- MORE, Ellen Singer. (1999) *Restoring the balance: women physicians and the profession of medicine, 1850-1995*, Cambridge, Harvard University Press.
- MORE, Ellen Singer; MILLIGAN, Maureen A. (1994) *The empathic practitioner: empathy, gender, and medicine*, New Brunswick, Rutgers University Press.
- MORENO, Montserrat. (1999) *Como se ensina a ser menina*, São Paulo, Moderna/UNICAMP.
- MOSCOSO, Marta. (1995) *Palabras del silencio. Las mujeres latinoamericanas y su historia*, Quito, Abya Yala.

- MOTT, Maria Lúcia. (2002) "As parteiras e a assistência ao parto em São Paulo nas primeiras décadas do século XX", *Revista do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo* 163 (415), 197-219.
- MOTT, Maria Lúcia. (2005) "Gênero, medicina e filantropia: Maria Renotte e as mulheres na construção da nação", *Cadernos Pagu* (24), 41-68
- NAPHY, William. (2006) *Born to be gay. História da homossexualidade*, Lisboa, ed. 70.
- OFFER, Avner. (2001) "Body weight and self-control in the United States and Britain since the 1950s", *Social History of Medicine* 14 (1), 79-106.
- OKIN, Susan M. (1989) *Justice, gender and the family*, London, BasicBooks.
- OPS. (1993) *Género, mujer y salud*, Washington, Organización panamericana de la salud. Publicación Científica 541.
- ORLANDI, Orlando. (1985) *Teoria e prática do amor à criança: Introdução à pediatria social no Brasil*, Rio de Janeiro, Zahar.
- ORTIZ GÓMEZ, Teresa. (1999) "Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX", *Arenal* 6 (1), 55-79.
- ORTIZ GÓMEZ, Teresa. (2005) "Fuentes orales e identidades profesionales: las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX", *Asclepio* 42 (1), 75-97.
- ORTIZ GÓMEZ, Teresa. (2006) *Medicina, historia y género: 130 años de investigación feminista*, Oviedo, KRK.
- OUDSHOORN, Nelly. (1994) *Beyond the natural body*, London, Routledge.
- OUDSHOORN, Nelly. (2003) *The Male Pill. A Biography of a Technology in the Making*, Durham and London, Duke University Press.
- PALACIO LIS, Irene. (2003) *Mujeres ignorantes, madres culpables*, Valencia, Universidad de Valencia.
- PEDRO, Joana Maria. "L'expérience des contraceptifs au Brésil: une question de génération", *Cahiers du Brésil Contemporain* (55-56), 69-92.
- PEDRO, Joana Maria; GROSSI, Miriam Pilar (orgs.). (1998) *Masculino, feminino, plural: gênero na interdisciplinaridade*, Florianópolis, Editora Mulheres.
- PENNELL, Sara. (2004) *Women and Medicine: Remedy Books, 1533 – 1865*, Reading, Primary Source Microfilm, Thomson Gale.
- PITANGUY, Jacqueline (org.). (1998) *Saber Médico, Corpo e Sociedade*, Rio de Janeiro, Cadernos CEPIA.
- PIZURKI, Helena. (1988) *Función de las mujeres en la asistencia sanitaria*, Ginebra, OMS.
- POTTS, Laura. (1999) *Ideologies of breast cancer: feminist perspectives*, Basingstoke, Macmillan.
- RAFFERTY, Anne Marie; ROBINSON, Jane; ELKIN, Ruth. (1997) *Nursing history and the politics of welfare*, London, Routledge.
- RAGO, Elisabeth Juliska. (2000) "A ruptura do mundo masculino da medicina: médicas brasileiras no século XIX", *Cadernos Pagu* (15), 199-225.
- RAGO, Margareth. (1991) *Prazeres da noite. Prostituição e códigos da sexualidade feminina em São Paulo 1890-1930*, Rio de Janeiro, Paz e Terra.

- RAMOS, Elvira ed. (2002) *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-Instituto de la Mujer.
- REAGAN, Leslie. (1995) "Linking midwives and abortion in the Progressive Era", *Bulletin of the History of Medicine* 69, 569-598.
- RILEY, James C. (1997) *Sick, not dead: the health of British workingmen during the mortality decline*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- RISKA, Elianne. (2001a) *Medical careers and feminist agendas. American, Scandinavian and Russian women physicians*, New York, Aldine de Gruyter.
- RISKA, Elianne. (2001b) "Towards gender balance: but will women physicians have an impact on medicine?", *Social Science and Medicine* 52 (2), 179-87.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban; PERDIGUERO, Enrique. (2007) "Science and social persuasion in the medicalization of childhood in 19th- and 20th-century Spain. *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos* 13 (2), 303-324.
- ROHDEN, Fabíola. (2001) *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- ROHDEN, Fabíola. (2003) *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- ROMO, Nuria. (2001) *Mujeres y drogas de síntesis: género y riesgo en la cultura del baile*, Donostia, Gakoa Liburak.
- ROWOLD, Katharina. (1996) *Gender and science: late nineteenth-century debates on the female mind and body*, Bristol, Thoemmes Press.
- RUIZ SOMAVILLA, María José; JIMÉNEZ LUCENA, Isabel. (2001) "Un espacio para mujeres, el servicio de divulgación y asistencia sanitario-social en el primer franquismo", *Historia Social* (39), 67-86.
- RUIZ SOMAVILLA, María José; JIMÉNEZ LUCENA, Isabel. (2003) "Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica", *Frenia* 3 (1), 7-29.
- SAETNAN, Anne R.; OUDSHOORN, Nelly; KIREJCZYK, Marta. (2000) *Bodies of technology. Women's involvement with reproductive medicine*, Columbus, Ohio State University Press.
- SÁNCHEZ, Dolores. (1999) "Androcentrismo en la ciencia. Una perspectiva desde el análisis crítico del discurso". In: BARRAL, María José et al., (ed.) *Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres*, Barcelona, Icaria, 161-184.
- SCAVONE, Lucila (org.). (2004) *Dar a vida e Cuidar da Vida: Feminismo e Ciências Sociais*, São Paulo, Editora UNESP.
- SCAVONE, Lucília e OLIVEIRA; MENICUCCI DE Eleonora. (1997) *Trabalho, saúde e gênero na era da globalização*, Goiania, Ab editora.
- SCHIEBINGER, Londa L. (1999) *Has feminism changed science?*, Cambridge, Harvard University Press.
- SCHIEBINGER, Londa L. (2000) *Feminism and the body*, Oxford: Oxford University Press.
- SCHIEBINGER, Londa L. (2004) *¿Tiene sexo la mente?: las mujeres en los orígenes de la ciencia moderna*, Madrid, Cátedra-Feminismos [first publ. in English, 1989].

- SCOTT, Joan. (1986) "Gender: A usefull category of historical analysis". *The American Historical Review* 91 (5), 1053-1075.
- SCOTT, Joan. (1990) "El género: una categoría de análisis útil para le análisis histórico". In: AMELANG, James; NASH, Mary, (eds.) *Historia y género. Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*, Valencia, Alfons El Magnánim, pp. 44-56.
- SEGAL, Marcia Texler; DEMOS, Vasilikie; KRONENFELD, Jennie Jacobs. (2003) *Gender perspectives on health and medicine: key themes*, Amsterdam, Elsevier/JAI.
- SENGOOPTA, Chandak. (2000) "The modern ovary: Constructions, meanings, uses", *History of Science* 38, 424-488.
- SENGOOPTA, Chandak. (2001) "Transforming the testicle: science, medicine and masculinity, 1800-1950", *Med Secoli* 13 (3), 637-655.
- SHOWALTER, Eliane. (2000) *The female malady*, London, Virago Books (first ed.1985).
- SILVA, Maria Beatriz Nizza. (1984) *Sistema de casamento no Brasil colonial São Paulo*, T. A. Queiroz / EDUSP.
- STRANGE, Julie-Marie. (2000) "Menstrual fictions: languages of medicine and menstruation, c. 1850-1930", *Women's history review* 9 (3), 607-628.
- STRANGE, Julie-Marie. (2001) "The assault of ignorance: teaching menstrual etiquette in England, c. 1920s to 1960s.", *Social History of Medicine*, 14 (2), 247-265.
- THOMSON, Eliane. (2001) "Physiology, hygiene and the entry of women to medical profession in Edinburg, c. 1869-c.1900", *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Medical Sciences* 32 (1),105-126.
- TUANA, Nancy. (1993) *The less noble sex: scientific, religious, and philosophical conceptions of woman's nature*, Bloomington: Indiana University Press.
- USBORNE, Cornelia. (2001) "Women doctors and gender identity in Weimar Germany (1918-1933)", *Clio Medica* 61, 109-26.
- VENÂNCIO, Renato Pinto. (1999) *Famílias abandonadas – Assistência à criança de camadas populares no Rio de Janeiro e em Salvador séculos XVII e XIX*, São Paulo, Papirus.
- VIANNA, Adriana de Resende Barreto. (1999) *O mal que se adivinha: política e menoridade no Rio de Janeiro, 1910-1920*, Rio de Janeiro, Arquivo Nacional.
- VIEIRA, Elisabeth Meloni. (1999) *A medicalização do corpo feminino*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- WAKELING, A. (1996) "Epidemiology of anorexia nervosa", *Psychiatry Research* 62 (1), 3-9.
- WATKINS, Elizabeth Siegel. (1998) *On the pill: a social history of oral contraceptives, 1950-1970*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- WATKINS, Elizabeth Siegel. (2002) "Doctor, are you trying to kill me?": Ambivalence about the patient package insert for estrogen", *Bulletin of the History of Medicine* 76 (1), 84-102.

- WEAR, D.; AULTMAN, J. M.; BORGES, N. J. (2007) "Rethorizing sexual harassment in medical education: women students' perceptions at five U.S. medical schools", *Teach Learn Med* 19 (1), 20-9.
- WEAR, Delese. (1996) *Women in medical education: An anthology of experience*, New York, State University of New York Press.
- WELLS, Susan. (2001) *Out of the dead house. Nineteenth-century women physicians and the writing of medicine*, Madison, Wisconsin University Press.
- WELZER LANG, D (org.). (2000) *Nouvelles approches des hommes et du masculin*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail.
- WIJNGAARD, Marianne van den. (1997) *Reinventing the sexes the biomedical construction of femininity and masculinity*, Bloomington, Indiana University Press.
- ZÁRATE CAMPOS, María Soledad. (2001) "Enfermedades de mujeres: ginecología, médicos y presunciones de género, Chile, fines del siglo XIX", *Pensamiento Crítico: Revista Electrónica de Historia* 1 (1), 1-30.

PART III

MIGRATION, URBANIZATION AND HEALTH
MIGRACIÓN, URBANIZACIÓN Y SALUD

MIGRATION, URBANIZATION AND HEALTH

*Maria Rosa Gudiño
Laura Rojas
Guillermo Palacios*

In the following pages we offer our readers a general overview of the *historical* relation of collective health care activities and two social processes: migration and urbanization. As we will see further on, the effects of both phenomena have not always been favourable to health conditions; thus, the greatest challenge for this study was the identification and the approach to some of the *health care* consequences resulting from the aforementioned processes, through contemporary historiography.

Our geographical frame has been expanded to representative cases in Latin American and European countries. Yet, it is necessary to clarify that the scarcity of bibliographical sources that would have helped us to reinforce, in particular, the link between migratory processes and the urbanization of cities, with their respective benefits and/or negative effects on public health, has hindered this investigation to a great extent. This historiographic void, in such a limited area as the one we are studying here, made us aim our research towards other more general issues, among the disciplines of social sciences, such as geography, anthropology, law and demography, which are also interrelated and bring about new elements in order to study public health and the issues that we are dealing with. More in particular, we found several research works about the relationship between *migration-demography*, *migration-cultural appropriation*, and *urbanization-modernization*, to mention a few, in which health issues are mentioned in a very general way. Thus, as we explain further on, it was for this reason that we decided to divide each of our three general subjects –migration, urbanization and health into six short sections which will establish the organization of the text and the case studies.

Dynamics of Health and Welfare: texts and contexts / Dinámicas de salud y bienestar: textos y contextos, Lisboa, Edições Colibri/CIDEHUS/UE, 2007, pp. 177-257.

a) *Legislation concerning health and migrations.* In each immigrant-receptor country, the staff working at the respective Ministries or Public Health and Migration Departments used to carry out the migratory and health revision of the passengers that disembarked in their ports. The legislation approved of for such purpose opened the door to *welcome* visitors and closed the door to *non-welcome* ones; that is to say, those suffering from any contagious disease, which was considered a risk for national public health. (texts 4. 1, 4.2 and 4. 3)

b) *Migration, contagious diseases and crimes against health.* The effects of migrations (both internal and external) can be seen, most of the times, in the health and hygienic conditions of receptor countries or regions. The tendency to point out migrants and immigrants as carriers of contagious diseases and bad habits has been a constant characteristic ever since the first 19th-century migrations. (texts 4. 6 and 4. 7)

c) *Poverty and emigration from the European point of view.* Its purpose is to consider the European perspective with regards to the emigration of millions of Italian, Spanish, French, German citizens, etc. towards America and Oceania – Australia, in particular –. This is aimed at weighing the degree of surprise with which the public opinion, reflected on the press, contemplated this phenomenon, while at the same time it got alarmed about the possibility that the exit of all those productive resources could affect, negatively, the great expansion that the Northern-Occidental European economy was experiencing during the last decades of the 19th century. (text 4. 4)

d) *Civil and military emigration to the colonies. The French case.* It is evident that there were different types of emigration, including the great transatlantic transfers, emigration from Oriental and Occidental countries and vice versa (Chinese and Korean Immigration to America, for instance), interregional migrations, and migrations of military detachments and civil citizens who were sent away in order to control the places conquered by the main European powers. The latter would settle down in the so-called colonies as foreign, resident population groups. The development of tropical medicine is going to be one of the main results of this process, as the encounter of Europeans with the prevailing health-care conditions in, say, African spaces and in the tropics of the far East would bring about great challenges for occidental science, concerning both health and behaviour. (text 4.5)

e) *City and disease.* Cities as receptors or sources of diseases are an aspect of the widest subject concerning urbanization projects. As a consequence of the population increase, which is on many occasions a result of migrations and of insufficient health-care resources, there are

more possibilities for the population to get a disease. Health campaigns of different types have been one of the main tools in order to fight the deficiencies of public services. (*texts 4. 8, 4. 9 and 4.10*)

f) Urbanization and hygiene. The sanitary improvements implemented in cities in the frame of the urban reforms by the end of the 19th century –inherited from Baron Haussmann (Berman, 1989) – included street pavement works, sewage pipes and drainage channels. The arrival to the great Latin American capitals of important migratory waves from Europe usually meant the deterioration of the living conditions in the poorest quarters, where just-arrived crowds used to gather in poor, unhealthy ‘neighbourhoods’ and ‘pension’. (*texts 4.11, 4. 12, 4. 13, 4. 14 and 4.15*)

According to this thematic outline, we put forward, in the first part of the chapter, a synthesis of the events that have defined the emigration and immigration processes –and their close link with colonisation- from the end of the 19th century onwards. Some charts are included, they are representative of the population movements in Brazil (19th and 20th centuries) and Spain (20th century). Also within this section, we bring forward a historiographic balance related, in the first place, to the aforementioned secondary subjects and, in the second place, to other approaches such as that of epidemiology and its perception of the migratory process. We also include a mention to social security for migrants and the relationship *migration-urbanization* according to the health of the population in receptor countries and in developing countries.

In order to facilitate the comprehension of the section concerning urbanization, we define the concept and we point out the differences between it and that of urbanism, without losing hold of the close relation between them. *Cities and their health-care conditions* were the structural axes of the contemporary bibliography that, from the point of view of urban and social history, and from the point of view of the history of medicine and public health, bring about elements in the process of hygiene implementation in certain cities, that is to say, in their modernization. Given its importance for this subject, we chose the case of the *health campaigns* as we considered it a link between urbanization, health and hygiene in cities and their population. Thus, we provide a selected bibliography, on these campaigns and on their functioning.

Finally, the second part of this chapter is devoted to the case studies (*15 texts*) that illustrate the thematic lines proposed. These are, mainly, primary sources, that is to say, archive documents complemented with secondary sources such as contemporary newspaper testimonies concerning the great European migration processes, reports from governmental institutions in charge of the supervision of the interrelated

concepts we are dealing with here, annual records, laws and decrees as well as statistical charts, etc.

1. Health and migration

Colonization, immigration, settlers, immigrants are recurrent terms in the history of American countries. From their pre-history up to this moment, America has been particularly marked by the convergence of human migrations of the most varied origin (Pílahi Altiva, 1987, p.237)

From the first years of the 19th century, there has been a tendency to consider immigration as one of the first elements in any project concerning economic and social transformation. This notion was consolidated by the middle of the century, when the United States started to prove how immigration could contribute to change the production rhythm of a country (Halperin Donghi, 1997, P. 220). Mass emigration of Europeans to America started out during the 1870 and 1880, when the New World was offering attractive opportunities in several fields, such as farming and industry, while in their home countries the farming sector was facing subsequent periods of crisis. These crises were due to the cheap food that arrived from the American continent and to the modernisation of their own farming systems, which 'liberated' workers. After the arrival of European workers, preceded in general by the financial and commercial capital that would in turn make it profitable, it was possible to cultivate vast extensions of continental land, especially in its southernmost end. In this area, a combination of lack of experience and workers for the farming jobs and the existence of obstacles in order to carry out in a short period the expropriation of lands from small local producers produced a situation of virtual demographic 'void'. It was easier to use the farmer masses from the European south, who had already gone through an expropriation process, than having to wait for the advance of the productive processes in America, and in particular, in Latin America, to produce such painful and traumatic process.

Yet, not all immigrants settled down in defined farming colonies; instead, most of them looked for and found an employment in cities. The case of São Paulo is exemplary, because hundreds of Japanese immigrants, who had been originally hired to work in coffee farms and who were subject to heavy indebtedment plans that would turn them into slaves, nearly, 'escaped' to cities, in particular, to the capital cities (Maejima 2005).

BRAZIL AND SÃO PAULO STATE. IMMIGRANTS ENTRANCE: 1827 TO 1940

Periodos	Italianos			Portugueses			Espanhóis		
	São Paulo	Outros Estados	Brasil	São Paulo	Outros Estados	Brasil	São Paulo	Outros Estados	Brasil
Até 1886	20968	127347	148315	13353	231764	245177	1347	16269	17616
1887 a 1900	564800	325870	890670	72825	198512	271337	93777	91564	185341
1901 a 1920	278807	71089	349896	201426	338274	539700	229362	69823	299185
1921 a 1934	75925	34654	110579	118483	204367	322850	61323	21043	82366
1935 a 1940	5753	3079	8832	24325	35337	59662	1834	1750	3584
1941 a 1945	37	239	276	1986	7087	9073	69	206	275
1887 a 1945	925322	434931	1360253	419045	783577	1202622	386365	184386	570751
1901 a 1945	360522	109061	469583	346220	585065	931285	292588	92822	385410
1921 a 1940	81678	37733	119411	142808	239704	382512	63157	22793	85950
1921 a 1945	81715	37972	119687	114794	246791	391585	63226	22999	86225
1901 a 1940	360485	108822	469307	344234	577978	922212	292519	92616	385135

Periodos	Japoneses			Outros			Total		
	São Paulo	Outros Estados	Brasil	São Paulo	Outros Estados	Brasil	São Paulo	Outros Estados	Brasil
Até 1886				17436		217401	53104	575345	628449
1887 a 1900				178015	199965	140953	909417	578884	1488300
1901 a 1920	28903	403	29306	85144	165864	251008	823642	645453	1469095
1921 a 1934	132725	2356	135081	195866	144540	340406	584322	406960	991282
1935 a 1940	26441		22680	19246	23536	42782	77599	59941	137540
1941 a 1945	1645		1548	1062	6234	7260	4763	13669	18432
1887 a 1945	189714		188615	479297	303112	782409	2399743	1704907	4104650
1901 a 1945	189714		188615	301282	340174	641456	1490326	1126023	2616349
1921 a 1940	159166		157761	215112	168076	383188	661921	466901	1128822
1921 a 1945	160811	19630	180441	216138	153178	369316	666684	480570	1147252
1901 a 1940	188069		187067	300256	333940	634196	1485563	1112354	2597917

José Francisco de Camargo, "Crescimento da População no Estado de São Paulo e seus Aspectos Econômicos". USP / Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, *Boletim* no. 153, volume II, 1952.

In 19th-century Argentina, a place with many empty spaces, extraordinarily apt for agriculture, the arrival of Italian immigrants was important due to their amount and social-cultural relevance, as well as to the fact that it affected and modified almost all the different levels of the Argentinean society (Armus, 2000). Similarly, Mexico, by the end of the century – which was almost stabilized as far as politics was concerned and was experiencing a reasonable economic growth – offered immigrants a great part of its territory, which was abandoned and unproductive due to the intermittent wars, rebellions, foreign interventions, secessionist revolutions, etc. that had been taking place since the independence wars.

Still, in Argentina (as in Brazil), in spite of the fact that most immigrants were poor, some middle-class groups formed by small-fortune holders and even the well-off sectors also migrated. Some of them were the promoters of the foundation of hospitals devoted to the different nationalities that formed part of Argentinean society, such as the Spanish Hospital, inaugurated back in 1862, the German Hospital,

in 1867, or the Italian Hospital, in 1872. The latter was built as part of a mutuality movement formed by mutual-aid associations; this was the reason why it was a real community hospital as compared to all the hospitals for foreigners in Buenos Aires (Pergola, 2004, pp. 54-57). Italian mutual associations in Argentina expanded amazingly, in particular from 1870 onwards, when the great immigrant flow started to change the aspect of Buenos Aires. Only in Buenos Aires 9 Italian mutual associations were founded during the 1870's; during the 1880's, 13; during the 1890's, 22 (Franchina, 2004). All of them offered a sort of incipient social security to those immigrants who needed it more, and many of them were linked to different political-partisan perspectives.

In the case of Europe, we have the following chart which shows the amount of foreign population that moved to Spain for a period of 40 years, between 1955 and 1995. According to a Jesus Fernandez Labrador, this movement of immigrants was not considered quantitatively relevant towards 1985. (Labrador, 2001)

Foreign residents in Spain 1955-1995

Procedencia	1955	1965	1975	1985	1995
Europa	48.273	62.341	102.854	158.126	274.081
América	14.326	31.918	47.819	54.067	121.262
Asia	1.637	2.896	8.918	19.451	43.471
África	79	894	3.240	8.529	98.820
Total	66.043	99.582	165.039	241.971	538.985

Fuente: Labrador Fernández, Jesús (2001). *Identidad e inmigración. Un estudio cualitativo con inmigrantes peruanos en Madrid*. Madrid, Comillas, p. 28

We have talked about settlers and immigrants so far; this is why it is necessary to differentiate between the characteristics of colonization and those of immigration. These are similar processes insofar as they generate population movements but they are different as to their origin and purpose. Colonization has been defined as a governmental action aimed at transferring, in a planned or artificial way, foreign or national settlers towards certain regions of a country. There can be two types of migratory movements. On the one hand, those which constitute spontaneous, non-organised processes protagonized by individuals and families that were moving house due to different reasons, usually seeking for better options of development. This is a process in which the State does not intervene as far as the organization of the demographic movement is concerned (Aboites, 1995, p. 14). On the other hand, the type of migratory flow that took place during the last quarter of the 19th century towards Latin America, which is the one that we are interested in

here. This was encouraged and promoted by businessmen that created 'colonization companies' or 'associations in favour of immigration', generally supported by the State.

Both processes meant important human movements, which were usually associated to the main issues of public health, since the population that moves from one country to the other or towards the interior of a given territory is related to disease contagion and to subsequent epidemic outbreaks. In general, people that move from one place to the other suffer changes as far as their cultural, family and social patterns are concerned; as well as problems related to physical and emotional health. Due to the movements (usually in rather inconvenient conditions), feeding patterns and the emotional status can be altered and thus the person is prone to take up risky behaviours. Besides, generally the receptor places are not in good condition so as to meet the health requirements of the emigrants (Moya-Uribe, 2006).

In order to control population mobility and settlement in new places, both from the point of view of *hygiene* and from the point of view of *health*, it was necessary from the first half of the 19th century to implement an adequate legislation that might regulate the arrival of immigrants systematically, both in terms of legal aspects as in terms of health aspects. As we shall see in the appendix that includes the documents selected with regards to the issue of migration, we have focused on groups of immigrants of different nationalities –mainly those from Asia- who left their home countries seeking for another place to live. That is to say, we focused on the so-called *external* or *international* migration, which is characterised by *border crossing*. In this section we did not analyse the reasons of emigration or the jobs and activities undertaken by migrants when they arrived in the foreign land, for that would have been rather far from our purposes. We just revised fragments of the legislation concerning their arrival to the country and mainly the hygienic-health arguments put forward with regards to the problems supposedly caused by migrants; in particular, the contagion of diseases and the crimes against health. With regards to these two factors, the documents revised showed the overt posture against China, which prevailed in the main Latin American countries that received Asian emigrants from the end of the 19th century on, more specifically in Mexico and Peru. Thus, with the examples selected we confirm that the medical and migratory arguments were woven together giving way to the creation of organized groups. These groups, on behalf of a so-called "health justification", expressed their overt rejection to the arrival of Chinese people, Arabs, Polish, Russians and Belgians, among others. As for Brazil, it is Japanese immigration that appears on the records, although we do not find there the same rejection factor as in Mexico and

Peru. The obligatory source for matters concerning health and migratory legislation are the *health codes* and *the migratory laws*. In this text, we include documents from the Mexican health code (1926), the Colombian migratory legislation (1926) and excerpts from Peruvian legislation from the end of the 19th century.

There are scarce historical studies concerning the relation *migration-health*. According to an expert, the research studies devoted to the analysis of the immigration process and to the study of those immigrants that arrive in America by the end of the 19th century and the beginning of the 20th century, can be traced back to a series of monographic studies and case studies, as well as to approaches that, from the point of view of economic history, study the ever-growing career of outstanding foreign businessmen (Palma Mora, 2006, p. 23). There is an exception, which is the abundant bibliography produced from the epidemiologic perspective, which concentrates on the analysis of certain diseases and their repercussion upon the health of immigrants and/or their effect upon the health services. (Evans, 1987). More recently, a bibliographic study concerning the immigration of Mexicans into the United States was published. It was carried out in Mexico (with the support of the Pan American Health Organization – PHO) and in this study, the authors compile the research studies carried out during the last ten years. They recognise that among those studies devoted to the analysis of the relation migrants-health, the epidemiologic approaches prevail, as well as an outstanding interest on HIV-AIDS, considering that migration “brings about changes in the sexual behaviour of individuals, who assume risky practices that affect their health negatively and favour the spread of sexually transmitted infections” (Moya and Uribe, 2006, p. 1). The authors quoted offer another perspective so as to implement an approach to the study of the relationship between *migration-AIDS*, an approach that adopts the point of view of human rights and that is mainly promoted by international organisms such as United Nations, the International Labour Organization and the International Organization for Migration. These institutions approached the problem from a point of view that is based upon the human rights of the patients in order to avoid discrimination, exclusion and stigmatization; which is something that patients are usually exposed to because of their illnesses. To sum up, this approach considers immigrants as a population group in vulnerable conditions. This derives from the fact that their most elementary rights in their home land, in the lands they go through or in the lands that receive them are not taken care of, as a result of contagion (Moya-Uribe, *loc cit*, Bronfman, 2004: 21).

According to the authors quoted, the second issue related to migratory processes is the study of reproductive health. They mention

that studies on this subject usually note out that there is little preventive information and little information on adequate reproductive health, considering both language and schooling, that is to say, considering the social and educational level of migrants. Finally, these authors explain that the studies devoted to the relation between migration, health, drug consumption, mental health and tuberculosis come after those concerning AIDS and reproductive health, both in number and importance (Moya and Uribe, 2006, p. 1).

As to the contagious diseases that arrived with immigrants or as to the crimes against health, usually assigned to Chinese citizens, there are scarce studies too. In the case of Mexico, when Chinese immigrants did not enter from their home land, they entered from the United States and their entrance was officially allowed and encouraged since 1885 in order to make up for the lack of workers in the Northern bordering States, where both businessmen and land owners linked to the government of Porfirio Díaz demanded workers for the construction of railway lines, premises for the mining industry and plantations. These *coolies*, as the Chinese workers that had emigrated from their home land were called, also moved down to Australia and California. They arrived in Cuba and Peru hired as settlers. Those who headed for the American continent travelled during 90 to 150 days, depending on their destiny. They would generally travel in crowded, unhealthy ships, which was the reason why many of them would get dysentery and typhoid fever (Cardiel Marín, 1997, p. 190).

It was – and it is – a common place to associate opium consumption with Chinese immigrants. Yet, the study of the history of opium in migrant Chinese communities in Latin America and the Caribbean from the mid-19th century still has fuzzy edges and little bibliographical basis (Hu-Dehart, 2006, p. 28). The case of Mexico is not an exception. Apart from being accused of transmitting the trachoma and the beriberi, the health vigilance services haunted the Chinese traders who sold Chinese products of dubious quality and who lived in rooms that were in extremely unhealthy conditions. The competitiveness for jobs and the racist fear and prejudice provoked two famous slaughters of Chinese people, one of them, the bloodiest one, in Torreon, Coahuila, in May 1911 (Puig Llano, 1986; Pérez Jiménez, 2005). As to drug distribution and consumption in Mexican society during 1870-1940, which unavoidably involves Chinese immigrants, the study carried out by Ricardo Perez Montfort is the most representative one (Pérez Montfort, 1999, 2001). Apart from this, only general stories about drugs and narcotraffic can be found (Escotado 1989).

From a perspective of growth and/or social, economic and political backwardness, produced by the relationship between *migration*–

urbanization in developing countries, Richard E. Bilsborrow compiled in 1998 the studies put forward at the *Symposium on internal migration and urbanization in developing countries*, held in New York. The question of health is referred to as the result of the relation between the human settlements and the gradual environmental deterioration produced by them. The suggestions proposed by the end of the symposium were aimed at promoting among the population of cities the notion that cleanness and comfort at home-in one's lodgings were absolutely necessary in order to preserve health and in order to make up for the health care difficulties of the city. (Bilsborrow, 1998).

Social security for migrants has also been studied and dealt with by the government, in order to orientate it towards the labour rights and the rights to access social security. An example of this is the series of guides entitled *Social Security for Migrant Workers* published by the Economic European Community between 1975 and 1976. Each guide was devoted to a particular country (Italy, Germany, France, Ireland and the United Kingdom) and they were aimed at providing advice for those migrants who arrived to the aforementioned countries in order to work.

2. Migration, colonialism and public health

Although migration has been a constant phenomenon through the life of mankind, its history shows the existence of more or less intense cycles in its development. The 16th and 17th centuries, the so-called centuries of 'European expansion' (Parry, 1952), were doubtlessly a period of great population movements, by the beginning of the modern era. The second half of the 19th century was another similar moment, and the close link between them can be clearly seen. The former spreads during the process of formation of the worldwide market in Northern and Western Europe, while the latter spreads during the impact of the diffusion of the industrial revolution and also with the subsequent 'waves' that extend the centripetal force of this phenomenon to the rest of the planet, in particular, to those regions occupied by Europeans from the 16th century. The migratory movements during the second half of the 19th century, resulting from the development of new forms of capitalism in its imperialistic phase (Hobson, 1938) and also resulting from ecological disasters – such as the phyloxera plague, which devastated the French vineyards and threatened producers from all over Europe and from the New World in the 1870's – called the attention of the European public opinion quite strongly; and their causes and effects were commented on and analysed in the main newspapers of the Old World. The perception of the social-demographic cataclysm provoked by

industrialisation and by the expansion of financial capital turned into a piece of information shared by the European elites. This also brought about the fear of a possible scarcity of workers in a moment in which the European economy, its great manufacturers and industries were working, literally, at full gas. The migratory movement was not limited to the flows projected from Europe towards America, be it the United States or the southernmost areas of the continent. Between 1870 and the beginning of the First World War, several millions of Eastern European citizens moved to Occidental and Northern European countries, where the working conditions and the economic growth contrasted with the poverty and depression in their home lands. In a sense, they had to fill in the spaces left in those countries by the millions who departed to America. If we do not count Asian migrations, it can be said that during the last quarter of the 19th century an amazing process of population transfer towards the West took place, be it Europe or America.

That period is also a synonym of the colonial expansion of the main European powers, in particular, the expansion through the Far West and the African continent, where the well-known and painful 'division of Africa' took place. The establishment of colonial governments brought about the settlement of a more or less abundant number of European bureaucrats – even in the case of the British *indirect rule* –, formed by governmental and military officers, and employees of firms and companies from the colonising countries. This generated benefits, as well as duties and obligations; although not in the same proportion. One of the main ones was the establishment of health and public assistance services; for the European control of colonies was always based upon the 'civilizational' argument, which included the promises of modernity, among them, of course, health and hygiene. Colonialism was practiced with great fervour and enthusiasm between 1870 and the years after the Second World War by the governments of Spain, Portugal, France, United Kingdom, Italy, Germany, and Belgium, just to mention the most representative ones. It can be said that this is one of the main causes of the powerful migratory flows from Africa to Europe that have been taking place up to the present, as well as of the difficulties faced by the modern African states in order to get consolidated as democratic societies.

3. Health and urbanization

Urbanization is a set of human constructions placed in spaces delimited by pathways and streets in which public and/or private buildings provided with electricity, drinkable water, sewage system, garbage removal services, and transport and communication services are built; parks and gardens are built too. That is to say, the term “urbanization” is directly linked, first, with constructive processes, but not with urban planning, and secondly with the necessary infrastructures in order to create hygienic and healthy public and private places. The concept of ‘urbanization’ can also be understood as the process related to the phenomenon of great migrations from the countryside to the cities, seeking from what was considered to be best living and working conditions.

The Enlightenment’s idea of the city, which was prevalent during the 18th century, started out from an aesthetic conception that sought to make up for the negative image of urban areas as a consequence of the existing diagnoses concerning the sanitary conditions of cities. This aesthetic proposal added up to “the relevance of the circulation, of winds and of waters”; these questions are previous to urban hygiene, from which health policies based upon the “circulation” theory soon emerged seeking, mainly, to create healthy cities and, subsequently, modern cities. (Sánchez de Tagle, 1997, Dávalos, 1989). For this period, called *pre-modern period* in the area of public urban health, there are studies in modern historiography that go back even to European medieval centres and to the rituals practiced by their inhabitants in order to keep diseases and/or plagues away. These urban hygiene initiatives existed before the period of the ‘modern’ epidemic outbursts, in which health measures took a different turn. (Horden, 2000).

One century later, the urbanization proposals were implemented, in the case of the biggest European cities, and developed throughout the nineteenth century. They modified the ways of life and established a relationship that would associate the sanitary and the health conditions of the population, according to the size and extension of the cities. Recent research has proved that life and health expectancy among the population decreased when the size of the cities and of their population grew. (Boyer and Davis, 1973), (Scobie, 1989), (Sheard-Power, 2000). It was then that a greater concern about the reciprocity between environment and health appeared, since from the middle of the century, the miasmatic explanation of diseases, that is to say, the fact that they were caused by the influence of vapours produced by atmospheric changes or organic material in decomposition became very important.

In general, the history of cities has been described from different points of view (urban, social, demographic and cultural) which, fortunately, offer alternatives to approach the subject we are dealing with here. For instance, thanks to studies on the history of labour and on urban and cultural history we find out that there are several subjects related to health; in the case of Argentina we find *Hygiene and work (La higiene y el trabajo)*, by Hector Recalde (1988), as to Rio de Janeiro, *Pereira Passos: a tropical Haussmann, the renewal of Rio de Janeiro by the beginning of the 20th century (Pereira Passos: un Haussmann tropical, a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX)*, by Jaime Larry Bechimol (1990), and “Civilizing” Rio: *Reform and Resistance in a Brazilian City, 1889-1930*, by Theresa Meade (1997)). As to Peru, *The Wall and the Alleys. Urban intervention and political project in Lima during the second half of the 19th century (La Muralla y los Callejones. Intervención urbana y proyecto político en Lima durante la segunda mitad del siglo XIX)*, by Gabriel Ramón (1999). As to Europe we may have a look at *All that is solid melts into air (Todo lo sólido se desvanece en el aire)* (Berman, 1988), where the modernization process in the case of the great cities of the Old World, such as Paris, Saint Petersburg or Berlin, between the 19th and the 20th centuries is analysed. This analysis makes us assess, implicitly, both health matters and countryside-city migration issues, that is to say: *urbanism*; because it resumes the urbanistic principle that defends that higher population concentrations imply higher hygienic and health risks.

We are working on the assumption that the urbanization process integrated, among other things, by the growth of cities and by the increase of the deterioration of the conditions of urban environment, has resulted in the increase of pollution, the presence of infectious, endemic diseases that turn into epidemic outbursts and that bring about an impoverishment of the living conditions of people. Thus, it is startling to realise that these processes have resulted in a great amount of negative factors for urban hygiene and for the health of people; such as, for example, the lack of food and the decay of the sanitary infrastructure; apart from the aforementioned epidemic outbursts, starvation and poverty.

In order to make up for all these things described so far, there has been a necessary and constant renewal of health policies, as well as a process to elaborate strategies in order to fight diseases. No doubt, an important instrument in these policies has been the *health campaigns* which are the main link in the chain of actions carried out by the corresponding authorities in order to improve the hygienic conditions of the population affected. Thus, we have orientated our bibliographic research taking into account the existing relationship between *health*

campaigns and urbanization; and through several studies that we will mentioned next we have found a possible way to associate urbanization and health. Why? Because we start from the basis that health campaigns have been useful tools used to fight epidemic outbursts; for they implemented, as part of their work, functional solutions to the health conditions of the cities, such as the extension of the sewage system, the adequate supply of drinkable water and a better organization in order to pick up garbage, among other actions.

Yet, it is still essential to consider the fact that the environmental and health deterioration of cities and of their population as a consequence of their accelerated urbanisation have not been sufficiently studied. One exception to this is the already-mentioned compilation by Sally Sheard and Helen Power, *Body and City, Histories of Urban Public Health* (2000) consisting of the lectures presented during the Symposium *Health in the City: A History of Public Health*, held under the auspices of the Society for the Social History of Medicine and of the International Network for the History of Public Health (Liverpool, United Kingdom 1997). The articles that make up the book deal with particular cases of European cities that have suffered the consequences of urbanization from different perspectives; for example, the fight of epidemics such as the cholera in Switzerland in the 19th century (FLURIN CONDREAU- JACOB Tanner, 2000), or the proposals for health improvement and legal measures designed to avoid the environmental and hygienic-sanitary deterioration, as in the case of Liverpool (London) between 1840 and 1866 (Gerry Kearns, 2000). It is also from the point of view of experts on the history of health, including sanitary experts and/or health inspectors, that we can also get acquainted with episodes of public health in cities. An example of this is the comparative study by Marjaana Niemi on the work of health officers in Birmingham and Gothenburg by the beginning of the 20th century. Following the routes that these persons had to follow and the directives that they had to apply, the author reconstructs the health conditions and the needs of both cities (Niemi, 2000). As to the relevant role of sanitary experts in health actions, in the section including the documents, an internal note addressed to the Health Inspectors in Gerona, Spain, is included.

In the case of Latin America, research works on social history, mainly, have concentrated on the study of contagious diseases and epidemics, health and vaccination campaigns, considering them social and cultural processes that have very close relationship with the health-disease process in urban environments. For example, in the case of Mexico, we have *The pleasure of cleanness: Hygiene in the health of Mexico (Las Delicias de la Limpieza: La higiene en la salud de México)* and *Monuments of Progress: modernization and Public Health in Mexico* by Claudia Agostoni, (Agos-

toni 2005, 2003); "Economy, politics and public health in Mexico under Porfirio's rule 1876-1910", by Ana Maria Carrillo (Carrillo, 2002) and the concise summary of Ana Cecilia Rodriguez de Romo and Marta Eugenia Rodriguez Perez, who present a panoramic vision of the history of public health in Mexico during the 19th and 20th centuries. (Rodríguez de Romo and Rodríguez Pérez, 1998). The works by Diego Armus, concerning the fight of tuberculosis in Argentina, (Armus, 1984, 2003, 2007), the one by Diana Obregon concerning the battle against leprosy in Colombia (Obregón, 1996) and the studies by Marcos Cueto about the health directives related to fighting epidemics in Peru (Cueto, 1996, 1997) are only some of the most representative examples of contemporary Latin American historiography devoted to health issues. We recommend, in particular, *Health, culture and society in Latin America (Salud, cultura y sociedad en América Latina)*, where Cueto compiles an excellent selection of works on this subject.

Finally, it is necessary to say that in several documents presented next the original orthography of the transcribed text has been maintained.

4. Texts

Legislation

4.1 México. Código Sanitario 1926. Capítulo tercero.

María Rosa Gudiño. El Colegio de México

En el año de 1926, el Departamento de Salubridad Pública renovó el código sanitario que había vigorado hasta los primeros años del siglo XX. Este código, a diferencia de los dos anteriores (1898 y 1903), dedicó su capítulo tercero al *servicio de sanidad en materia de migración* y en 24 artículos (del 70 al 94) dictó las disposiciones para reglamentar la entrada de extranjeros al país, así como la circulación de los mexicanos por el territorio nacional. Para comenzar, definió, conforme a la Ley de Inmigración y Emigración, a los *inmigrantes-trabajadores* como “los extranjeros que vengan a la República a dedicarse temporal o definitivamente a trabajos corporales mediante salario y jornal”, y a los *colonos* como los extranjeros que llegaban al país con el objetivo de dedicarse, por su cuenta, a trabajos agrícolas o industriales (*Código Sanitario 1926*, artículo 86). En este sentido, la participación de compañías navieras, ferrocarrileras y de inmigración, colonización y transporte aéreo, fue tomada en cuenta y éstas fueron advertidas de que serían responsabilizadas de las violaciones de las leyes sanitarias en vigor que sus empleados y agentes cometieran. En caso contrario, serían sancionadas económicamente (*Código Sanitario 1926*, artículo 75). Las empresas involucradas también fueron obligadas a contratar un médico que viajara en los buques que transportaban a los inmigrantes y que se hiciera responsable de la salud de los pasajeros, a mantener las condiciones higiénicas necesarias para el viaje y a responsabilizarse por los inmigrantes o colonos una vez desembarcados en el país (*Ídem*, artículo 85 y sus XII apartados). Un punto importante es que se definió que el Servicio de Sanidad en materia de migración quedaría a cargo de delegados designados por el Departamento de Salubridad Pública, quienes podrían ser sustituidos solamente por agentes o delegados del Departamento de Migración de la Secretaría de Gobernación. Desde ese momento el trabajo en aduanas, puertos y fronteras dependió de estas instancias y de su personal.

Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, 1926,
México, Imprenta Manuel Sánchez

Capítulo III
Servicio de Sanidad en materia de Migración
Sección Primera
Disposiciones Generales

Art.70.- Todo extranjero que pretenda entrar al territorio nacional estará sujeto a los reconocimientos sanitarios que sean necesarios para determinar si puede ser admitido conforme a las disposiciones de este Código y los reglamentos respectivos.

Igualmente serán reconocidos los mexicanos, con objeto de tomar las precauciones necesarias en caso de que padezcan enfermedades transmisibles.

La entrada se verificará por los lugares autorizados por la ley para el tránsito de migración.

Art. 71.- Los reconocimientos sanitarios se practicarán con anticipación y de preferencia a los que correspondan a cualquiera otra autoridad.

Art. 72.- No podrán entrar a la República los extranjeros comprendidos en alguno de los casos siguientes:

I.- Los enfermos de peste bubónica, cólera, fiebre amarilla, meningitis en cualquiera de sus formas, fiebre tifoidea, tifo exantemático, erisipela, sarampión, escarlatina, viruela, difteria, poliomielitis infantil o parálisis atrófica de la infancia, parálisis espinal aguda del adulto, polioencefalitis aguda o sub-aguda, o cualquiera otra enfermedad aguda que por declaración del Departamento de Salubridad se considere transmisible;

II.- Los enfermos de tuberculosis, lebra, beri-beri, tracoma, sarna, encefalitis crónica de la infancia, filariosis, o de cualquiera otra enfermedad crónica que por declaración del Departamento de Salubridad se considere transmisible;

III.- Los epilépticos y los que padecen enajenación mental;

IV.- Las prostitutas y los ebrios habituales;

V.- Los toxicómanos y los que se dediquen al tráfico ilegal de drogas enervantes, lo fomenten o lo exploten;

VI.- Los demás que determinen los reglamentos respectivos.

Art. 73.- Los reglamentos determinarán:

I.- Las excepciones que se toleren en los casos de las fracciones II y III del artículo anterior y los requisitos que deben llenarse para quedar comprendido dentro de las mismas excepciones;

II.- Los casos en que a los extranjeros deba considerárseles como mexicanos para los efectos de este Código y los reglamentos;

III.- Los casos en que podrá concederse permiso a los extranjeros residentes en la República para que puedan traer al País a sus padres, esposa e hijos menores cuando alguno de ellos padeciere de las enfermedades señaladas en las fracciones II y III del artículo 72, estableciendo, al mismo tiempo las condiciones que deberán llenar dichas personas para ingresar al país;

IV.- Cuando y en qué forma se considerarán exceptuados de lo dispuesto en este Código y sus reglamentos aplicables, los Agentes Diplomáticos extranjeros, representantes de otros países, sus familiares, empleados y servidumbre y personas consideradas fuera de la jurisdicción territorial conforme a las prácticas del derecho internacional. Los Agentes y representantes deberán declarar antes de internarse al país, el carácter oficial de que llegan investidos;

V.- Los casos en que deberán ser expulsados del País, los extranjeros que hubieren penetrado a él contraviniendo lo dispuesto en este capítulo y la forma en que deberá ejecutarse dicha expulsión.

Art. 74.- No podrán internarse en la República los extranjeros sospechosos de padecer alguna de las enfermedades a que se refieren las fracciones I, II y III del artículo 72. Si llegaren a puerto mexicano serán detenidos en observación y a costa de las Compañías Navieras o ferrocarrileras que los trajeren y bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias y de inmigración en los lugares que determinen los reglamentos o señale el Departamento de Salubridad.

Art. 75.- Las compañías navieras y las de inmigración, emigración, colonización y transporte aéreo serán pecuniariamente responsables de las violaciones que cometan sus empleados y agentes a las leyes sanitarias; en consecuencia, cuando alguno de ellos, los comandantes de buques, los médicos de a bordo, pilotos, etc., no cubran las multas que se les impusiere, se harán efectivas en bienes de la compañía empleándose la facultad económico-coactiva, en su caso.

Art. 76.- El Servicio de Sanidad en materia de migración, estará a cargo de los Delegados que designe el Departamento de Salubridad en los puertos, poblaciones fronterizas y demás lugares autorizados por la ley para el tránsito migratorio. Los Delegados procederán en el ejercicio de la acción sanitaria, en los términos de este Código y sus reglamentos, los que determinarán los casos en que deban ser substituídos en sus funciones por los Delegados o Agentes de Inmigración y Emigración o por otros funcionarios.

Art. 77.- Todos los mexicanos o extranjeros que entren a territorio de la República, deberán vacunarse a menos que presenten certificado visado por el Cónsul Mexicano del lugar de su partida, que acredite que han si-

do vacunados dentro de un plazo no mayor de cinco años. Los mismos Cónsules, para visar dichos certificados, se cerciorarán de que han sido expedidos por autoridad competente en la materia o por médico autorizado para hacerlo.

4.2 *La inmigración en el Perú durante el siglo XIX.*

Gerardo Álvarez. El Colegio de México

La república peruana empezó a constituir un Estado mínimamente consolidado recién tres décadas después de la Independencia. Los ingresos por la venta del guano de las islas proveyeron del efectivo para establecer un presupuesto nacional y emprender obras de infraestructura, ampliar la red burocrática, la clientela política, la adquisición de armamento y la logística militar. Con ello se aplicaron los primeros proyectos nacionales enarbolados por políticos e intelectuales desde el inicio de la República. Pero en la tarea de llevar al Perú hacia los senderos del progreso, los indígenas fueron considerados la mayor carga y peligro de este proyecto porque algunos de sus hábitos, como el consumo de alcohol y de coca, los habían llevado a un estado que las elites blancas consideraban cercano a la barbarie. La única solución posible era incorporar “razas” europeas cuya presencia inoculara valores y costumbres que hacían falta en la sociedad peruana y que hicieran desaparecer las taras de la “raza” india. Esta fue la principal razón para que desde la década de 1850 se dictaran leyes que favorecieron la inmigración, pero no la única. Al igual que otros países de la región, la mano de obra disponible en el país era insuficiente para la demanda de la agricultura. Los indígenas no abastecían a este sector porque no estaban disponibles para la agricultura comercial en las planicies costeras durante los periodos de siembra y cosecha de *su* agricultura serrana, y porque al bajar al litoral frecuentemente enfermaban de fiebre amarilla y paludismo. Lentamente llegaron los primeros inmigrantes a quienes se les pagaba el boleto en barco y se les prometía una suma de dinero para instalarse en el país, pero pronto quedó en evidencia la mala organización del programa. Las pésimas condiciones del viaje originaron el deceso de muchos, lo que provocaba protestas en los gobiernos europeos; otros llegaban enfermos y al desembarcar se encontraban con que lo ofrecido distaba mucho de lo que se les había prometido. Pese a ello, Perú recibió inmigrantes –principalmente– ingleses, alemanes e italianos, aunque en números más reducidos que en los países del Atlántico. Algunos de ellos decidieron quedarse en el puerto del Callao o en la capital y abrir negocios (italianos, ingleses). Otros se incorporaron a la sociedad local arreglando matrimonios con miembros de la elite local. Otros, finalmente, se alojaron en zonas del país que semejaban las condiciones geográficas de sus lugares de origen (como la comunidad alemana en Pozuzo). Pero la demanda de mano de obra agrícola continuó insatisfecha y entonces se decidió favorecer la inmigración china para trabajar en las plantaciones costeras, en reemplazo de la recién liberada

mano de obra esclava. Las condiciones de vida de los chinos llegados a Perú fueron deplorables. El viaje se hacía en condiciones infrahumanas que derivaban en la muerte de muchos de ellos. Los contratos de trabajo los ataban por años con el pretexto de pagar la deuda que tenían con el empleador quien había costeado su viaje, descontados de sus salarios que terminaban siendo irrisorios. Ello sumado a la barrera del idioma y las costumbres, dejó a los chinos en condiciones cercanas a la esclavitud, y provocó varios levantamientos y revueltas, con las quejas consecuentes del gobierno chino. Después de la Guerra del Pacífico (1879-1884), que resultó desastrosa para Perú, se inició la denominada Reconstrucción Nacional que retomó la política migratoria como parte del progreso del país. En esta nueva etapa se buscó incorporar europeos laboriosos y ahorradores que ayudaran al desarrollo del país. Sin embargo, el nuevo proyecto fracasó pese a que se ofrecía financiamiento para el viaje y los gastos de instalación de los inmigrantes, y se les otorgaban lotes de tierra y semillas. Los principales grupos inmigrantes europeos se adaptaron a la vida de la sociedad peruana sin mayores contratiempos. Sin embargo, las comunidades asiáticas – la japonesa y, en especial, la china- fueron las que evidenciaron los mayores problemas. Su presencia se convirtió en sinónimo de insalubridad, enfermedades, hacinamiento, consumo de opio y homosexualidad.

Decreto del 28 de mayo de 1869 señalando disposiciones para nacionales o extranjeros que deseen establecerse en los márgenes del Amazonas.
<http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/LeyesXIX/1869104.pdf>

“José Balta Presidente Constitucional de la República, considerando:

Que por varios Congresos y Gobiernos de la República se han dado leyes y decretos con el objeto de poblar las desiertas comarcas del Amazonas, que por su situación, ferocidad y ricos productos minerales, vejetales y de todo género, están llamadas a realizar el engrandecimiento agrícola y comercial de la República, prodigiando inapreciables elementos a todas las industrias. Que en el actual gobierno en su leal y firme propósito, de impulsar el desarrollo moral y material en cuanto este al alcance de su poder, debe llevar a efecto estas disposiciones, ofreciendo protección, ayuda y facilidad de medios a todos los individuos que quieran establecerse en las márgenes del Amazonas o sus afluentes”.

Decreto.

Art. 1º Todos los nacionales y extranjeros que desean establecerse en los márgenes del Amazonas o sus afluentes, obtendrán del gobierno pasaje gratis hasta el punto que prefiriesen en aquellas regiones.

Art. 2º Las autoridades locales, adjudicaran los terrenos que necesiten los emigrantes y sus familias, conforme a la ley de 21 de noviembre de 1832.

Art. 3º El Gobierno distribuirá gratis con anterioridad a su partida, las herramientas y útiles convenientes y á propósito para el cultivo y explotación de los terrenos; y ordenará a las autoridades locales que les proporcionen las semillas que fueren necesarias y aparentes. [...]

Art. 7º Los emigrantes tanto nacionales como extranjeros que no tengan derecho a pensión alguna del Fisco, obtendrán además de las concesiones hechas en los artículos 1º 2º y 3º, una mesada de ocho soles para los alimentos por el término de seis meses después de su llegada, tiempo más que suficiente para la primera cosecha en aquellas rejiones. [...]

Art. 10º Todo individuo que hubiese recibido pasaje con el fin de emigrar, estará obligado a constituirse en el lugar designado dentro del peyoratorio de tres meses, contados desde la fecha que se le acordó el pasaje, si pasado este plazo no cumplido dicha condición, se le obligará a devolver el valor de los gastos ocasionados por el. [...] Lima, 20 de mayo de 1869, José Balta, Presidente de la República.

El Comercio, 2 de mayo de 1859.

Humberto Rodríguez Pastor, “La calle de Capón, el callejón de Otoaiza y el barrio chino”, en Aldo Panfichi y Felipe Portocarrero (eds.), *Mundo interiores, Lima 1850-1950*.

Anoche por la calle Capó se hacía notable una casita muy bien alumbrada, y por la juntura del postigo se veían dentro como hasta trescientos culíes que celebraban una ceremonia de culto Fok (o For), o bien discurrían algún negocio de estado. Lo notable de ese siniestro aquelarre era la fetidez que emitía la casa de la reunión; era un olor ocre, fuerte y pronunciado a ese opio de bruto con que acostumbran entretener sus sesiones. El sueño se apoderó de nosotros tan sólo al aspirar la soporífera atmósfera que partía de esa casucha.

Censo de Lima 1908.

Humberto Rodríguez Pastor, “La calle de Capón, el callejón de Otoaiza y el barrio chino”, en Aldo Panfichi y Felipe Portocarrero (eds.), *Mundo interiores, Lima 1850-1950*.

Los [chinos] que residen en Lima, principalmente en el distrito cuarto, en el que esta radicado el barrio chino con sus dos mil cuatrocientos ochenta y un asiáticos sobre una población de 17.748 habitantes, esto es, un representante de la raza amarilla por cada siete personas de todas las que prueban la circunscripción. El barrio chino es el más atra-

sado y sucio de Lima, aunque esta situado desgraciadamente en el corazón de la ciudad; es el de mayor densidad pobladora, el de mayor morbilidad y el que arroja cifras obituarías más altas. (...) La tuberculosis devora silenciosa pero seguramente a una enorme cantidad de asiáticos; es la llave constantemente abierta que se opone a la subida desmesurada del nivel de la población china”.

4.3 Regular la inmigración y la extranjería: Colombia 1920.

María Rosa Gudiño. El Colegio de México

Durante el siglo XIX, las enfermedades –y las guerras civiles– ahuyentaron a la inmigración extranjera y las migraciones internas en Colombia; también impidieron la consolidación del mercado nacional y la integración política. Esto sucedió principalmente en las tierras altas relativamente salubres y en las bajas tropicales agobiadas por las enfermedades y en donde estaban la mayoría de los puertos fluviales y marítimos como el de Buenaventura. En este proceso contribuyeron la compleja topografía colombiana y la falta de salubridad del medio que desencadenaron epidemias de fiebre amarilla, malaria, viruela y anquilostomiasis. Otras enfermedades, como las venéreas y la tuberculosis, estuvieron asociadas con las migraciones a las ciudades en las primeras décadas del siglo XX. Desde finales de la década de 1910 e inicios de 1920 los médicos colombianos discutían sobre eugenesia, crimen e higiene pública. El psiquiatra Miguel Jiménez López –ministro de gobierno entre 1922-1926– defendía la tesis del pesimismo racial y cultural que atribuía como causa de la degeneración de la raza “el resultado de la mezcla de españoles, amerindios y africanos que ocasionaron muchos problemas como el suicidio, las enfermedades mentales y el alcoholismo” (Abel, 1996, p. 38). Las acciones propuestas entonces para alcanzar la *regeneración* fueron tres; primero las campañas de higiene; segundo, *la inmigración europea* y tercero, la reforma educativa. Desde la Dirección Nacional de Higiene creada en 1918 habrían de ponerse en marcha estas propuestas. Sin duda, para el tema de la llegada de inmigrantes había que poner atención a los puertos de desembarque y por eso una de las medidas tomadas por el Departamento fue destinar a cada uno de los cuatro puertos del Caribe (Puerto Colombia, Cartagena, Santa Marta y Riohacha) y los dos del Pacífico (Buenaventura y Tumaco) al personal médico y policía sanitaria capaces de atender y notificar públicamente los brotes de enfermedades y problemas de salud. En materia de legislación, la sanitaria tuvo en los años veinte importantes decretos; por ejemplo, se hizo obligatoria la construcción de letrinas en las nuevas habitaciones urbanas y rurales, se dispuso la realización de visitas domiciliarias por parte de los inspectores de sanidad, se reforzaron las medidas de salud ambiental, etc. Por su parte la migratoria lanzó su ley sobre inmigración y extranjería en noviembre de 1920, en ella quedaron establecidas las condiciones de entrada y permanencia en el país a todo aquel extranjero que lo decidiera, así como las causas de inadmisión para quienes no cumplieran con lo establecido por la ley.

Ley No. 48 de 3 de noviembre de 1920 sobre inmigración y extranjería. Colombia (1980) *Legislación migratoria de Colombia y acuerdos bilaterales y subregionales sobre la materia*, Bogotá, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social/ Senalde, pp. 9-12.

Sección Primera

Admisión de extranjeros

Artículo 1. El territorio de Colombia está abierto para todos los extranjeros, salvo las excepciones que se hacen por la presente Ley.

Artículo 2. El extranjero que llegue a Colombia tiene la obligación de presentar asu llegada, si ésta se efectua por uno de los Puertos marítimos o fluviales, a empleados de Aduanas y de Sanidad, el pasaporte que acredite claramente su identidad, y manifestará si tiene la intención de permanecer en Colombia y cual es el oficio u ocupación a que vá a dedicarse. Si llegare por una de las poblaciones fronterizas con alguna nación limítrofe, llenará inmediatamente esas formalidades ante la primera autoridad política de la localidad. De todo ello se levantará una acta, la que en copia y debidamente autenticada se remitirá al Ministerio de Gobierno. Parágrafo. Exceptúanse de la regla contenida en el artículo anterior a los VIVANDEROS, es decir, a los negociantes de víveres que hacen el comercio fronterizo, a los agricultores que necesitan pasar frecuentemente la línea, a los sacerdotes, médicos, ingenieros y abogados a quienes las obligaciones de su profesión los obliguen a trasladarse de una a otra República vecina. [...]

Artículo 3. Todo extranjero que entre a Colombia debe estar provisto de un pasaporte expedido por el Agente Consular de la República en el puerto de embarque o en el lugar más próximo, o por el de una Nación amiga, si no lo hubiere de Colombia, en el cual se anote respecto del solicitante:

a) Nombre y apellido; b) Edad y sexo; c) Lugar de nacimiento, nacionalidad, y último domicilio. d) Oficio o profesión; e) Grado de instrucción; f) Estado civil; g) Objeto de su viaje a Colombia; h) Estado de salud; i) Filiación; j) Atestación de buena conducta.

Artículo 4. Para extender el pasaporte el Agente Consular, o quien haga sus veces, deberá tener a la vista el certificado de sanidad expedido por médico competente, y de conducta expedido por individuo o entidad que posea autoridad moral para certificar.

Parágrafo. No necesitan pasaporte los Agentes Diplomáticos y Consulares, ni sus comitivas.

Artículo 5. Los pasaportes que se expidan a favor de inmigrantes que llenen las condiciones de la presente Ley no causarán derecho de ninguna clase en la oficina donde se expidan.

En cada Aduana marítima, fluvial o terrestre, y en la oficina de la primera autoridad política en las ciudades fronterizas, se llevará un libro en el que se anotará a los extranjeros que por ese lugar entren en la República [...].

Los artículos 3º, 4º y 5º, fueron derogados por la Ley 103 de 23 de Noviembre de 1927. [...].

Artículo 6. El Médico de Sanidad del puerto practicará la visita reglamentaria de los individuos que deseen desembarcar, y para dar el permiso correspondiente se ceñirá a las disposiciones de la presente Ley. Si entre ellos hubiere alguno o algunos que estén comprendidos dentro de las excepciones que se establecen por el presente acto, dará aviso inmediatamente al Oficial de Aduana y conjuntamente lo pondrá en conocimiento del Capitán, negando el permiso para el desembarque. [...]

Sección Segunda

Inadmisión de Extranjeros

Artículo 7. No se permite entrar al territorio de la República a los extranjeros que se hallen en algunos de los siguientes casos:

a. A los que padezcan de enfermedades graves, crónicas y contagiosas, tales como tuberculosis, lepra, tracoma (y otras enfermedades similares no sujetas a cuarentena). Los que están atacados de enfermedades agudas, graves y contagiosas, tales como fiebres eruptivas, etc., serán internados a una cuarentena siendo de cargo del enfermo los gastos que demande su asistencia;

b. A los que sufran de enajenación mental, comprendiendo en ello también la demencia, la manía, la parálisis general, a los alcoholizados crónicos, a los atáxicos, a los epilépticos, a los idiotas, a los cretinos, a los baldados a quienes su lesión impide el trabajo. En el caso de que en algunas familias de inmigrantes, algún miembro de ellas estuviere comprendido en la prohibición de este inciso, la respectiva autoridad podrá permitir su entrada siempre que los demás miembros de la familia sean personas sanas y útiles. También quedarán excluidos de lo dispuesto en este inciso los extranjeros radicados en Colombia que habiéndose ausentado regresan al país dentro de un plazo no mayor de tres años;

c. A los mendigos profesionales; a los vagos; a los que no tengan un oficio u ocupación honorable que les permita ganar su subsistencia; a los que trafican con la prostitución;

d. A los que aconsejen, enseñen o proclamen el desconocimiento de las autoridades de la República o de sus leyes, o el derrocamiento por la

fuerza y la violencia de su Gobierno; a los anarquistas y a los comunistas que atenten contra el derecho de la propiedad;

e. A los que hayan sufrido condena por crímenes infamantes que revelen gran perversión moral, siendo entendido que los llamados delitos políticos no quedan comprendidos dentro de esta excepción, cuando a juicio, en caso de duda, de la Corte Suprema de Justicia, deban considerarse como tales, cualquiera que sea el calificativo que se les dé en el país donde hayan sido cometidos; debiéndose proceder en este caso de acuerdo con lo que se estipuló en tratados públicos vigentes.

Migration, colonialism and public health

4.4 Pobreza y emigración en la lente pública europea

Guillermo Palacios. El Colegio de México

La Revolución Industrial significó, además de una modernización sin precedentes en los procesos productivos manufactureros, la aparición de una pobreza social como no se había visto nunca en la historia. Autores como Adam Smith (1723-1790) y Jeremy Bentham (1748-1832), entre otros, dejaron testimonio de un fenómeno que llenaba de asombro a las mentes más ilustres de Europa. Los pobres, se dijo, eran las bajas mortales de la guerra por la industrialización, los que habían sido dejados atrás por el progreso. El impacto de la llamada 'segunda revolución industrial', esto es, la extensión de los métodos y procesos de producción industrial al resto del continente europeo en las últimas décadas del siglo XIX, un proceso simbolizado por la generalización del transporte ferroviario y vapores cada vez más veloces y de mayor capacidad de carga, amplió también las dimensiones de esa pobreza, en gran medida urbana, y encendió las luces de alarma en los servicios de seguridad de los Estados europeos. Al mismo tiempo, la entrada en funcionamiento de los complejos agro-exportadores sudamericanos en el último cuarto del diecinueve comenzó a inundar los mercados europeos de productos agrícolas en grandes cantidades y a precios tan inferiores a los europeos que llevaron a regiones agrícolas enteras del Viejo Continente, especialmente en la zona mediterránea, a la bancarrota, forzando el éxodo de centenas de miles de campesinos empobrecidos hacia otras partes del mundo, con destaque para Estados Unidos, Australia, Brasil y Argentina. La salida de esos emigrantes, "necesitados e infelices", como dice el periodista francés cuyo testimonio leeremos a continuación, representaba sin duda una válvula de escape que aminoraba los problemas sociales en las urbes europeas, hacia donde se habían dirigido inicialmente los nuevos pobres. Sin embargo, como termina diciendo el documento, las esperanzas de los emigrantes de mejorar las condiciones de vida que habían dejado atrás resultaron ser muchas veces meros espejismos y la pobreza se reprodujo en sus nuevos países de destino. Por otro lado, la llegada de millares de brazos europeos representó una dura competencia para la mano de obra 'nacional' de los puntos de llegada, deprimió significativamente los salarios locales y alentó los sentimientos nacionalistas y xenofóbicos.

“Le problème de l’émigration”

En Henri Dagan, *L’Européen*, 7 mai de 1904, en Arquivo do Estado de São Paulo. Fundo Secretaria de Agricultura e Abastecimento. Inspeção de Imigração. Caixa 12 9835.

Le Parlement français discutera, prochainement, la question de la main-d’œuvre étrangère. / Cette question qui n’est pas particulière à la France se rattache directement à celle, plus générale, de l’émigration européenne. Son caractère nettement international mérite de retenir un instant notre attention. / Le déplacement de la population a été formidable, principalement depuis un demi-siècle. Les États-Unis et l’Australie ont été les deux grands pays vers lesquels se sont dirigés les émigrants, jusqu’en 1870 et 1880. / En 1840 il arrive 84.000 personnes aux États-Unis. Ce chiffre s’élève à 1.713.000 de 1840 à 1850. Dans la même période l’Australie reçoit 180.000 émigrants. / La progression continue sa marche ascendante favorisée par les grandes découvertes aurifères des pays neufs. C’est ainsi que de 1850 à 1860 les États-Unis reçoivent 2.580.000 personnes, l’Australie 613.000. / Dans la période de 1870-1880, les États-Unis reçoivent encore 2.812.000 émigrants, l’Australie 336.000. / À dater de cette période le nombre des pays d’immigration augmente. Le Brésil et l’Argentine reçoivent des dizaines de mille de personnes. / C’est dans la décennie 1880-1890 que l’on constate l’exode le plus actif de la population européenne. Le nombre des émigrants ne fut jamais inférieur chaque année à 500.000. Dans l’année 1888 ce chiffre s’élève à 860.000. / Il est intéressant de constater que ce phénomène est lié à la dépression ou à la prospérité industrielle et commerciale des pays de départ ou des pays d’arrivée. / Ainsi en 1893 les crises très graves qui éclatèrent aux États-Unis et en Australie eurent un retentissement sur l’intensité de l’émigration, laquelle fléchit à 440.000. Tandis qu’en 1900, la dépression des affaires en Europe déterminait l’exode de 600.000 personnes, chiffre qui s’éleva à 800.000 en 1901. (Rappelons que les populations du Midi avaient naguère émigré en grand nombre lorsque leurs vignes furent ravagées par le phylloxera). / À noter un autre fait intéressant: jusque vers 1870 ou 1875, c’est surtout les Îles Britanniques et principalement l’Irlande qui fournissent l’armée forcée des émigrants. Mais en 1880 l’Allemagne égale le Royaume-Uni. Et depuis cette date ce sont des populations de l’Est et du Midi qui fournissent le plus fort contingent à l’émigration. / Voici un tableau qui a été dressé par M.L. Bodio, directeur de la *Statistique de l’émigration italienne*:

Émigration des divers pays européens

En 1882, 1888, 1894 et 1901

	Pays	1882	1888	1894
Grande-Bretagne	195.234	202.586	114.022	132.505
Irlande	84.132	78.901	42.008	39.210
Allemagne	203.585	103.951	40.964	22.073
Pays Scandinaves	82.003	76.098	19.425	29.430
Hollande	7.304	4.298	1.146	1.899
Suisse	10.896	7.432	3.107	2.968
Belgique	?	7.794	1.318	2.769
France	4.858	23.339	5.586	?
Italie	67.632	207.595	114.566	288.947
Espagne	25.796	49.283	34.102	59.260
Portugal	18.272	23.632	26.656	20.439
Autriche	18.119	24.819	18.783	63.358
Hongrie	17.520	17.630	6.783	35.224
Russie	?	38.747	17.792	46.888

On remarquera la marche ascendante de l'émigration italienne, espagnole, autrichienne, hongroise et russe. Ce sont des pays agricoles. La foule des gens besogneux et malheureux (car les émigrants aisés ou riches son une faible minorité) va chercher dans une autre patrie ce qu'elle ne peut pas trouver dans la sienne. Mais si les autres pays sont également très surpeuplés, de sorte que le nombre de ceux qui trouvent des conditions meilleurs est assez restreint, la plupart ne font qu'aggraver la situation des indigènes par la concurrence des bras disponibles. D'où mécontentements, plaintes, récriminations, exacerbation du nationalisme et projets de lois contre les *ouvriers étrangers*. Chaque nation veut se défendre contre l'invasion des ouvriers voisins, de peur de mécontenter les siens. Situation grave pour tous les pays, car les projets d'interdiction, en supposant qu'ils se généralisent, ne résoudre rien pour personne. Chaque pays conserverait son surplus de population inoccupée, c'est-à-dire un élément de crise et de trouble inévitable.

4.5 “*Assistance publique aux colonies*”

Guillermo Palacios. El Colegio de México

El colonialismo, término con el que se conoce a la ‘repartición’ de varias partes del globo, muchas de ellas dotadas con gobiernos y sistemas políticos ancestrales, por las potencias europeas de la segunda mitad del siglo XIX, significó una enorme ampliación del aparato estatal moderno y la creación de una burocracia especializada en el trato de las “colonias”, tanto en las metrópolis coloniales como en los espacios ocupados por ellas. En la mayor parte de éstas se montaron “Ministerios de las Colonias” o secretariados especiales, habitados por los nuevos especialistas y encabezados por un ministro o un secretario. El colonialismo significó al mismo tiempo el encuentro con condiciones ambientales a las que los europeos no habían estado expuestos, y que meritaban fuertes inversiones tanto en el desarrollo de la medicina tropical, cuanto en tecnologías preventivas y nuevas profilaxis. Gracias a la experiencia colonial se van a crear también los ‘hospitales coloniales’, en torno a los cuales se expanden de igual manera la profesión médica y sus especializaciones. Además del simple cuidado y tratado de la salud de los funcionarios civiles y militares emigrantes a las colonias, y de los colonos que allí se establecían, se procuraba también mostrar con el ejemplo las ventajas de la avanzada civilización europea y los beneficios que su modelo proporcionaba a las naciones y pueblos ‘bárbaros’ y ‘atrasados’ de las colonias, lo que al mismo tiempo servía para justificar en alguna medida la ocupación. De igual forma, los emigrantes ‘oficiales’ a las colonias, también llamados de ‘expatriados’, debían ser tratados con todas las consideraciones y tener acceso a los mismos servicios de salud que se ofrecían en las metrópolis, pues eran considerados como los baluartes de la modernidad, los expedicionarios que sacrificaban las comodidades de sus lugares de origen para ir mostrar a los habitantes de las colonias las enormes ventajas de la política, de la filantropía y de la ciencia europeas. Los nativos que se ponían al servicio del gobierno colonial también eran agraciados con el acceso a los servicios de salud e higiene creados para los emigrantes europeos. Sobresale en el documento no sólo la preocupación con la salud de los emigrados sino también el gran papel que tradicionalmente se le atribuye al Estado francés y el cuidado con su salud financiera, y, en particular, la importancia de la presencia militar para el bienestar de los civiles.

“Assistance publique aux colonies”, 1898.

Annales d'hygiène et médecine coloniales, 1898. n° 1, pp. 244-246.

Considérations générales.- Il appartient à l'Administration des colonies d'assurer, avec un soin jaloux et dans des *conditions identiques*, les secours médicaux-chirurgicaux au personnel qu'elle emploie dans nos possessions d'outre-mer, qu'il soit civil ou militaire. / A ceux qui s'expatrient pour aller mettre en valeur notre domaine colonial, elle doit garantir qu'ils auront à leur portée, les cas échéant, des soins éclairés et au moins égaux à ceux qu'ils pourraient trouver dans la métropole. Mais là ne se borne pas son rôle: / Au triple point de vue de la civilisation, de l'humanité, du développement de nos colonies, elle a le devoir non seulement de faire profiter les populations indigènes de tous les avantages résultant des progrès et de conquêtes de la science en matière d'hygiène, mais encore de les soustraire, autant que possible, aux endémo-épidémies qui les menacent et de les préserver contre l'importation des maladies qui servissent dans les pays avec lesquels elles ont été mises en relation. / Pour atteindre ces multiples résultats, le Ministre des colonies a créé un personnel médical spécial dont, outre la compétence et le dévouement, il exige une grande somme de connaissances particulières et sur lequel il conserve la haute main. / Il l'adjoint aux gouverneurs, non dans le seul but de soigner les malades, mais aussi pour leur servir de *conseil* dans le règlement des questions d'hygiène et de police sanitaire. Il évite ainsi que l'intérêt des populations ne soit sacrifié, notamment dans les pays où les luttes de parti sont pour ainsi dire à l'état de permanence. / Continuant son œuvre de protection, le Département a pris à sa charge les hôpitaux dist *hôpitaux militaires* et en a fait des *hôpitaux coloniales*. Il en a ouvert largement les portes à ceux qui désirent y entrer: fonctionnaires européens ou indigènes, colons, femmes et enfants. En un mot, il a créé l'*Assistance hospitalière* pour tous ceux qui ne sont pas natifs, exception faite parmi ces derniers, de ceux qui sont au service de l'État et de ceux qui peuvent se faire traiter à leur frais. / Afin de ne pas faire supporter à la métropole la totalité des dépenses qu'entraîne le fonctionnement de ce service, on fixe chaque année pour les malades autres que les militaires un prix de la journée d'hôpital, établi en faisant intervenir la supputation de frais généraux. On arrive ainsi à faire rembourser par le budget local et par les particuliers une partie des dépenses, l'État ne gardant en quelque sorte à sa charge que celles au titre militaire et une fraction de la solde du personnel médical utilisé. Par suite, il conserve à ce dernier l'indépendance indispensable pour régler certaines questions. / Grâce à ce système, et tout en assurant aux fonctionnaires et aux colons un réel confort et de soins éclairés, l'État ne dépense qu'une somme relativement faible, si l'on considère l'importance et l'étendue de nos possessions. [...] C'est ainsi

que, dans la plupart de nos anciennes possessions, il existe, en dehors des établissements communément dénommés “hôpitaux militaires”, des hôpitaux-hospices, des léproseries, des asiles d’aliénés, des dispensaires, des ouvroirs, des crèches, des bureaux de bienfaisance. / Les hospices n’admettent, en général, que les natifs indigents. Quelques-uns peuvent cependant recevoir d’autres catégories de malades; mais les personnes qui sont en mesure de payer préfèrent de beaucoup se faire traiter, malgré la différence de prix, à l’hôpital colonial où ils sont sûrs de trouver le confort et les soins que ne sauraient leur procurer les hospices. [...] Il y a donc dans nos possessions, comme dans toutes les colonies étrangères, deux organisations hospitalières parallèles qui se complètent et qui sont d’une absolue nécessité, l’une ne pouvant suppléer l’autre que dans des circonstances exceptionnelles. / La question est de savoir si, le jour où l’élément militaire proprement dit est supprimé dans une colonie, le Département peut se désintéresser de la façon dont seront soignés ses fonctionnaires, ses gendarmes et les colons européens.

Migration, contagious diseases and crimes against health

4.6 *Prohibiciones, denuncias y rechazo. México 1926-1930.*

María Rosa Gudiño. El Colegio de México

En el código sanitario de 1926 quedaron establecidas las enfermedades prohibidas que, se aducía, solían padecer los inmigrantes –particularmente chinos, árabes y judíos- que en esos años ingresaban al país. El artículo 72 las establece: peste bubónica, cólera, fiebre amarilla, meningitis, fiebre tifoidea, tifo exantemático, viruela y tuberculosis, entre otras. El beri-beri y el tracoma también fueron incluidas. Cuando un extranjero portador de alguna de estas enfermedades trasmisibles era detenido en la aduana de cualquier puerto de acceso a México, debía ser expulsado y devuelto a su país de origen ya que, además de representar un foco de contagio de alto riesgo para la población nacional, se consideraba que había violado las leyes migratorias nacionales. De su expulsión participaban el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Gobernación, a través del departamento de migración. Al primero correspondía certificar que el inmigrante estaba enfermo y, en consecuencia, evitar el contagio a más personas; al segundo, realizar los trámites de deportación y el pago correspondiente. Sin embargo las quejas por la falta de partida presupuestal para pagar los gastos de traslado fue un argumento repetidamente utilizado por ambas instancias. La permanencia de estos inmigrantes enfermos requería que fueran alojados y tratados médicamente, ya en lazaretos o en delegaciones sanitarias cercanas al puerto de desembarque, lo cual ocasionaba en muchas ocasiones sobrepoblación y utilización de camas que dejaban de ser empleadas por mexicanos enfermos, como se ve a continuación.

“Necesidad de recursos para la expulsión de extranjeros que hayan violado las leyes sanitarias de migración”.

En: *Archivo Histórico de la Secretaría de Salud*. Fondo: Salubridad Pública. Sección: Servicio Jurídico. Caja 19, expediente 6, 1930, 17 fojas, Extracto de carta que el Dr. Rafael Silva (jefe del DSP) dirigió al Presidente de la República.

La Secretaría de Gobernación procedió a la expulsión de los extranjeros Abud y Moisés Taachi, por haberse comprobado que padecían tracoma y haber penetrado al País durante la vigencia del actual Código Sanitario que prohíbe la entrada de inmigrantes que padezcan la citada

enfermedad, la que no fue seguramente observada al desembarcar en el Puerto de Veracruz por nuestra Delegación Sanitaria [...]. La misma Secretaría, en oficio número 17004 de 12 de septiembre último comunica al Departamento de Salubridad que considera que es él el que debe cubrir los gastos que demanden las expulsiones de extranjeros que se encuentren en condiciones semejantes ya que la propia Secretaría carece de recursos para efectuarlo, en la inteligencia de que la parte ejecutiva de las expulsiones las seguirá desempeñando, por prescripción de la Ley vigente, el Departamento de Migración de la propia Dependencia del Ejecutivo [...] México, 10 de octubre de 1930.

Ante la oleada de inmigrantes, particularmente chinos, que seguían llegando a puertos mexicanos a inicios de la década de los treinta, la Secretaría de Gobernación reforzó las medidas de inspección en los puertos de desembarque. Para tal efecto dispuso de acciones más severas, reguladas por el jefe de la Oficina de Migración, a quien designó como la única persona con autoridad oficial para examinar a los inmigrantes recién llegados. Esta decisión fue comunicada al Departamento de Salubridad Pública, cuyo jefe en turno, el Doctor Rafael Silva, manifestó estar de acuerdo con la medida, pero pidió que se ratificara que el examen sanitario competía solamente al personal del Departamento. Con su carta de respuesta, el doctor Silva expuso su discriminatoria reticencia a los inmigrantes chinos, a los europeos provenientes de Checoslovaquia, Hungría y Polonia, a los serbios y sirios libaneses, argumentando que se resistían a asumir “nuestro medio” y eso los convertía en parásitos sociales que afectaban a la industria y el comercio nacional. Independientemente de la inclusión de otras nacionalidades en esa ‘lista negra’, el rechazo a los asiáticos fue predominante, tanto por ser portadores de las enfermedades ya mencionadas, como por ser directamente acusados de cometer delitos contra la salud, gracias al consumo y distribución de opio.

“Confidencial. Expediente relativo al impedimento de entrada a los chinos, redoblar la vigilancia y en particular no permitir la entrada a ciertos individuos”.

En: *Archivo Histórico de la Secretaría de Salud*. Fondo: Salubridad Pública. Sección: Servicio Jurídico. Caja 21, expediente 3, 1930, 11 fojas. “Carta del Doctor Federico Silva al Secretario de Gobernación”.

Al C. Secretario de Gobernación. “El Departamento de Salubridad Pública de mi cargo, considera que México es un país que necesita fundamentalmente la inmigración, como todos los países jóvenes de América, pero es indudable que esa inmigración debe ser escrupulosamente escogida para no dar lugar a los graves problemas que hoy se palpan y que

difícilmente pueden resolverse en países que necesitan de esa inmigración y que no han sabido determinar y circunscribir su acción a las corrientes de inmigración deseables. El Departamento de Salubridad igualmente considera que debe restringirse fundamentalmente y en lo absoluto, la inmigración china, ya que se trata de una raza que por sus peculiaridades, al mezclarse con las razas nacionales, produce indudablemente una degeneración en la especie al mismo tiempo que graves problemas sanitarios, por lo que en todo el país siempre ha existido un clamor público en contra de dicha inmigración, clamor que está perfectamente justificado. Igualmente deben tomarse medidas muy enérgicas para restringir en todo lo posible, casi en lo absoluto las corrientes de inmigración de húngaros, serbios, checoslovacos, sirio-libaneses, rusos y polacos, ya que dichas razas no son deseables para nuestro país, pues no se asimilan a nuestro medio, constituyendo en la mayoría de los casos parásitos sociales y produciendo graves males en el comercio y en la industria, como constantemente y con toda justificación se señalan por la prensa. Bien sabido es, que los problemas migratorios de Europa preferentemente consisten en la salida periódica de sus nacionales para América, misma salida que en ocasiones es fomentada por los mismos gobiernos europeos, como medio de obtener un equilibrio económico, y sabido es también, que precisamente las corrientes inmigrantes que vienen a América son precisamente de la más mala calidad por las circunstancias antes expresadas. En tal virtud, este Departamento de Salubridad, espera que esa Secretaría estudiando el grave problema antes dicho, tome las medidas que se imponen para restringir, repito casi en lo absoluto, las corrientes de inmigración antes mencionadas. SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCION. México, a 14 de julio de 1930.

“Instrucciones del Departamento de Salubridad giradas al delegado sanitario federal en Torreón (Coahuila) en relación al descubrimiento de un fumadero de opio y al arresto de chinos por esta razón”.

En: *Archivo Histórico de la Secretaría de Salud*. Fondo: Salubridad Pública. Sección: Servicio Jurídico. Caja 14, expediente 21, 1928, 7 fojas. (Extracto).

En el interior de la habitación se encontraban los chinos Francisco Lem (o Tea) quien limpiaba una pipa para fumar opio; Santiago Wong y José Joa que permanecían sentados sin hacer nada. En el mismo cuarto habitación sobre un entarimado con estera se encontraban dos lamparillas de las usadas para fumar opio, prendidas. De un cajón de la mesa se extrajo un botecito con opio cocinado y de una trampa situada en la misma mesa, abajo y atrás del cajón se extrajeron: un botecito conteniendo residuos de opio cocinado y tres conteniendo alguna cantidad de la misma sustancia; un envuelto de papel conteniendo cenizas de opio fu-

misma sustancia; un envuelto de papel conteniendo cenizas de opio fumado.- En el mismo lugar se encontró un envase de cristal conteniendo una sustancia al parecer resinosa.- Sobre la mesa se encontraron dos quemadores de opio con sus cañas y dos quemadores sueltos, un instrumento para limpiar los quemadores con el cual el chino Lem limpiaba uno de ellos y dos latitas para depositar ceniza.- En una de las bolsas del chino Lem o Tea se encontró otro botecito de lata con opio cocinado.- A fin de cumplimentar los artículos doscientos y quinientos diez del Código Sanitario Federal en vigor el Jefe de la Delegación ordenó el decomiso de las sustancias y útiles ya dichos a fin de ser destruidos... Todos los chinos al ser interrogados sobre la procedencia o uso no dan datos de ninguna naturaleza diciendo Lem que el opio lo trae un chino de México, que está en esa ciudad y que no sabe quién es ni a dónde vive.- Sin más que agregar se firma esta acta para constancia de los hechos por los presentes, no haciéndolo los infractores en virtud de ignorar el español.

4.7 *Inmigración japonesa y cáncer gástrico y de mama en São Paulo.*

Guillermo Palacios. El Colegio de México

La inmigración japonesa a São Paulo fue uno de los fenómenos migratorios más importantes de las primeras décadas del siglo XX para entender el actual pluralismo étnico de la población brasileña, en especial de las regiones del sur. Originalmente contratados para trabajar como colonos en las haciendas de café, muchos japoneses se trasladaron a las grandes ciudades del estado, en particular a la capital, donde se integraron plenamente a la sociedad local, y donde actualmente se desempeñan en todos los oficios y servicios. Son corrientes migratorias que han continuado y que, si bien no se comparan numéricamente con las originales, siguen siendo un flujo importante de población nueva que llega a la ciudad de São Paulo y a otras regiones de Brasil. En la década de 1970, cuando comenzaron a divulgarse informaciones sobre la alta incidencia del cáncer de estómago en Japón, investigadores brasileños se interesaron por estudiar lo que estaba sucediendo en la colonia nipona de São Paulo y encontraron notables aumentos en la presencia de esa neoplasia entre la población migrante japonesa ubicada en el municipio de São Paulo cuando comparada con lo que ocurría en tres ciudades japonesas, Miyagi, Osaka y Fukuoka. Sin embargo, la incidencia de cáncer de mama en las mujeres presentó resultados opuestos, con mayores coeficientes entre la población japonesa femenina en São Paulo, comparada con ese mismo tipo de población en otras regiones del mundo, incluyendo las ciudades mencionadas. Es decir, las mujeres japonesas que migraron a São Paulo presentan mayores posibilidades de adquirir cáncer de mama que las que no migraron, si bien continúan presentando coeficientes muy inferiores al total de la población. Al mismo tiempo, la incidencia de cáncer de mama entre la población japonesa femenina en Estados Unidos (Los Ángeles y Hawái) triplica los índices encontrados para las ciudades japonesas estudiadas. Dichas investigaciones se hicieron en el marco de estudios que partían de la premisa de que el estudio de las migraciones ofrece condiciones especiales para el análisis epidemiológico del cáncer –así como de otras dolencias– pues permite realizar análisis combinatorios sobre la incidencia de factores genéticos, socio-ambientales, alimenticios, etc., en la propagación de la enfermedad, en particular en poblaciones ‘en movimiento’ que presentan diversas condiciones propicias. Dada la homogeneidad étnica de los grupos estudiados, las investigaciones no son conclusivas respecto a las causas de las diferencias en los coeficientes de incidencia de cáncer de estómago y de mama, que se atribuyen a factores relacionados con la dieta, o, más genéricamente, con la adquisición de nuevos factores de riesgo y protección, inexistentes en los lugares de ori-

gen. Es de notar, en lo que respecta a la dieta, la relación que puede existir entre el tiempo de llegada al país de destino y el momento de aumento de la incidencia del cáncer de estómago entre los varones o de disminución del cáncer de mama femenino. Se sabe que las poblaciones migrantes tienden a mantener sus hábitos alimenticios y otros rasgos culturales durante los primeros años de asentamiento en el país de destino, en especial si encuentran, como en el caso de São Paulo, una extensa población migrante pre-existente, y solamente después, como parte del proceso de integración a la nueva sociedad, comienzan a incorporar hábitos nuevos y a combinar la dieta original con ingredientes del país de destino.

Tabla 1

Cáncer de estómago en la población de origen japonés de varias áreas geográficas y en la población general de São Paulo, sexo masculino, 1978

Localidad	Incidencia*	Índice	
Japón			
	Miyagi	88,0	117,3
	Osaka	78,0	104,0
	Fukuoka	75,0	100,0
São Paulo			
	Población japonesa	69,3	92,4
	Población general	45,7	60,9
Estados Unidos			
	Los Angeles	34,3	45,7
	Hawái	34,0	45,3

*Coeficiente padronizado por la población mundial

Tabla 2

Cáncer de mama en la población de origen japonés de varias áreas geográficas y en la población general de São Paulo, sexo femenino, 1978.

Localidad	Incidencia*	Índice	
Japón			
	Miyagi	17,5	137,8
	Osaka	12,7	100,0
	Fukuoka	15,5	122,0
São Paulo			
	Población japonesa	24,0	189,0
	Población general	56,2	442,5
Estados Unidos			
	Los Angeles	57,3	451,2
	Hawái	47,1	370,9

*Coeficiente padronizado por la población mundial

Fuente: Antonio Pedro Mirra, "Imigração e câncer em São Paulo", *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 13, suplemento 1, Rio de Janeiro, 1997, pp. 109-110.

City and health

4.8 Campaña contra tifo en Ciudad de México. 1909

Laura Rojas. Universidad Nacional Autónoma de México

Durante la segunda mitad del siglo XIX, la población mexicana, como la de otros países de América Latina, sufrió epidemias graves de viruela, peste, cólera, influenza, etc. Como parte de la 'batalla por la modernidad', el Estado y los profesionales de la medicina buscaron transformar al país –y particularmente a la ciudad de México– en un espacio sano y saludable y a sus habitantes en hombres y mujeres de bien. Es decir, saludables y, en consecuencia, trabajadores. La atención puesta a la capital del país respondía al acelerado crecimiento demográfico y espacial. El número de personas que vivían en la capital pasó de 200,000 a 471,000 entre 1862 y 1910, lo que significó un notable aumento de las necesidades sanitarias e higiénicas y también el acelerado deterioro de las existentes. (México, 1999, 20, t. 1).

Para combatir las enfermedades y deficiencias sanitarias en la ciudad se pusieron en marcha acciones específicas que involucraron a los inspectores sanitarios con la población civil. Se trataba de intervenciones que los primeros realizaron en las vecindades, casas habitación y centros de trabajo para inspeccionar las condiciones higiénicas de estos espacios y para identificar a los enfermos como fuente de contagio. Por ejemplo, para combatir la epidemia de peste que azotó al puerto de Mazatlán entre 1902 y 1903, se estableció un cerco sanitario alrededor de la zona afectada y se inspeccionó casa por casa en busca de enfermos; al mismo tiempo se declaró una guerra sin cuartel a las ratas, principales portadoras de la enfermedad. Previo al movimiento armado que dio inicio a la Revolución Mexicana, el Consejo Superior de Salubridad realizó, entre 1903 y 1910, importantes campañas en contra de la fiebre amarilla, contra la malaria en 1903, contra la tuberculosis en 1907 y en 1908 contra las enfermedades venéreas (Carrillo, 1995, 1999, 2001). Pronto se descubrió que medidas de modernización urbana, como la construcción, hacia 1909, del acueducto para suministrar de agua potable a la ciudad y la colocación de la tubería para dotar de gas a las habitaciones, provocaban la acumulación de tierra que al ser retirada levantaba mucho polvo que afectaba la salud de las personas y propagaban el tifo. Esta situación y las condiciones de las habitaciones en las que vivían movieron a las autoridades del Consejo Superior de Salubridad a revisar sus estrategias y a

proponer medidas concretas que ayudaran a prevenir que la enfermedad se extendiera. La participación de los médicos fue fundamental porque a ellos correspondía identificar a los enfermos y decidir si necesitaban hospitalización o si, con las medidas sanitarias adecuadas, podían ser atendidos en sus domicilios.

“Medidas que propone el Consejo Superior de Salubridad para evitar la propagación del tifo en la capital”.

En *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, 3ª. Época. Tomo XV, No. 6, 31 diciembre 1909, pp. 181-185.

“Si à esta causa de nuestras circunstancias sociales no es posible por ahora extinguir totalmente el tifo entre nosotros, es indudable que sí podemos oponernos á su propagación, siempre que se pongan en práctica con toda oportunidad y eficacia las medidas que la higiene aconseja para este caso.

Sabido es que la ciencia sanitaria ha puesto fuera de duda que las circunstancias necesarias para la aparición y propagación del tifo son, como fundamentales, las siguientes: la miseria, el frío, el estancamiento de materias orgánicas, la remoción de tierras intra-urbanas; la aglomeración en las habitaciones, la suciedad y la presencia de parásitos animales. Si éstas son, pues, las causas de la endemo-epidemia tabardillo, claro es que combatiéndolas vigorosamente se llegará de un modo inconcuso al feliz resultado á que se aspira. Y si no es posible, desde luego, aniquilar á todas, sí es dable oponernos eficazmente á algunas de ellas.

Tanto la colocación del gran acueducto para la introducción del agua potable á la capital, como la colocación de la tubería para dotar de gas á las habitaciones, están determinando en estos momentos grandes remociones de tierra, en extensión no pequeña; y semejante hecho, como es estadísticamente notorio, acarrea siempre, ya aparición de epidemias, ya recrudescencia de endemias, y por eso es deber de la autoridad sanitaria oponerse á los males que esto pueda ocasionar; y el Consejo para ello es, ya alejar estas tierras á paso y medida que se van extrayendo, ya regarlas con substancias adecuadas capaces de impedir la difusión de sus polvos, como por ejemplo la lechada de cal. Respecto de detención de desechos, es preciso vigilar constantemente las habitaciones, y muy especialmente las casas de vecindad; y siempre que se encuentren azolvados los caños desaguadores, obligar inmediatamente á los dueños á que con toda rapidez los dejen en corriente.

En toda habitación donde se presente el tifo debe ponerse inmediatamente en práctica el conjunto de preceptos que la higiene aconseja, y esto en vista de las circunstancias de cada caso. En efecto, si la habitación está formada por sólo una pieza ó si, aunque haya varias, el número de

personas que allí habitan es muy grande, ó no se puede hacer bien la ventilación y el aseo, el ó los enfermos serán trasladados al hospital, se aseará, desinfectará y blanqueará el cuarto, y siempre que sea posible, se prescribirá, á los que estuvieren en contacto con el enfermo, el uso de fricciones capaces de combatir á los parásitos; todo lo cual se complementará destruyendo por el fuego (previa indemnización) los miserables hilachos, petates, etc., ó bien por la desinfección las ropas que así lo ameriten.

En el caso de que el enfermo no deba ser trasladado al hospital, se tomarán todas las medidas para realizar el aislamiento más perfecto, dando las instrucciones del caso á la familia ó asistentes del paciente, sobre todo en la elección de pieza que deba ocupar.

En vista de lo dicho, sometemos á la aprobación del Consejo las siguientes proposiciones:

1ª.- Se recomendará al Consejo S. de Gobierno se sirva dictar sus órdenes á fin de que, á la mayor brevedad posible, se recojan y se lleven, fuera de la ciudad, las tierras y lodos que resulten de las obras que están emprendiendo en la Capital, y que, entre tanto se recogen, se cubran con lechada de cal, así como que se haga, con la mayor frecuencia posible, el lavado de las atarjeas y el aseo y riego de las calles.

2ª.- Por el medio más adecuado se recordará á los médicos que ejercen en la ciudad, que conforme al artículo 262 del Código Sanitario, están obligados á dar parte al Consejo de Salubridad de los enfermos de tifo que asistan, tan luego como hayan formulado el diagnóstico, haciéndose acreedores á la pena correspondiente si no dan cumplimiento á este precepto legal.

3ª.- En los casos en que la habitación del enfermo se componga de una sola pieza, sólo por circunstancias excepcionales se permitirá allí su asistencia, ó sea cuando, además de tener médico que lo asista, su familia se componga de sólo otras dos personas, y si es más numerosa que los miembros de ella, se separen de la habitación y sólo queden dos personas al cuidado del enfermo, siendo indispensable, además que la pieza esté regularmente aseada y que tenga buena amplitud; en caso contrario, se trasladará al enfermo al hospital.

Si son dos o más las piezas de la habitación, deberá evitarse la aglomeración de personas, y de no conseguirlo, se pasará al enfermo al hospital.

El Médico Inspector Sanitario del Cuartel, al practicar su primera visita al enfermo, señalará la pieza en que deba quedar y ordenará a la familia que sólo deberán entrar á ella las dos personas que se encarguen de asistirlo, y que deberá permanecer confinado allí hasta que termine su convalecencia.

Los Médicos Inspectores de Cuartel vigilarán que se cumpla debidamente el aislamiento del enfermo, practicando al efecto cuantas visitas creyeren necesarias después de la primera que practiquen.

Los mismos Médicos Inspectores Sanitarios harán fijar en la entrada de la habitación, además de entregar un ejemplar de la instrucción respectiva, un aviso del que recomendarán su fiel observancia, redactado en los términos siguientes:

AVISO

En esta habitación hay un enfermo de tifo, y por orden del Consejo S. de Salubridad deberá permanecer aislado hasta que sea dado de alta, quedando prohibida, entre tanto, la entrada á otras personas que no vivan aquí, con excepción del médico, del sacerdote y del notario, en caso de que llegue á ser preciso. Si se advirtiere que no se cumple con esta prevención, se trasladará al enfermo al hospital y se impondrá al Jefe de la familia la pena correspondiente.

4ª.- Tan luego como se reciba en el Consejo aviso de la existencia de un enfermo de tifo, se le comunicará al Jefe del Servicio de Desinfección, quien dispondrá que se haga en el acto la desinfección de los excusados de la habitación y de los albañales de la casa, así como la extracción de la basura rociada con lechada de cal.

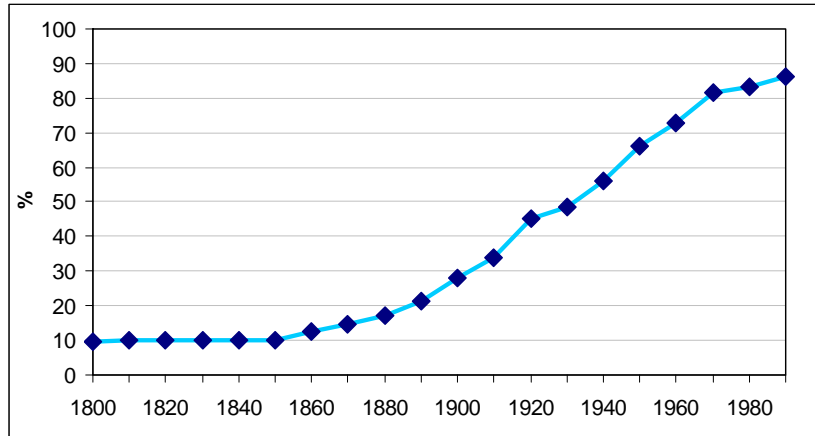
Se desinfectará asimismo la pieza á donde vaya á atenderse al enfermo, por medio del ácido sulfuroso, colocando allí todas las ropas que hasta entonces haya usado el paciente para destruir de esa manera los insectos que hubiere. En el mismo momento se entregarán á la familia 200 centímetros cúbicos de la solución para extirpar los piojos, á fin de que se le aplique al enfermo, previa consulta con el médico de cabecera y para que se la apliquen á los miembros de la familia. [...] México, Diciembre 22 de 1909.

4.9 Urbanización y salud en Suecia, 1750-2000

Sam Willner. Universidad de Linköping

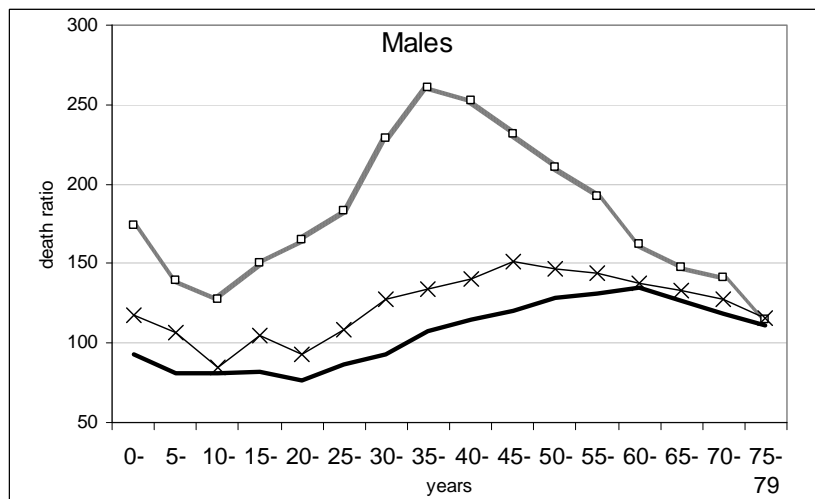
Suecia cuenta con tres grandes áreas metropolitanas, Estocolmo, Gotemburgo y Malmö, cada una con sus propias zonas conurbadas. Hasta la mitad del siglo XIX sólo 10% de la población sueca vivía en áreas urbanas. En la actualidad la proporción llega a 90%, de los cuales un tercio vive en las áreas metropolitanas mencionadas (Fig. 1). Las áreas urbanas se han caracterizado desde mitad del siglo XVIII por altos índices de mortalidad, en particular entre la población masculina adulta. Los índices se agravan en la primera mitad del siglo XIX, cuando la mortalidad masculina muestra una incidencia mayor en las ciudades, grandes y pequeñas, en comparación con las áreas rurales. Las enfermedades infecciosas, en particular la tuberculosis (*consumption*) y otras, que probablemente eran tifo y tifoidea, causaron altos índices de mortalidad entre la población masculina urbana durante las primeras décadas del siglo XIX. Sin embargo, la brecha entre la mortalidad urbana y la rural disminuyó con el inicio de la industrialización sueca a fines del siglo XIX e inicios del XX (Fig. 2). La instalación de sistemas de agua potable y desagües en las ciudades seguramente contribuyó a un descenso de las muertes debidas a enfermedades infecciosas. También se nota una notable disminución de muertes entre parturientas urbanas en las últimas décadas del siglo XIX gracias al uso de antisépticos y a la propia reducción de la tasa de natalidad en ese grupo. La reducción de la brecha en los índices de mortalidad urbana-rural masculina en el siglo XX refleja también una reducción de las diferencias en las condiciones de vida de las ciudades y de las áreas rurales que se ha venido dando a lo largo de las últimas décadas (Fig. 3). La tendencia contraria en el caso de las mujeres puede deberse a un recorte en las diferencias de comportamiento entre géneros y a la adquisición, por las mujeres, de 'hábitos masculinos' que significan riesgos para la salud, como el tabaquismo y el alcoholismo. Los altos índices de mortalidad debidos al consumo de alcohol han sido un gran problema de salud pública en Suecia desde el siglo XIX, particularmente entre la población masculina, y lo siguen siendo. El consumo de alcohol también contribuye a entender las elevadas tasas de mortalidad por causas violentas o por enfermedades infecciosas, que se apoderan de organismos debilitados. A inicios del siglo XX, drásticas medidas gubernamentales de control contribuyeron a disminuir notablemente el consumo de alcohol. Entre 1919 y 1955 estuvo en vigor de racionamiento individual que estableció un consumo de aproximadamente 4 litros anuales per cápita. Al terminar el racionamiento, en la segunda mitad de la década de 1950, la mortalidad relacionada con el alcohol aumentó de nuevo (Fig. 4).

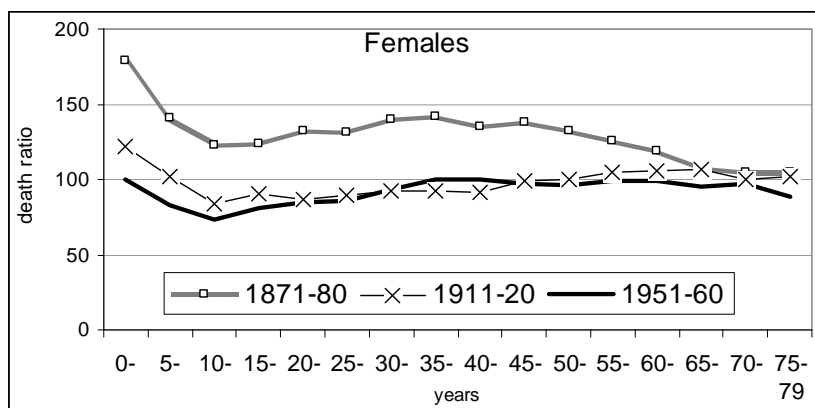
Figure 1. Proportion urban population in Sweden 1800-1990.



Source: J Melin et al, Sveriges historia: koncentrerad uppslagsbok: fakta, årtal, kartor, 1999.

Figure 2. Urban – rural mortality ratio (rural=100). Sweden 1871-1960.

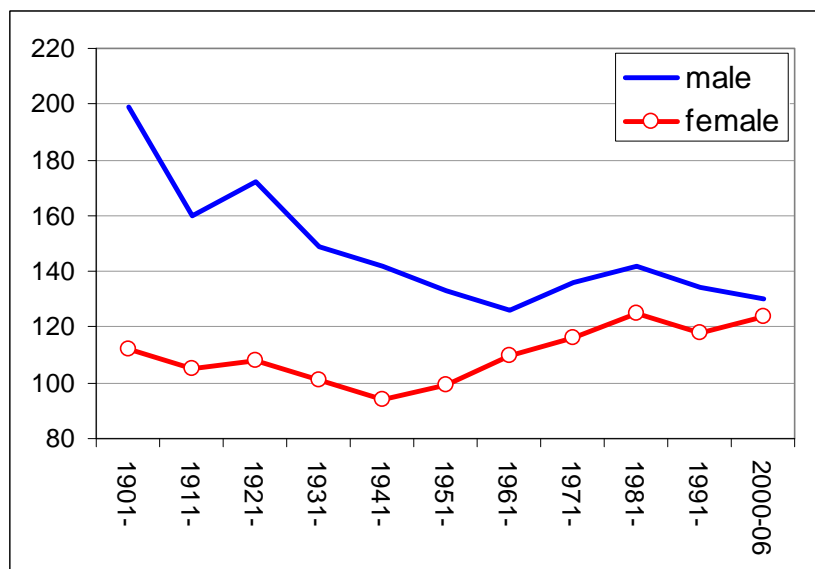




Source: Statistics Sweden.

Urban mortality in the 20th century

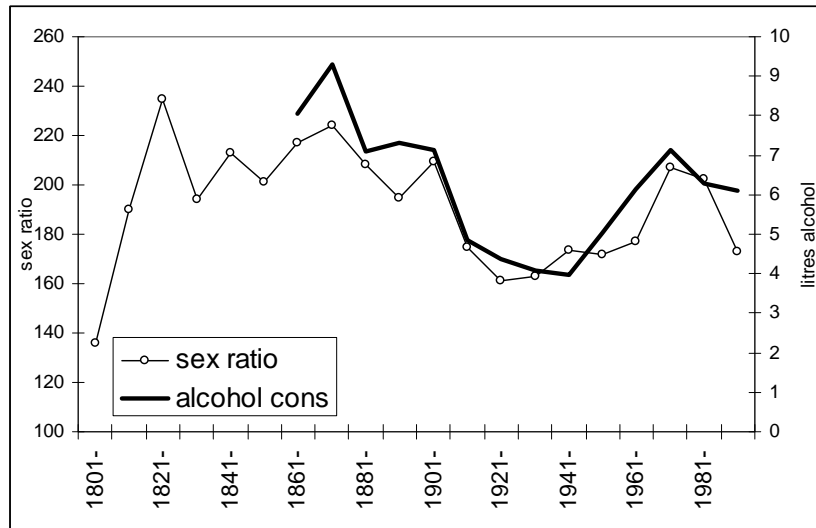
Figure 3. Metropolitan – non-metropolitan ratio of mortality in ages 50-54 years (non-metropolitan=100). Sweden 1901-2006.



Commentaries: Metropolitan areas = cities/municipalities of Stockholm, Göteborg and Malmö. Sources: Statistics Sweden.

Urban mortality and alcohol consumption

Figure 4. Official alcohol consumption per capita (Sweden) and sex ratio in mortality (ages 50-54 years) metropolitan Sweden 1801-2000.



Commentary: Metropolitan areas 1861-1900 Stockholm, 1901-2000 Stockholm, Göteborg, Malmö. Sources: M Sonefors. Försäljning av spritdrycker, vin och öl i Sverige under åren 1861-1999, Alkoholinspektionen (Folkhälsoinstitutet)

4.10 *Relatório de 1913 do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo*

Guillermo Palacios. El Colegio de México

El crecimiento de la ciudad de São Paulo entre las últimas décadas del siglo XIX y primeros años del XX, como el de Buenos Aires, fue vertiginoso. La llegada de inmigrantes, la inmensa mayoría internados por el puerto de Santos, supuso tensiones insoportables para los ya de por sí precarios servicios urbanos de la Capital y de las principales ciudades del estado, favoreciendo con eso la propagación de epidemias, muchas de ellas arribadas en los propios navíos que hacían la travesía desde Europa. Las presiones sobre la infraestructura urbana de São Paulo incidieron en mayor grado, como era de esperarse, sobre todo en el complejo montado para recibir a los inmigrantes y en particular en lo que tenía que ver con el tema de la salud. Falta de médicos para atender a los recién llegados, atrasos en las salidas y llegadas de los trenes que deberían trasladar a los inmigrantes a la Capital del estado y que elevaban considerablemente los niveles de estrés entre ellos y favorecían la enfermedad en organismos emocionalmente fragilizados. Era evidente que la inmigración extranjera, pensada, planeada y ejecutada con el propósito de atender la demanda por mano de obra rural para de las *fazendas* de café, penalizaba de una manera imprevista los equipos urbanos y hacía de las ciudades apéndice peligrosos e insalubres de los espacios agrarios. En Santos fue necesario construir lazaretos al lado de la Hospedaría de Inmigrantes para evitar que los enfermos atravesaran la ciudad y distribuyeran los bacilos. Después hubo de construir cementerios anexos a los lazaretos para que los cuerpos no salieran de la zona en que habían perdido la vida. Los vagones de los trenes de Santos a São Paulo comenzaron a ser desinfectados periódicamente y se ejerció una estricta vigilancia sanitaria sobre el equipaje de los viajeros. Problemas de abastecimiento de agua y de cuidado con los alimentos se tornaron comunes, despertando la alarma de las autoridades. A diferencia de otros lugares, como México o Perú, donde la demanda por trabajadores extranjeros siempre fue limitada, lo que permitía, en casos necesarios, decretar la prohibición de entrada de ciertos grupos nacionales, en Brasil no había alternativa y la solución fue buscar el equilibrio entre los riesgos a la salud transportados por los inmigrantes y la necesidad de combatirlos in situ, de manera a poder asimilarlos a la fuerza de trabajo nacional.

Serviço Sanitario do Estado de São Paulo. Diretoria Geral. Relatório de 1913.

Serviço Sanitario do Estado de São Paulo. Diretoria Geral, *Relatorio de 1913*. São Paulo, Typographia do Diario Official, 1917, pp. 1, 5, 11.

[...] A Capital do Estado cresce vertiginosamente, á revelia dum código de construcções, moderno, organizado de accôrdo com os princípios sanitarios indispensaveis ao meio actual. Por isso, grande parte das construcções paulistanas, apesar dos esforços do Serviço Sanitario, apresentam vicios graves, muitos dos quaes, infelizmente, insanaveis. Si isso se observa na Capital, em frente ao Governo, bem se póde avaliar o que vae pelo interior do Estado, a esse respeito, onde se reflecte, forçosamente, o critério dos responsaveis por esses factos em S. Paulo.

É preciso se prever o futuro, harmonizando-se a acção dos departamentos estaduaes com a dos municipaes, em assunto de tamanha monta.

É preciso que os princípios solennemente estabelecidos no Codigo Sanitario de 1894, sejam correntes em todo o Estado, a começar pela Capital, para que a acção das inspectorias sanitárias seja productiva e não se reduza ao trabalho de Sisypho, fatigante, custoso e improductivo.

[...]

Pesquisando-se as causas desse augmento da moléstia[da febre tifóide] no Estado, encontramol-as na má qualidade da agua potavel distribuída á população, agua naturalmente contaminada, por falta de protecção ás bacias dos mananciais. Coincide o augmento da febre typhoide no Estado com a entrada no seu territorio da leva de immigrants chegados em 1911 pelo vapor “Algerie”, que trouxe tambem a bordo uma epidemia de febre typhoide. Grande numero desses immigrants adoeceu na Hospedaria de Immigração, foi removido para o Isolamento, onde se tratou. Parte dessa gente havia tido a molestia a bordo, apresentando formas graves e frustas; destes, quantos disseminadores de germens sahiram, espalhando os pelo interior do Estado, pelas zonas ruraes, onde justamente estão as fontes abastecedoras da agua ás populações? Quantos desses disseminadores de bacillos de Eberth foram residir acima das fontes, nas cabeceiras dos cursos d’agua, aproveitados para fornecerem bebida a varias localidades? [...]

Cumpre proteger severa e proficuamente as fontes e as bacias fornecedoras de agua de bebida; cumpre prohibir-se, logo, o ingresso de visitantes a essas regiões, que devem ficar livres de oradores. Cumpre abolir-se a má costume nacional de se fazer convescotes nos terrenos dos mananciaes, que são conservados assim ao alcance dos polluidores. É preciso que tenham imitadores os casos de Santos e Guaratinguetá: ali, os mananciaes, situados em logares pouco accessiveis da Serra do Cubatão,

não podem ser visitados sem concessão especial da repartição de saneamento; aqui, a Municipalidade desapropriou toda a bacia, com as respectivas mattas, com algumas centenas de alqueires, e cercou-as, impedindo a visita de forasteiros e caçadores.

[...]

No Hospital de Isolamento da Capital estiveram em tratamento 210 sarampentos, tendo falecido 15. A maioria desses doentes foi removida da Hospedaria de Immigrantes, e trouxeram a molestia de bordo.

Cumpre notar-se que não são boas, em geral, as condições em que viajam os immigrantes chegados ao Estado; as companhias de navegação não lhes dão o tratamento e o conforto necessários, de modo que as creanças, principalmente, chegam em condições de saúde precárias.

[...]

A tuberculose tem se mantido estacionaria na Capital e nas principais cidades; em alguns pontos, porém, o mal cresce, como em certas velhas localidades de origem colonial, á margem dos grandes rios de penetração dos colonizadores portuguezes. Ahi as devastações da molestia são patentes e muito pouco se pode fazer, dada a pobreza e atraso dessas localidades, onde tempos e tempos se passam sem que uma casa seja construída, ou mesmo reparada, apesar de successivas occupações.

A remodelação rapida da velha cidade de Santos tem-se reflectido na melhoria da mortalidade por tuberculose que, apesar da duplicação da população nestes últimos 12 annos, se manteve estacionaria, entre 185 e 200 obitos por anno.

Urbanization and hygiene

4.11 *La Higiene en México de Alberto J. Pani*

María Rosa Gudiño. El Colegio de México

Las acciones sanitarias porfirianas habían privilegiado a la ciudad de México y sus municipalidades, retrasando así la atención que se pretendía dar a los estados de la República. Además, los estragos del movimiento armado de 1910 debilitaron aún más las precarias condiciones de salud de la población, que tuvo que enfrentar pobreza, hambre y constantes epidemias. En este contexto sanitario dio inicio la discusión política sobre cómo el gobierno constitucionalista revolucionario enfrentaría los problemas de salud pública del país. En 1916, por encomienda del presidente Venustiano Carranza, el ingeniero Alberto J. Pani (1878-1955)¹ realizó un estudio sobre el estado que guardaban la salubridad y la higiene en México. Su objetivo fue informar al gobierno revolucionario sobre las condiciones sanitarias del país, heredadas del Antiguo Régimen. Pani afirmaba que la ciudad de México había concentrado la atención de las autoridades sanitarias porfirianas y que, por lo tanto, a partir del diagnóstico de la capital se podía, según él, deducir cuáles eran las condiciones sanitarias del país. El parámetro de medición que utilizó para darse una idea del estado de salubridad en la capital fue el de comparar su cifra relativa de mortalidad, en función de sus condiciones sociales y económicas, con otras ciudades del mundo. Así, proponiendo como base el análisis comparativo, tomó ejemplos de diferentes ciudades como São Paulo, Barcelona, Birmingham, Sydney y Kyoto, entre otras, y al contrastarlas con las nacionales llegó a una conclusión contundente: la ciudad de México era la urbe más insalubre del mundo. Era, en palabras de Mauricio Tenorio, “la ironía de una imagen higiénica frente a frente con una ciudad insalubre” (Tenorio Trillo, 1998, p. 234).

Además del referente de los índices de mortalidad, Pani tomó en cuenta los factores naturales, económicos y sociales que, a su juicio, constituían las principales causas de deterioro de las condiciones sanitarias de los mexicanos. Las dividió en características físicas del medio (temperatura, humedad, lluvias, vientos, constitución geológica y topografía) y en

¹ Pani se graduó en 1902 en la Escuela Nacional de Ingeniería y desde entonces se involucró con importantes proyectos de ingeniería civil y sanitaria. Durante el gobierno de Francisco I Madero fue subsecretario de Instrucción Pública y Bellas Artes y director de Obras Públicas del Distrito Federal.

factores sociales que determinaban el medio urbano (seres vivientes, alimentación y vivienda). Opinaba que al identificar estos elementos sería más fácil planear las formas adecuadas para mejorar las condiciones de vida de los capitalinos. En busca de soluciones, Pani insertó a lo largo de su texto algunas propuestas de carácter social diseñadas por él mismo. Tal es el caso del proyecto de mejoramiento de viviendas populares (las llamaba “vecindades”) que presentó entre 1914 y 1915 y en el cual previó que la distribución arquitectónica de las casas habitación en la capital debía satisfacer, junto con las necesidades económicas y pedagógicas de sus habitantes, las condiciones sanitarias. La base para lograr las mejoras urbanas y sanitarias de la ciudad estaba, según Pani, en la educación de la población afirmando que “el problema verdadero de México, consiste, pues en higienizar física y moralmente a la población y en procurar, por todos los medios, una mejoría en la precaria situación económica de nuestro proletariado” (Pani 1936, p. 191).

En suma, *La Higiene en México* se traduce en una severa crítica al sistema porfirista y a sus políticas sanitarias y de educación popular. Si el diagnóstico de Pani sobre la ciudad de México era que se trataba de la aglomeración urbana más insalubre del mundo, se podía deducir entonces cual era la situación en el resto del país. Por eso, su insistencia en federalizar los servicios de salud a través de un Ministerio de Salubridad que tuviera alcance y representación nacional, debía ser el primer paso a seguir por el gobierno revolucionario de Carranza. Por lo tanto, la obra de Pani representa un divisor de aguas en la historia de la salud pública nacional en su tránsito del siglo XIX al XX, o, mejor dicho, del Porfiriato al régimen revolucionario. Se convierte así en el primer documento oficial de este último, un documento que contribuyó para que el gobierno constitucionalista de Carranza planteara las medidas sanitarias que era necesario implementar y que presentó la propuesta de una nueva política sanitaria para la nación revolucionaria cuya discusión, determinada o no por la propuesta de Pani, pero ciertamente influenciada por ella, se inició formalmente en las sesiones de debates del Congreso Constituyente de 1917.

La Higiene en México

Alberto J. Pani, *La higiene en México*, México, Imprenta de J. Balleca, 1916, pp.15-16. [Extracto]

Exponer las causas determinantes del atraso vergonzoso en que nos encontramos, como país civilizado, por la insignificante protección que nuestras autoridades han impartido siempre a la vida humana. Tales son en pocas palabras, los fines que persigue el presente estudio, hecho y publicado por mandato expreso del C. Venustiano Carranza, Primer Jefe

del Ejército Constitucionalista... Si el Distrito Federal es el lugar del país en que se ha acumulado una mayor suma de progreso material y de cultura, la Ciudad de México es, sin duda alguna, el lugar de esta Entidad Federativa donde preferentemente se han concentrado las atenciones de nuestras Autoridades Sanitarias, desde que éstas dependen directamente del Ejecutivo de la Unión... Nada mejor para formarse una idea clara del estado de la salubridad pública en una ciudad, como la comparación de su cifra relativa de mortalidad –el número de defunciones por cada cien, mil, etc., habitantes, ocurridas en un tiempo determinado- con las de otras ciudades; siempre naturalmente, que las condiciones que concurren en ellas, desde el punto de vista especial considerado, sean comparables. Es bien sabido que la condición esencial de comparabilidad, en este caso, es la densidad de la población: los peligros para la salud pública, en efecto, son generalmente proporcionales al grado de compacidad del aglomerado social. Peor como el dato que proporciona la densidad media de la población en una ciudad en vías de formación y, por lo tanto, con un crecimiento aparente anormal, es tan engañoso –variando en México desde su valor máximo en el apretado hacinamiento de algunas casas de vecindad hasta la pobreza o ausencia absoluta de población en algunas colonias extensas ya urbanizadas- y como, además, la ciudad en estudio tiene el alto carácter de Capital de la República Mexicana, haré la comparación de que se trata, primero, con varias ciudades de población semejante a la nuestra –en valor absoluto- y, después, con las Capitales de diversos países extranjeros. Si las ciudades comprendidas en el primer caso no tienen precisamente la misma densidad de población, hay que considerar, sin embargo, que casi todas ellas, principalmente las europeas y las de los Estados Unidos de América, están más densamente pobladas que un barrio populoso de México.

4.12 Urbanización y salud en São Paulo: las viviendas obreras en 1893

Guillermo Palacios. El Colegio de México

Las últimas décadas del siglo XIX vieron una expansión extraordinaria de los plantíos de café en la provincia-estado de São Paulo (Brasil), que aprovechaba la inmigración de centenas de miles de campesinos europeos empobrecidos, sobre todo italianos, pero también españoles, portugueses y de otras nacionalidades, para trabajar en las *fazendas* de café en un interior en constante expansión. El cultivo, transformación, transporte y embarque de millares de toneladas del grano hacia Europa y Estados Unidos llevó al establecimiento de todo un complejo agro-industrial y financiero, compuesto por bancos, sucursales de las grandes casas comerciales del viejo continente, compañías de seguros, casas importadoras de maquinaria de transformación, etc. Se importaron ferrocarriles y se construyeron inmensos patios de maniobra y mantenimiento, se ampliaron y modernizaron los puertos, en especial el puerto de Santos, se establecieron ‘hospedarías’ para el recibimiento y registro de los inmigrantes, y dio inicio el gran crecimiento urbano de la ciudad de São Paulo, que de tener un poco más de 20 mil habitantes en 1874 llegaría a un poco más de medio millón en 1920. El café fue el motor inicial de la industrialización del Estado, ya en la época republicana (la llamada República Vieja abarca de 1889 a 1930), una industrialización orientada a la producción de bienes de consumo inmediato destinados a satisfacer la demanda del complejo agro-exportador y de la ciudad capital que crecía a un ritmo vertiginoso, sin planificación, sin el establecimiento de servicios básicos urbanos, y en la que se apiñaba una incipiente clase trabajadora industrial, gran parte de ella compuesta también por inmigrantes extranjeros, en condiciones de insalubridad y promiscuidad que están perfectamente descritas en el siguiente documento, que muestra también el inicio de la toma de conciencia por parte del Estado sobre sus obligaciones sociales para con la población trabajadora, y la labor innovadora de los “agentes de higiene”.

“Cap I. Das habitações operarias nesta capital, e do seu exame e inspecção. *Relatório sob as habitações operárias no Estado de São Paulo. 1893.* En Arquivo do Estado de São Paulo, Caixa 12 9835. Mss., fls 2v, 5v-7an.

[...] As visitas domiciliarias, em boa hora postas em pratica, e de que tão reaes benefícios vai colhendo a hygiene urbana, effectuadas como são hoje por pessoal competente, dedicado e cheio de prestigio, vieram pôr em relevo essa chaga occulta no coração da cidade e para ella chamar a attenção do poder publico, em protecção da classe operaria, nas tristes

condições do seu viver, em uma cidade ainda tão nova, onde a vida, de modo algum, pode descer ás condições miseráveis das velhas populações de Europa, tão largos são os recursos de que ainda podemos dispor. / A ultima epidemia, apenas dominada em Junho ultimo, pôz em evidencia os dois seguintes factos:

1º O mal appareceu, prosperou e evoluio onde as condições do meio, de topographia e de população foram-lhe especialmente propicias.

2º A população operaria pagou o maior tributo, por isso mesmo que as suas condições de vida impellem-na a accumular-se onde encontra mais facilidade de viver, e essa facilidade só a obtem com sacrificio da saúde.

Estes dois factos bastam para explicar a intervenção do poder publico em bem da saúde de todos; cumpre-lhe intervir corregindo as más condições da topographia urbana, regulando de modo severo as condições a preencher não só as habitações de character particular como as habitações communais, isto é, as estalagens, cortiços, hotéis, casas de dormida, etc. No primeiro caso o Estado intervem promovendo trabalhos públicos, e executando obras de saneamento, no segundo legislando ou impondo regulamento á industria da construcção e locação dos prédios. Os largos dispêndios a que são forçados os cofres públicos nas obras de saneamento geral nos serviços mantidos em bem da hygiene defensiva justificam, quando não fosse a necessidade de salvação publica, as medidas de rigor para conter a exploração gananciosa dos que constroem sem consciencia e dos que locam e sublocam prédios sem attenção ás leis da moral e a vida dos seus inquilinos.

A hygiene publica pode e deve em certos casos supprimir garantias, com a condição, porem, de ser judiciousa, sincera e efficaz. Com as leis da hygiene na mão o poder publico manda demolir, retocar e reformar o que não pode permanecer sem correctivo, faz desaparecer utilidades, crea outras e nem sempre é obrigado a endemnizar o que houver de condemnar muita vez.

O poder municipal deve, no caso vertente, para salvar a cidade ameaçada em sua prosperidade e futuro, adoptar as medidas mais enérgicas com vistas a cohibir o abuso que se generalisa na parte mais nova e mais densamente povoada da região urbana. Os cortiços ou estalagens, as casas de dormida, os prédios transformados em hospedarias, as vendas ou trocas, quase todas com aposentos no fundo para aluguel, os hotéis de 3ª e 4ª ordem, transformados em cortiços, eis o que se vê a miúdo nos bairros onde a epidemia mais alastrou e onde tudo nos faz crer que a tendencia para tal abuso augmenta em vez de diminuir.

Ao poder municipal, auxiliado pelo governo do Estado, cumpre intervir energicamente para fazer cesar o abuso.[...]

Cap. III. Do typo das estalagens, cortiços ou habitações operarias entre nós.

Na zona affectada a que nos temos referido as habitações destinadas ás classes operarias são numerosas. Existem ali nada menos que 60 cortiços de todos os tamanhos e feitos onde se agasalha uma população de 1320 individuos de todas as nacionalidades e condições.

Estas habitações são, de ordinário, do typo Cortiço, no geral bem pouco confortáveis.

O cortiço occupa commumente uma área no interior do quarteirão, quase sempre um quintal de um prédio onde há estabelecida uma venda ou tasca qualquer. Um portão lateral dá entrada por estreito e comprido corredor para um pateo com 3 ou 4 metros de largo nos casos mais favorecidos. Para este pateo ou área livre se abrem as portas e janellas de pequenas casas enfileiradas, com o mesmo aspecto, a mesma construção, as mesmas divisões internas e a mesma capacidade. Raramente cada casinha tem mais de 3 metros de largura, 5 a 6 de fundo e altura de 3 a 3.50 mt., com uma capacidade para 4 pessoas, quando muito.

São estas casinhas, em geral, soalhadas, forradas nos commodos de dormir e na salla da frente, sem outro systema de ventilação que o natural por intermedio das janellas e portas. No commodo do fundo, onde não há soalho nem forro, nem mesmo ladrilhos assenta um fogão ordinario e rudimentar com chaminé que pouco funciona em vista da sua má construção ou do pouco cuidado que se lhe tem. Daí vem que o interior dessas pequenas casas tem as paredes enegrecidas e pouco acciadas, do tecto já se lhes não conhece a pintura sob a camada do sujo das moscas. As paredes com quadros de máo gosto tem o reboco ferido por uma infinidade de pregos e tornos de que pendem vários objectos de uso domestico e a roupa de serviço. Os moveis desagradavelmente dispostos tem sobre si empilhadas peças de roupa para lavar.

O commodo de dormir, aposento que occupa o centro da construção, não tem luz nem ventilação nem capacidade para a gente que o occupa á noite. De ordinario, no acto de dormir, é esta peça hermeticamente fechada. A família toda ali se agasalha em numero de 4 o 5 pessoas e os moveis accumulados tomam por um terço a capacidade do aposento.

O soalho jamais se lava, com excepção daquellas habitações occupadas por famílias allemãs, ou de gente do norte da Europa, onde o aceio é quase sempre irreprehensivel. A crosta de lama que o cobre não deixa reconhecer a madeira e o todo se mostra sob um aspecto nojento e insalubre. A humidade do solo sobe pelas paredes podrindo o papel ordinario que as reveste e damnificando o soalho que não é ventilado e se assenta directamente sob o terreno. A altura dos aposentos é, no geral, insufficiente, raro

atingindo a 4 metros quando deveria ter invariavelmente 5.

Tal é o typo de casinha ou cubículo que constitue a unidade do cortiço.

Na área livre, que pouco mais é do que um simples corredor, ha assentado um ralo para esgoto, uma torneira para água, um tanque para lavagem e uma latrina, de ordinario muito mal installada. Só ultimamente, por instancias dos delegados de hygiene é que essas áreas tem sido calçadas ou cimentadas; ainda assim ha cerca de 50% dellas que estão carecendo de tal beneficio. Em algumas as sarjetas para a drenagem superficial nem sequer existem, ficando a água de lavagem ou de chuva empoçada do modo mais perjudical.

O numero de torneiras para agua nem sempre está em proporção com a população do cortiço e com os gastos que essa gente faz diariamente, e por isso ainda se vê em bom numero de casos a agua de poço utilizada para varios serviços domesticos e até para beber.

As latrinas também não guardam proporção com o numero dos habitantes. Jamais são estas latrinas servidas d'agua, e as bacias de barro vidrado cobertas por um immundo caixão de pinho, apoiado em solo enxarcado de urina fetida, completam o typo dessa dependencia bem característica do cortiço.

O aceio é uma das necessidades das mais [...] nas habitações de operário entre nós, mais o cortiço, abandonado á incúria dos seus habitantes e á sordida exploração de proprietarios sem escrúpulos, excede tudo quanto se pode imaginar neste genero, não obstante ser hoje muitíssimo melhor este estado de cousas pela acção dos delegados de hygiene”.

4.13 *Circular para Inspectores de Sanidad. Gerona, España 1929.*

María Rosa Gudiño. El Colegio de México

Los proyectos sanitarios han estado –y están– encabezados por campañas de salud y campañas de educación higiénica. Para su puesta en marcha es indispensable contar con la unificación de criterios entre las autoridades sanitarias que normarán el trabajo. Pero aún más importante es contar con el personal calificado para encabezarlas. Desde finales del siglo XIX pero con mayor énfasis a inicios del XX, la formación de inspectores y agentes de sanidad fue necesaria para el trabajo que venían realizando médicos y enfermeras, quienes han tenido a su cargo la responsabilidad de resolver todo lo que afecta a la salud de la población. Este grupo de profesionales conforman lo que se conoce como “brigadas sanitarias” que comúnmente se dividen en tres tipos: permanentes, itinerantes y volantes. Las primeras permanecían por tiempo indefinido en las comunidades, mientras que las dos últimas trabajaban por un determinado tiempo en las poblaciones para dar atención emergente a los habitantes. La intensidad de los brotes epidémicos en cada población, así como el número de pobladores que allí vivía, eran los factores que determinaban el tipo de brigada que trabajaría en él.

Generalmente su trabajo estaba regulado por los reglamentos expedidos en los Departamentos o Institutos de Sanidad del país correspondiente y lo iniciaban levantando un censo de población para identificar a los enfermos y visitarlos, inspeccionar sus casas y determinar si era necesario aislarlos para evitar contagios y, de ser necesario, fumigar sus pertenencias. Por ejemplo, cuando se combatía la viruela, a las brigadas les correspondía aplicar la vacuna antivariolosa, y en el caso de enfermos de paludismo, los medicaban con quinina. Los brigadistas, además de atender a la población enferma, impulsaron a la sana a participar en una dinámica de programas de educación higiénica que promoviera una participación activa entre los habitantes y los brigadistas.

La normatividad sanitaria que debían seguir los inspectores sanitarios era publicada en folletos de amplia circulación para que todos los inspectores asignados en las municipalidades alejadas de la capital estuvieran enterados. Como veremos en el siguiente documento, el compromiso social y moral que se esperaba adquirieran los inspectores sanitarios con su trabajo, los posicionaba como baluartes de las *cruzadas sanitarias* en bien de la comunidad.

“Circular”

En *Boletín del Instituto Provincial de Higiene*. Gerona, España, año 1, no. 1, octubre 1929, pp.10-16.

“De propósito hemos guardado silencio hasta haber publicado el Boletín Oficial de la provincia, el Reglamento de aplicación para la Inspección Sanitaria de Establecimientos, Edificios y Vehículos de Servicio Público, de fecha 22 de mayo próximo pasado publicado en la Gaceta de Madrid del 28 del propio mes, de cuyo Reglamento esta Inspección, ha hecho una edición en forma de folleto que ha repartido gratuitamente entre todos los sanitarios municipales y entre la mayor parte de los establecimientos que en él se hacen referencia, para general conocimiento y cumplimiento. Por consiguiente, unos y otros, no pueden alegar ignorancia de los preceptos que en él se contienen y que son una refundición de todo lo que anteriormente se había legislado sobre la materia. En esta cruzada sanitaria, en este alarde del poder central de atender todos los aspectos del problema sanitario, procurando resolverlos y poniendo a nuestra Nación a la altura que le corresponde: no pueden cruzarse de brazos los profesionales haciendo dejación de sus más elementales deberes y contrayendo la enorme responsabilidad de su deserción frente a esta lucha profiláctica de la que tan benéficos resultados cabe esperar. Como primera necesidad sentida, para prestigio del cargo y para la buena organización de estos servicios, los Inspectores municipales de Sanidad dispondrán en el Ayuntamiento de un local adecuado para Oficina de Sanidad municipal, con el personal auxiliar y material que sea necesario a juicio de esta inspección provincial. Los inspectores municipales que no cuentan ya con esta oficina lo solicitarán por oficio de la Alcaldía. (...) Los funcionarios sanitarios, llevarán un libro registro donde deberán tener anotadas todas las visitas sanitarias que realicen, defectos observados, reformas ordenadas y plazos concedidos para corregirlas, así como, las prácticas sanitarias llevadas a cabo en cada uno de los establecimientos de su jurisdicción, especificando las causas que las motivaron, el nombre, situación y condiciones del establecimiento, la capacidad de las habitaciones saneadas, las operaciones que se practicaron, los procedimientos empleados y cuantas observaciones estimen convenientes. De todas estas visitas e incidencias de las mismas darán cuenta mensual de enfermedades infecto-contagiosas. Como en esta provincia no existen municipios mayores de 30.000 habitantes, los médicos titulares, en funciones de Inspectores municipales de sanidad serán los encargados de la práctica de estos servicios. No obstante, en aquellos que por ser cabeza de partidos judicial resida un subdelegado de medicina, jefes natos de la oficina de sanidad, los servicios se establecerán de acuerdo con estos funcionarios,

los que tendrán conocimiento de todo lo acatado y serán los encargados de enviar a esta inspección los datos relativos al municipio de su residencia, ejerciendo al mismo tiempo las funciones inspectoras dentro del distrito de su jurisdicción de la forma que sea aplicada en este reglamento [...] Los Inspectores municipales de sanidad ordenarán inmediatamente las reformas que hayan de hacerse en los establecimientos de su jurisdicción para ponerlos en las condiciones que determina el Reglamento dando cuenta a la Alcaldía respectiva y a esta inspección de las reformas propuestas, plazo concedido y momento en que hayan sido realizadas comunicando de un modo inmediato toda resistencia e incumplimiento de lo ordenado. / Por lo que hace referencia a las prácticas de saneamiento los Inspectores municipales de sanidad ordenarán y vigilarán la desinfección de locales, ropas y objetos de uso de enfermos de alguna de las afecciones determinadas en el artículo 8º, tanto durante la enfermedad, como a la terminación de la misma. Estas desinfecciones se harán por los Municipios que cuenten con medios para ello o por el Instituto provincial de Higiene. Por lo que respecta a la desinfección de pisos y paredes se recomendará el uso frecuente de desinfectantes a base de cresoles. Los retretes, pozos negros y los desagües de mataderos y fábricas de productos cárnicos serán tratados frecuentemente por el cloruro de cal o hipoclorito de sosa. En cuanto a las desinfecciones y desratizaciones periódicas que determina el Reglamento hasta tanto se vaya organizando este delicado e importante servicio por los Ayuntamientos o por organismos provinciales, será efectuado únicamente por aquellas empresas autorizadas por la Dirección General de Sanidad que cuenta con estaciones fijas y Brigadas móviles que atiendan a las necesidades de la provincia”.

4.14 *Higiene y Salubridad. Francia 1913-1916.*

Laura Rojas. Universidad Nacional Autónoma de México

Los procesos de urbanización francesa durante el 1870-1920 fueron menos representativos que lo realizado por el barón Haussmann al comienzo de la segunda mitad del siglo XIX. Por ejemplo, entre 1870 y 1914 no se crearon nuevas vías de comunicación más “que una media anual de la décima parte de lo que había invertido Haussmann” (Bastie, 1970, p. 110). Durante los años de la Primera Guerra Mundial no se construyó prácticamente nada y la industria de la edificación sólo se reactivó por los trabajos de reconstrucción de las regiones liberadas después de la guerra. El problema de la falta de vivienda también se intensificó. La necesidad de restaurar las ciudades destruidas tras la invasión alemana fue prioritaria y para tal efecto se gestaron desde las instituciones de salud y urbanismo diversos proyectos que involucraron al personal especializado, como arquitectos, urbanistas e ingenieros, que encabezaran los planes que se diseñaban para orientar la obra de reconstrucción nacional. El *Conseil de l'Alliance d'hygiène sociale* y diversas sociedades y asociaciones relacionadas a la cuestión de la higiene y la filantropía estuvieron involucradas y su propósito principal fue “*qu'avant même leur évacuation par l'ennemi, les villes détruites soient dotées de plans déménagement et d'extension, que les Préfets soient invités à poursuivre leur élaboration par des Commissions nommées à cet effet, et qu'aucune ville ne soit admise à toucher les sommes qui devront lui être versées par l'État, au nom de la solidarité nationale*” (Agache, Auburtin y Redont, 1916, p. XIV). El fragmento que a continuación reproducimos pertenece a una obra intitulada *Comment reconstruire nos cités détruites. Notions d'urbanisme s'appliquant aux villes, bourgs et villages*, de los autores arriba citados, y que en un principio estaría dirigido exclusivamente a la *Comisión Parlementaire des Départements Envahis*, pero por causa de la pertinencia e interés del tema, el libro se convirtió en una obra de amplia difusión. Se trata de un proyecto encabezado por miembros de la *Société Française des Architectes Urbanistes*, creada en 1913, que estuvo integrada por ganadores de concursos internacionales sobre desarrollo y extensión de ciudades como Barcelona o Bucarest y de numerosas ciudades de Estados Unidos y algunas de Francia.

Hygiène et salubrité.

Agache, Alfred; Auburtin; Redont. (1916) *Comment reconstruire nos cités détruites. Notions d'urbanisme s'appliquant aux villes, bourgs et villages*, Paris, Librairie Armand Colin, pp. 38-43.

“Il est évident que la vie urbaine, qui entraîne l'entassement d'un grand nombre d'individus dans un espace relativement restreint, impose aux habitants des conditions d'existence bien différentes de celles que demande la nature. Pendant des siècles on a laissé les habitations se grouper au hasard; il s'agissait surtout de se protéger des intempéries, de se grouper et de se fortifier contre les attaques de l'ennemi; -de là, les ruelles étroites, les cours exigües, les étages bas, les petites fenêtres. C'est à peine si quelque règlement, édicté à la suite de pénibles épidémies, s'inquiétait des mesures de salubrité. Mais la densité toujours croissante des centres urbains a imposé la nécessité de mesures d'intérêt public. La découverte de l'hygiène, science nouvelle, mais qui nous apparaît aujourd'hui comme répondant à un des besoins primordiaux de la vie, nous a montré les dangers nés de l'agglomération et de l'absence de précautions contre les germes malsains, et nous a indiqué les moyens de nous en préserver. Elle nous a fait comprendre que les besoins du corps humain sont les mêmes à la ville et à la campagne et nous fait une loi de rétablir par des mesures voulues, dans les agglomérations denses, les conditions de vie et d'équilibre normal que l'homme trouve dans la nature. L'air pur, la lumière, l'eau propre, sont nécessaires à nos organes; les miasmes fétides dont se chargent l'air et l'eau au contact des déchets de notre travail et de notre organisme nous sont nuisibles et deviennent d'autant plus pernicieux que la masse humaine qui les dégage est plus considérable.

L'hygiène urbaine doit s'efforcer de remédier à un tel état de choses; elle implique toutes les questions ayant trait à la salubrité publique dans les agglomérations et elle impose susceptibles d'assurer les meilleures conditions de santé aux habitants. Ces mesures intéressent et les voies et les immeubles; mais si beaucoup d'entre elles sont généralement appliquées en France, il en est malheureusement qui paraissent y être encore méconnues; aussi semble-t-il intéressant d'examiner ici toutes celles dont l'application serait désirable.

Pour les facilités de l'analyse, nous les grouperons sous trois titres:

- I. Hygiène des voies et promenades.
- II. Rapports entre les parties construites et les parties non construites.
- III. Hygiène de l'habitation.

Hygiène des voies et promenades. Elle comporte les mesures à prendre

pour la suppression des miasmes par l'aération et la ventilation. Les miasmes délétères proviennent, soit des fumées répandues dans l'air et rabattues vers le sol, soit des poussières soulevées par le vent ou par le passage des véhicules et piétons. La *question des fumées* serait en grande partie résolue par l'éloignement des usines, ainsi que nous l'avons préconisé dans l'étude des quartiers. Quant aux fumées dégagées par les habitations et les locaux commerciaux, leur masse est assez disséminée pour ne pas présenter un danger grave. [...] La *question des poussières* est, au contraire, d'actualité et devient de plus en plus grave, aussi bien dans les villes que dans les communes de moindre importance, en raison de l'intensité croissante de la circulation automobile. Certains voies, autrefois très propres et bien aérées, sont devenues presque inhabitables et en tout cas très malsaines en raison des nuages de poussière que soulèvent les véhicules en roulant à grande vitesse. Des procédés ont été appliqués à la confection des voies, pavages en bois, conglomerats, bitumage, enduisage, etc., qui, sans assurer la suppression totale des poussières, on du moins réduit cet inconvénient dans une forte proportion. La question des systèmes de pavage et de préparation du sol doit donc être étudiée suivant l'usage auquel sont destinées ces voies. [...] La *question d'orientation* pour les voies principales doit être aussi étudiée avec le souci de l'ensoleillement des immeubles, condition également importante pour l'hygiène publique. Suivant les données scientifiques, pour que le soleil, sous notre latitude, puisse en hiver baigner une façade jusqu'au sol, il faudrait que les voies orientées nord-sud aient une largeur deux fois un tiers la hauteur des immeubles en bordure, et les voies orientées est-ouest quatre fois la hauteur des maisons. La meilleure composition, à ce point de vue, serait d'avoir de nombreuses rues dirigées du nord au sud et des avenues ou boulevards allant de l'est à l'ouest, la hauteur des maisons étant réglée par les rapports ci-dessus. *La trépidation et le bruit.* - En fin, nous ne pouvons omettre de signaler un des inconvénients que la circulation croissante dans les villes très actives aggrave de jour en jour, c'est celui qui provient de la trépidation et du bruit, contre lesquels il est difficile de se protéger. Il en résulte pour les habitants une grande fatigue qui, dans certains centres particulièrement trépidants, devient même un danger pour ceux dont les nerfs sont déjà surmenés par le travail. [...] Sans aller jusqu'à préconiser, pour le moment du moins, de semblables installations, on doit veiller à atténuer autant que possible la fatigue indéniable que ce trouble impose à l'organisme, au même degré que la poussière à l'air vicié. Déjà l'éloignement des habitations et leur répartition dans des voies peu propices au trafic assurera aux habitants les repos dans un silence relatif. Mais la fatigue pendant les heures de travail dans le centre doit être également réduite dans la mesure du possible et ce résultat est difficile à obtenir. L'effort doit porter, comme nous l'avons dit en parlant

des transports en commun, aussi bien sur la composition du sol des voies que sur l'aménagement des véhicules [...]"

4.15 *Legislación compartida de puertos*

María Rosa Gudiño y Laura Rojas. El Colegio de México / UNAM

Los puertos marítimos están asociados a la enfermedad. El cólera, la fiebre amarilla, la malaria, la viruela aparecen, en buena medida, por las condiciones naturales de las regiones, pero también por la falta de higiene, saneamiento y control marítimo de los puertos. Su control sanitario ha estado estrechamente relacionado con la economía de los países y con el desarrollo del libre comercio; por lo tanto, la legislación sanitaria relacionada con los intercambios comerciales ha tenido, desde mediados del siglo XIX, un punto relevante a tratar en cuanto a la sanidad portuaria y las medidas conducentes para permitir el flujo constante de los vapores mercantes, pero sin violar los derechos civiles de los viajeros sanos. Los temas predominantes han sido el interés por analizar cuál era la situación sanitaria de los puertos, a qué se debía el hecho de que en éstos se difundieran enfermedades y epidemias así como el trato a los inmigrantes que llegaban a ellos. Evidentemente, el reto de las autoridades era tanto plantear soluciones como ofrecer las condiciones sanitarias y médicas necesarias para el cuidado y/o aislamiento los pasajeros enfermos mediante la instalación de lazaretos. Por ejemplo, para el caso de los puertos del Alto Caribe, los años de 1900 a 1920 fueron los que definieron líneas políticas más claras en materia sanitaria, debido a que en esas décadas inició y se generalizó la firma de acuerdos de navegación que incluían medidas de sanidad pública (Ronzón, 2004. p. 105).

En el periodo de entreguerras fue prioritario uniformar los criterios legales para facilitar el control de los gobiernos sobre los movimientos migratorios. El documento que presentamos a continuación forma parte de una obra cuya elaboración fue producto del esfuerzo del *Bureau International du Travail*, dependiente de la Sociedad de Naciones, con el objetivo de contar con herramientas útiles para la elaboración de una legislación internacional sobre migración. Se trataba de alcanzar acuerdos y dar cauce a los principales problemas derivados de ese proceso, entre los que evidentemente destacaba la situación jurídica de los trabajadores extranjeros. Una primera edición de la obra se presentó en 1922, pero la notable y rápida modificación de la legislación migratoria obligó a una reedición en 1928 (de donde se extrajeron los fragmentos del documento que presentamos a continuación), la cual se realizó a partir de la comparación y revisión de las leyes de migración de 200 países.

La sortie des émigrants

(1928) *La réglementation des migrations. Volume I. Les législations sur l'émigration*, Genève, Bureau International du Travail (Études et Documents, Série O (Migrations), 3), pp. 263-271.

“Des dispositions sont prises dans la majorité des pays d'émigration et de transit pur réglementer la sortie des émigrants.

Certaines de ces dispositions constituent des mesures de protection sociale. Par elles, on cherche à assurer aux émigrants, concentrés dans les ports et les stations de départ, le bien-être maximum pour la modicité de leurs ressources et des conditions de vie morales et saines, ainsi qu'à mettre à leur portée, dans les difficultés qu'ils pourraient rencontrer, une assistance opportune.

D'autres dispositions tendent à empêcher la propagation des épidémies à bord et dans les lieux de concentration d'une population mouvante, empruntée surtout aux milieux sociaux les moins éduqués hygiéniquement, où les germes morbides trouvent un terrain propice. Ces précautions disposent l'émigrant à entreprendre le voyage en des conditions physiques favorables et écartent ainsi de lui certains risques de refoulement à l'arrivée.

Des mesures de police assurent le contrôle nécessaire sur les mouvements d'émigration et fournissent des données pour l'établissement des statistiques.

Dans quelques pays, des mesures fiscales son applicables à la sortie des émigrants. [...]

Mesures et conditions d'hygiène pour le logement des émigrants aux ports et aux stations de départ.

L'amélioration du logement des émigrants dans les ports et stations de départ a été l'objet de la sollicitude toute particulière des gouvernements durant ces dernières années. Dans certains pays de grande émigration ou de fort transit, les gouvernements ont pris l'initiative d'installer eux-mêmes les refuges nécessaires et d'en confier l'administration aux services d'émigration. Dans beaucoup d'autres pays, une réglementation spéciale concerne les hôtelleries d'émigrants don l'exploitation est soumise souvent à une autorisation ou tout au moins demeure sous un contrôle régulier. Des mesures prophylactiques son prises par le gouvernement ou imposées aux concessionnaires de ces hôtelleries.

De leur côté, les compagnies de navigation et les entreprises de transport, qui son tenues souvent par les lois d'entretenir les émigrants qu'elles doivent transporter, pendant un certain temps en attendant le

départ effectif, ont été amenées à installer de nombreuses hôtelleries.

AUTRICHE.- Les compagnies de transport sont admises à ouvrir des hôtelleries d'émigrants, des buffets et des dispensaires de gare après avoir demandé l'autorisation du gouvernement. Les refuges que les compagnies tiennent dans les stations de départ doivent être convenables au point de vue de la propreté, de l'hygiène et de la morale. La séparation des sexes doit être assurée. Les voyageurs doivent être fournis pour la nuit au moins d'une paillasse, d'une couverture et d'un coussin. Le couchage sur le sol ou dans un hamac ainsi que celui de plusieurs adultes ensemble dans un même lit est interdit.

Les tarifs du logement et de l'entretien doivent être affichés visiblement en allemand. Ils doivent être appliqués nets de tous frais supplémentaires. La Ligue contre la traite des femmes doit avoir libre entrée dans ces refuges. (Règlement du 27 juin 1921, art. 11, 18 et 21).

ESPAGNE.- Le règlement de la loi d'émigration du 20 décembre 1924, article 78, autorise la Direction générale de l'émigration à organiser des hôtelleries d'émigrants dans les ports d'embarquement ou à passer des contrats avec des hôtels pour assurer le logement des émigrants. Ces hôtels doivent rester sous la surveillance de la Direction de l'émigration qui impose certaines conditions d'installation à ces maisons. [...]

ITALIE.- Le décret n° 2655 du 23 septembre 1923, confirmé par le décret n° 1695 du 4 septembre 1924 qui créait les ressources nécessaires, a confié au Commissariat général d'émigration le soin de construire et d'administrer des asiles pour les émigrants et les rapatriés dans les ports d'embarquement et les stations de transit. Des hôtelleries de cette sorte (*casi dei emigranti*) existent à Messine, à Naples, à Bardonecchia, à Vintimille, à Milan; d'autres installations sont en projet à Trieste, à Fiume, à Côme, à Mestre, à Bologne, à Gênes, à Palerme.² En attendant l'achèvement de tous les asiles qui sont nécessaires, le Commissariat de l'émigration fut autorisé à réquisitionner temporairement un ou plusieurs hôtels situés près des gares ou près des ports pour en faire des asiles d'émigrants, administrés directement par le Commissariat général de l'émigration ou donnés par lui en concession à un particulier ou à une société. Le décret du 7 mai 1925, n° 718, a étendu ce droit de réquisition aux gares de transit et aux postes de frontière. La surveillance des locaux non réquisitionnés, consacrés de quelque façon au logement des émigrants et gérés par qui que ce soit, est exercée par les fonctionnaires du Commissariat de l'émigration.

Dans les ports et les stations de départ, des inspecteurs d'émigration

² *L'emigrazione italiana negli anni 1924 e 1925. Relazione sui servizi dell'emigrazione presentata dal Commissario generale*, pp. 101 à 105.

reçoivent les émigrants à leur arrivée à la gare, pour les soustraire aux sollicitations intéressées des logeurs, les envoient à l'hôtel réquisitionné avec une fiche individuelle indiquant le nom de chaque émigrant, sa date d'arrivée, le bateau qu'il doit prendre et le nom de l'hôtel.

Avant l'embarquement, les émigrants sont conduits par groupe à un local spécial où ils sont désinfectés, baignés et vaccinés. En cas de besoin, ils sont soumis à l'isolement, à un examen bactériologique ou à toute autre mesure prophylactique requise. Une feuille d'identité sanitaire est remise à ceux qui sont en parfaite santé, avec laquelle ils se présentent à la commission de visite définitive. Les autres sont signalés à la même commission.

Avant d'arriver à la salle de visite, les émigrants doivent passer à la salle de désinfection des bagages et à la visite de la douane. L'opération de désinfection commence un jour ou deux avant le départ. (Voir l'article du *Bolletino della Emigrazione*, février 1925, p. 158). [...].

PORTUGAL: Colonies.- Les agents de recrutement doivent entretenir des refuges le long des routes parcourues par les travailleurs indigènes recrutés par eux, et notamment un centre de rassemblement doit être établi par eux à une courte distance du port d'embarquement, pour y recevoir les travailleurs engagés dans des conditions convenables, en attendant le départ. Les mêmes dispositions doivent être prises pour la réception des rapatriés. Toutes les dépenses d'entretien et de nourriture, comprises entre le jour du recrutement et l'embarquement, sont à la charge de l'agent (Décret du 14 octobre 1914, art. 127)".

Bibliography

- ABEL, Christopher. (1996) *Ensayos de historia de la salud en Colombia, 1920-1990*, Bogotá, Fondo Editorial CEREC, IEPRI – Universidad Nacional.
- ABEL, Christopher. (1996) *Health, hygiene and sanitation in Latin America, 1870-1950*, London, University of London.
- ABBOTT, Edith. (1969) *Historical Aspects of the Immigration Problem*, New York, Arno Press and The New York Times.
- ABOITES, Luis. (1995) *Norte Precario. Doblamiento y colonización en México, 1760-1940*, México. COLMEX – CIESAS.
- AGOSTONI, Claudia. (1999) “Sanitation and Public Works in Late Nineteenth Century México City”, *Quiipu. Revista Latinoamericana de Historia de la Ciencia y la Tecnología* 12 (2), 187-201.
- (2001) “Salud Pública y control social en la ciudad de México a fines del siglo diecinueve”, *Historia y Grafía*, (17), 73-95.
- (2001) “Mexican hygienists and the political and economic elite during the Porfirio Diaz regime. The case of Mexico City (1876-1910)”. En
- BOURDELAIS, Patrice *Les Hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles)*, París, Éditions Belin, 193-210.
- (2003) *Monuments of Progress. Modernization and Public Health in Mexico City, 1876-1910*. México, University of Calgary Press/ University Press of Colorado/ Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM.
- (2005) “Las delicias de la limpieza: la higiene en la ciudad de México”. En STAPLES, Anne (editora y compiladora) *Bienes y vivencias. El siglo XIX mexicano*. En *Historia de la vida cotidiana en México*, dirigida por Pilar GONZALBO, v. 4, México, El Colegio de México/ Fondo de Cultura Económica, 563-597.
- AGUIRRE BELTRÁN, Gonzalo. (1980) *Programas de salud en la situación intercultural*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social.
- AL-ISSA, Ihsan; Michel TOUSIGNANT (eds.). (2004) *Ethnicity, immigration and Psychopathology*, New York, Springer.
- ALMANDOZ, Arturo. (2000) “The shaping of Venezuelan urbanism in the hygiene debate of Caracas, 1880-1910”, *Urban Studies* 37 (11), 2073-2089.
- ÁLVAREZ AMÉZQUITA, José. (1960) *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*, 4 vols., México, Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- ARMUS, Diego (ed.). (1984) *Sectores populares y vida urbana*, Buenos Aires, CLACSO.
- (1984) “Enfermedad, ambiente urbano e higiene social: Rosario entre fines del siglo XIX y comienzos del XX”. En: ARMUS, Diego (ed.) *Sectores populares y vida urbana*, Buenos Aires, CLACSO, 37-66
- (1987) “El problema habitacional en las ciudades-puerto argentinas: 1880-1930”, *História em Cadernos – Revista do Mestrado de História do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da UFRJ* – Universidade Federal do Rio de Janeiro 4 (5), 38-40.

- (1993) “La ciudad higiénica entre Europa y Latinoamérica”. En: LAFUENTE, Antonio, Alberto ELENA y María Luisa ORTEGA, (eds.). *Mundialización de la ciencia y cultura nacional*, Madrid, Universidad Autónoma de Madrid/ Editorial Doce Calles.
- (1995) “O discurso da regeneração – Espaço urbano, utopias e tuberculose em Buenos Aires 1870-1930”, *Revista Estudos Históricos da Fundação Getúlio Vargas-CPDOC*, 8 (16), 235-250.
- (1996) “Salud y anarquía: la tuberculosis en el discurso libertario argentino, 1870-1940”. En: CUETO, Marcos (ed.). *Salud, cultura y sociedad en América Latina. Nuevas perspectivas históricas*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos/ Organización Panamericana de la Salud, 111-113
- (2000) “Mirando a los italianos. Algunas imágenes esbozadas por la elite en tiempos de la inmigración masiva”. En: DEVOTO-GIANFAUSTO ROSOSLI, Fernando (ed.). *La inmigración italiana en la Argentina*, Buenos Aires, Editorial Biblos, (La argentina plural), 95-104
- (2003) *Disease in the History of Modern Latin America*, London, Duke University Press.
- (2007) *Ciudad Impura, La Salud, la tuberculosis y cultura. Buenos Aires 1870-1950*. Buenos Aires, Edhasa-Argentina.
- BARLES, Sabine (1999) *La ville délétère: médecins et ingénieurs dans l'espace urbain XVIIIe-XIXe siècle*, Seyssel, Champ Vallon.
- BASHFORD, Alison (2004) *Imperial Hygiene. A Critical History of Colonialism, Nationalism and Public Health*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- BENCHIMOL, Jaime Larry. (1987) “Considerações acerca da bibliografia recente sobre a história das habitações populares e reformas urbanas no Rio de Janeiro (1850-1930)”, *História em Cadernos – Revista do Mestrado de História do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro* 4 (1), 9-17.
- (1990) *Pereira Passos: un Haussmann tropical a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX*, Rio de Janeiro, Biblioteca Carioca.
- BENCHIMOL, Jaime Larry; TEIXEIRA, Luiz Antonio; SOARES, Sandra Branco; PEREIRA, Andrea Nunes; SANTOS, Fernando Sergio Dumas dos. (1989); *Manguinhos: uma contribuição para a história da medicina experimental e da arquitetura médico-hospitalar no Brasil*, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz.
- BENDER, D. E., CASTRO D. y K. O'DONNELL. (2000) “Explaining the birth weight paradox: Latin immigrants' perceptions of resilience and risk”, *Journal of Immigrant Health* (2), 155–173.
- BENREKASSA, Judith. (1987) *Migrations et santé (bibliographie sélective)*, Paris, Centre de Documentation de Migrations Santé/ Comité Medique Social pour la santé des migrants.
- BERNABEU MESTRE. Josep. (2003) “La contribución del exilio científico español a la salud pública venezolana. Santiago Ruesta Marco 1938-1960”. En: BARONA, Joseph Lluís (coomp.) *Ciencia, salud pública y exilio (1875-1939)*, Valencia, Universitat de Valencia

- BERRIDGE, V. y EDWARDS, G. (1981) *Opium and the People*, London, Allen Lane.
- BILSBORROW, Richard E. (1998) *Migration, Urbanization and Development: New Directions and Issues. Proceeding of the Symposium o Internal migration and urbanization in developing countries. 22-24 January 1996, NY. UNFPA Unites Nations Population Fund*. USA, Kluwer Academic Publishers.
- BIRSL, Ursula; SOLÉ, Carlota (coord.). (2004), *Migración e interculturalidad en Gran Bretaña, Alemania y España*, Gran Bretaña, Anthropos Editorial.
- BLOCH, Carlos, CARNINO, María Isabel y PERSELLO, Ana Virginia. (1991) *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el Sector Salud: Argentina, 1940-1960*, Buenos Aires, OPS/OMS.
- BOURDÉ, Guy. (1977) *Buenos Aires: urbanización e inmigración*, Buenos Aires, Huemul.
- BOYER, Richard E.; DAVIS, Keith A. (1973) *Urbanization in 19th century Latin America: Statistics and sources, supplement to the statistical abstract of Latin America*, Los Angeles, UCLA.
- BRITO, Nara Azevedo de. (1997) “La dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro (1918)”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 4 (1), 11-30.
- BRITTO, Rubens da Silveira; CAMPOS, Janildo de Souza; TEIXEIRA, Almira Lauria e ZACCA, Eliana França dos Santos. (1982) “O problema das doenças tropicais e os movimentos migratórios no Brasil: a situação no Pará”. En: *Doenças e migração humana*, Brasília, Ministério da Saúde, Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- BRONFMAN, Mario, LEYVA, René y NEGRONI, Mirka (eds.). (2004) *Movilidad poblacional y VIH-SIDA: contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- BRONFMAN, Mario, SEJENOVICH, Gisela y URIBE Patricia. (1998) *Migración y Sida en México y América Central: una revisión de la literatura*, México, Ángulos del SIDA.
- BULNES, Francisco. (1892) *El desague del Valle de México a la luz de la higiene*. México, Oficina Impresora de Estampillas, Tipografía Palacio Nacional.
- CAMPOS, C. (2002) *São Paulo pelas lentes da higiene – As propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade de São Paulo*, São Paulo, Rima/FAPESP.
- CARBONETTI, Adrián. (1998) *La tuberculosis en la Ciudad de Córdoba 1906-1947*, Córdoba, Ed. de la Municipalidad.
- CARDIEL MARÍN, Rosario. (1997) “La migración china en el norte de Baja California, 1877-1949”. En: OTA MISHIMA, Maria Elena *Destino México: Un estudio de las migraciones asiáticas a México siglos XIX y XX*. México, Centro de Estudios de Asia y África, El Colegio de México, 189-255.
- CARDONA GUTIÉRREZ, Ramiro; VALENZUELA, Jaime; RODRÍGUEZ ESPADA, Ethel (eds.). (1970) *Migración y desarrollo urbano en Colombia*:

- memoria del Seminario Nacional sobre Urbanización: Bogotá: 1969*, Bogotá, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
- CAIN, Peter J. y HARRISON, Mark (eds.). (2001) *Imperialism: critical concepts in historical studies*. London, Routledge.
- CAPONI, Sandra. (2002) "Entre miasmas y microbios: la vivienda popular higienizada", *Cadernos de Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz* 18 (6), 1665-1674.
- CARRILLO, Ana María. (2005) "¿Estado de peste o estado de sitio?: Sinaloa y Baja California 1902-1903", *Historia Mexicana* 54 (4), 1049-1103.
- . (1999) "Los difíciles caminos de la Campaña Antivariolosa en México" *Ciencias*, julio-diciembre, 18-25
- . (2001) "Los médicos ante la primera campaña antituberculosa en México", *Gaceta Médica de México* 137 (4), 361-369
- . (2002) "Economía, política y salud pública en el México porfiriano 1876-1910", *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9 (suplemento), 67-87.
- CARVALHO, Marília Sá. (1993) *Análise das condições de vida e morte em populações urbanas: uma proposta para os serviços de saúde*, Rio de Janeiro, ENSP.
- CASANOVAS, Joan. (2000) *O pan, o plomo! Los trabajadores urbanos y el colonialismo español en Cuba, 1850-1898*. Madrid, Siglo Veintiuno.
- CASAS ORREGO, Álvaro León. (2000) "Los circuitos del agua y la higiene urbana en la ciudad de Cartagena a comienzos del siglo XX", *História, Ciências, Saúde- Manguinhos* 7 (2), 349-377.
- CEPIS. (1992) *Historia del CEPIS – Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente*, Lima, CEPIS.
- CLEMENT, Jean Pierre. (1983) "El nacimiento de la higiene urbana en la América Española del siglo XVIII", *Revista de Índias* XLIII (171), 77-95.
- COLLINS, Kenneth E. (2001) *Be well!: Jewish immigrant health and welfare in Glasgow*, Edimburgo, Tuckwell Press.
- COLMENARES YÉPEZ, Germán. (1997) "Higiene y salud en la ciudad de Caracas en el siglo XIX (1870-1877)", *Tierra Firme: Revista de historia y Ciencias Sociales* (15), 7-32.
- COLMENARES YÉPEZ, Germán. (2002) "Modernización, medicina, enfermedades y salud pública en la ciudad de Caracas: (1870-77)" *Revista História, Ciências, Saúde: Manguinhos* 9 (Suplemento Especial: Ciência, Saúde e Poder), 89-109.
- COLOMBIA. (1980) *Legislación migratoria de Colombia y acuerdos bilaterales y subregionales sobre la materia*, Bogotá, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social/ SENALDE.
- CONDREAU, Flurin; TANNER, Jacob. (2000), "Working-class experiences, cholera and public health reform in XIX century Switzerland". En: SHEARD Sally; POWER Helen *Body and the city. Histories of Urban Public Health*, England, Ashgate Publishing Ltd, 108- 122.
- COSTA, Nilson do Rosário. (1985) *Lutas urbanas e controle sanitário: origens da política de saúde no Brasil*, Petrópolis, Ed. Vozes e ABRASCO.

- (1990) “Infra-estructura urbana, saneamiento e qualidade de vida: notas sobre política pública e desigualdade no Brasil”, *Revista Saúde em Debate* (29), 52-56.
- CRAIG Robert Janes; Ron STALL, Sandra M. GIFFORD. (1986) *Anthropology and epidemiology. An interdisciplinary approach to the study of health and disease*, New York, Springer.
- CUETO, Marcos. (1989) *Excelencia científica en la periferia: actividades científicas e investigación biomédica en el Perú, 1890-1950*, Lima, Tarea.
- (1991); “La ciudad y las ratas: La peste bubónica en Lima y en la Costa peruana a comienzos del siglo XX”, *Histórica* XV (1), 1-26.
- (1996) “Los ciclos de la erradicación: la Fundación Rockefeller y la Salud Pública latinoamericana, 1918-1940”. En: CUETO, Marcos (ed.) *Salud, cultura y sociedad en América Latina. Nuevas perspectivas históricas*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos/ Organización Panamericana de la Salud, 179-201.
- CUETO, Marcos. (ed.) (1996) *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: Nuevas Perspectivas*, Lima, IEP.
- CURTIN, Philip D. (1989) *Death by Migration: Europe's Encounter with the Tropical World in the Nineteenth Century*, Cambridge and New York, Cambridge University Press.
- CYTRYNOWICZ, Roney. (2005) “Instituições de assistência social e imigração judaica”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 12 (1), 169-184.
- DATTWYLER, Rodrigo Hidalgo. (2002) “Higienismo, beneficencia católica y vivienda obrera en Chile a finales del siglo XIX”, *Estudios Ibero-Americanos* 28 (1), 65-83.
- DAUNTON, Martin J. (2000) *The Cambridge urban history of Britain*, Cambridge, Cambridge University Press.
- DÁVALOS, Marcela. (1989) *De basura, inmundicias y movimiento o de cómo se limpiaba la ciudad de México a finales del siglo XVIII*, México, Cienfuegos.
- (1994) “La salud, el agua y los habitantes de la ciudad de México. Fines del siglo XVIII y principios del XIX”. En: HERNÁNDEZ FRANYUTI, Regina (comp.). *La ciudad de México en la primera mitad del siglo XIX*, vol. II, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 274-302.
- DUPEUX, Georges; Jocelyne LAURENT. (1981) *Atlas historique de l'urbanisation de la France (1811 – 1975)*, Paris, CNRS
- EFIONAYI, Denis; Milena CHIMIENI; Stefano LOSA; Sandro CATTACIN. (2001) *Evaluation du programme global “migration et santé” de l'office fédéral de la santé publique*, Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population.
- ESCOTADO, Antonio. (1989-1990) *Historia de las drogas*, Madrid, Alianza Editorial, vols. 1, 2 y 3.
- ESCODÉ, Carlos. (1996) “Health in Buenos Aires in the second half of the nineteenth century”. En: PLATT, D. C. (ed.) *Social Welfare, 1850-1950: Australia, Argentina and Canada Compared*, London, Macmillan, 60-70.

- EUROPEAN COMMUNITIES. (1976) *Social Security for migrant workers*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European communities.
- EVANS, Jeffrey. (1987) "Migration and Health", *International Migration Review* XXI (3), pp V-XIV.
- FAVARO, Cleci Eulalia; ÁVILA, Adriana Lopes e PEDROSO, Wagner. (2005) "Industrialização, urbanização e disciplinamento – O discurso moral como justificativa dos internamentos de homens e mulheres em uma instituição psiquiátrica (Hospital São Pedro, Porto Alegre, 1930-1947)", *Revista História Unisinos* 9 (2), 124-131.
- FRANCHINA, M. (2004) "Contribución de los inmigrantes italianos a las instituciones médicas argentinas (1850-1925)". Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.
- FRANK, M., HEGENSCHIED B., JANITSCHKE K. y WEINKE T. (1997) "Prevalence and epidemiological significance of Trypanosoma cruzi infection among Latin American immigrants in Berlin, Germany", *Infection* (25), 355–358.
- FRIDLIZIUS, G. (1988) "Sex-differential mortality and socio economic change, Sweden 1750-1910". En: BRÄNDSTRÖM Anders; TEDEBRAND, Lers Göran (eds.) *Society, health and population during the demographic transition*, Umea, Umea University.
- GALEA, S.; VLAHOV, D. (2005) "Urban health: evidence, challenges, and directions", *Annu Rev Public Health* (26), 341-65.
- GAMIO, Manuel. (1939) *Algunas consideraciones sobre la salud y de la demografía en México*, México, DAPP.
- GARCÍA DELGADO, Gregorio. (1995) "El Código Sanitario Panamericano: aspectos históricos", *Cuadernos de Historia de Salud Pública* (80), 22-35.
- GARZA, Gustavo. (2003) *La urbanización de México en el siglo XX*. México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México.
- GASCÓN, Encarna; GALEANA, María Eugenia; BERNABEU MESTRE, Joseph. (2003) "La aportación de las enfermeras visitadoras sanitarias al desarrollo de la enfermería venezolana". En: BARONA, Joseph Lluís (comp.), *Ciencia, salud pública y exilio (1875-1939)*, Valencia, Universitat de Valencia.
- GIRALDO SAMPER, Diego. (1976) *Migración interna y salud en Colombia*, Bogotá, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, División de Medicina Social y Población.
- GONZÁLEZ, Andrea Susana. (2001) "El impacto de la enfermedad en la organización social y el espacio urbano: el caso de la epidemia de fiebre amarilla en la ciudad de Buenos Aires en 1871", *Revista Medicina y Sociedad* 24 (2), 93-102.
- GORTARI, Hira de. (1998) "¿Un modelo de urbanización? La ciudad de México a fines del siglo XIX", *Secuencia* 8. *Revista Americana de Ciencias Sociales* (Enero-Abril), 42-52.
- GRELL, Ole Peter; Andrew CUNNINGHAM (eds.). (1997) *Health care and poor relief in protestant Europe, 1500-1700*, London, Routledge.

- GUTIÉRREZ RAMOS, Axayacatl. (1996) *Consumo y Tráfico de opio en México, 1920-1949*, México, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM. Tesis de licenciatura en Estudios Latinoamericanos.
- GUTMANN ROSENKRANTZ, Barbara (ed.). (1994) *From Consumption to Tuberculosis: A Documentary History*, New York, Garland.
- HAINES, M. (2001) "The urban mortality transition in the United States, 1800-1940", *Annales de Démographie Historique* (1), 33-64.
- HALPERIN DONGHI, Tulio. (1977) *Historia Contemporánea de América Latina*, Madrid, Alianza.
- HAMLIN, C.; SHEARD, S. (1998) "Revolutions in public health: 1848, and 1998?", *British Medical Journal* (317), 587-91.
- HARDY, Anne. (1993) *The Epidemic Streets: Infectious Disease and the Rise of Preventive Medicine, 1856-1900*, Oxford y New York, Oxford University Press.
- HARRISON, Gordon A. (1978) *Mosquitoes, Malaria, and Man*, New York, Dutton.
- HAYS, J. N. (1998) *The burdens of disease: epidemics and human response in western history*, New Jersey, Rutgers University Press.
- HERNÁNDEZ, Donald J. (2000) *Children of Immigrants: Health, Adjustment, and Public Assistance*, Washington, National Research Council, National Academies Press.
- HOBSON, John A. (1938) *Imperialism: a study*. London, G. Allen and Unwin.
- HOSCHMAN, Gilberto. (1998) *A Era do Saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil*, São Paulo, Hucitec/Anpocs.
- HOFSTETTER, Eleanore O. (2001) *Women in Global Migration, 1945-2000: A Comprehensive Multidisciplinary Bibliographie*, Westport, Greenwood Press.
- HU-DEHART, Evelyn. (2006) "Opio y control social: cultivos en las haciendas de Perú y Cuba", *Istor*, VII (27), 28-45.
- HUTTER, Lucy Maffei. (1972) *Imigração italiana em São Paulo (1880-1889): os primeiros contatos do imigrante com o Brasil*, São Paulo, Instituto de Estudos Brasileiros/USP.
- (1979) "Saúde e imigração (1902-1914): dados históricos", *Revista Ciência e Cultura* 31 (6), 621-631.
- (1996) "Imigrantes e a questão da saúde". En: DE BONI, Luis A. (org.). *A presença italiana no Brasil*; Porto Alegre, EST/Fond.Giovanni Agnelli, 336-379.
- KEARNS, Gerry, "Town Hall and Whitehall: sanitary intelligence in Liverpool 1840-63". En: SHEARD Sally; POWER Helen (2000) *Body and the city. Histories of Urban Public Health*, England, Ashgate Publishing Ltd, 89-108.
- KIPLE, Kenneth F. (1984) *The Caribbean Slave: a Biological History*, Cambridge and New York, Cambridge University Press.
- KRAUT, Alan M. (1995) *Silent Travellers: Germs, Genes, and the "Immigrant Menace"*, Baltimore, Maryland, Johns Hopkins University Press.
- LANDA Y PIÑA, Andrés. (1930) *El Servicio de Migración en México*, México, Secretaria de Gobernación, Talleres Gráficos de la Nación.

- LARDIES González, Julio; KOHN LONCARICA, Alfredo Guillermo. (1971) “La inmigración médica española en la República Argentina durante el siglo XIX”, *Revista de História da Medicina e da Ciência* 23, 327-335.
- LAWTON, Richard; LEE, W. Robert. (2002) “Port development and the demographic dynamics of European urbanization”. En: Richard LAWTON, W. Robert LEE, *Population and Society in Western European Port Cities, C.1650-1939*, Liverpool, Liverpool University Press, 1-36.
- LEAL DE MOLINA, Hilda. (2004) “Migración y salud en las fronteras”, *Seminario de Salud y Migración*, Conferencia Regional de Migración, Guatemala.
- LEÓN GARCÍA, María del Carmen. (2002) “Espacio, olor y salubridad en Toluca al final del siglo XVIII”, *Historia Mexicana* 52, 163-199.
- LEUNG, Angela Ki Che. (2005) “The Introduction of Segregation in Modern China: the Case of Leprosia”. En: BOURDELAIS, Patrice y FAURE, Olivier, *Les Nouvelles Pratiques de Santé. Acteurs, Objets, Logiques Sociales, XVIII – XXe Siècles*, París, Belin, 309-324.
- LEYVA FLORES, Rene. (2004) “Migración y Sida: estigma y discriminación”, Ponencia presentada en el *Seminario de Salud y Migración*, Conferencia Regional de Migración, Guatemala.
- LICHA, Isabel. (1987) “El impacto modernizador de la ingeniería sanitaria en Venezuela: el caso del INOS y de otras instituciones sanitarias”. En: VESSURI, Hebe, *Instituciones científicas en la Historia de la Ciencia en Venezuela*, Caracas, Acta Científica Venezolana, 319-343.
- LOSSIO, Jorge. (2001) “Purificando las atmósferas epidémicas: la contaminación ambiental en las políticas de salud (Lima, siglo XIX)”, *Histórica* XXV (2), 135-160.
- LOUE, S. (1998) *Handbook of immigrant health*, Plenum Press, New York.
- LUZ, Madel Therezinha. (1992) *O corpo da cidade*, Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro / Instituto de Medicina Social, (UERJ/IMS, Estudos em Saúde Coletiva, 1).
- MACLEOD, Roy y LEWIS, Milton (eds.). (1988) *Disease, Medicine and Empire: Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion*, London and New York, Routledge.
- MAEJIMA, Walter Kudo. (2005) “Imigração japonesa no estado de São Paulo, 1908-1941”. Tesis de maestría. São Paulo, Universidade de São Paulo.
- MAMDANI, Mahmood. (1998) *Ciudadano y súbdito. África contemporánea y el legado del colonialismo tardío*. México, UNAM/Siglo Veintiuno.
- MARKEL, Howard. (1999) *Quarantine!: East European Jewish Immigrants and the New York City Epidemics*, Baltimore, Maryland, Johns Hopkins University Press.
- MÁRQUEZ VALDERRAMA, Jorge. (2005) *Ciudad, miasmas y microbios: la irrupción de la ciencia pasteuriana en Antioquia*, Medellín, Editorial Universidad de Antioquia.
- MEADE, Melinda S.; Robert J. EARICKSON. (2005) *Medical geography*, New York, Guildford Press.
- MEADE, Theresa. (1986) “Civilizing Rio de Janeiro: The public health campaign and the riot of 1904”, *Journal of Social History* 20 (2), 301–322.

- (1991) “Cultural imperialism in Old Republic Rio de Janeiro: the urban renewal and public health project”. En: T. MEADE e M. WALKER (eds.), *Science, Medicine, and Cultural Imperialism*, New York, St. Martin’s & MacMillan Press, 95-119.
- (1997) *“Civilizing”Rio: Reform and Resistance in a Brazilian City, 1889-1930*, University Park, Pennsylvania State University.
- MÉXICO. *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos* (1926) México, Imprenta Manuel Sánchez.
- MÉXICO. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD. (1910) *La Salubridad e Higiene Pública en los Estados Unidos Mexicanos. Brevisima reseña de los progresos alcanzados desde 1810 hasta 1910 publicada por el Consejo Superior de Salubridad de México bajo cuyos auspicios tuvo a bien poner la Secretaría de Gobernación, las conferencias y la exposición popular de higiene con las cuales se sirvió contribuir a la celebración del primer centenario de la Independencia Nacional, Año del Centenario*. México, Casa Metodista de Publicaciones.
- MÉXICO. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA. (1999) *Estadísticas históricas de México*, México, INEGI. Vol. I.
- MÉXICO. SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN. (2002) *Compilación histórica de la legislación migratoria en México*, México, Secretaría de Gobernación.
- MIGRATIONS SANTÉ. (2005) “La situation socio-sanitaire des femmes originaires du Maghreb et d’Amérique latine en Espagne”, *Migrations santé*, (122-123), 1er y 2º trimestres.
- MISHRA, Shiraz I., Ross F. CONNER y J. Raúl MAGANA (coords.). (1996), *AIDS Crossing Borders: The Spread of HIV Among Migrant Latinos*, Westview Press.
- MOYA José y Mónica URIBE. (2006) “Migración y Salud en México: Una aproximación a las perspectivas de investigación; 1996-2006”. En: página web de la Organización Panamericana de la Salud (OPS): www.paho.org
- NARANJO OSORIO, Consuelo y Armando GARCÍA GONZÁLEZ. (1994) *Medicina y racismo en Cuba: la ciencia ante la inmigración canaria en el siglo XX*, La Laguna, Tenerife, Taller de Historia.
- NAVARRO, Vicente. (1981) *Imperialism, health and medicine*. New York, Baywood.
- NELSON, M. C.; ROGERS J. (eds). (1989) *Urbanisation and the epidemiological transition*, Uppsala, Uppsala Universitet.
- NIEMI, Marjaana. (2000) “Public health discourses in Nirmingham and Gothenburg, 1890-1920”. En: SHEARD, Sally & POWER, Helen (eds.): *Body and City. Histories of Urban Public Health*, Ashgate, Aldershot and London, 123-142.
- OBREGÓN, Diana. (1996) “De ‘Árbol Maldito’ a ‘Enfermedad Curable’: los médicos y la construcción de la lepra en Colombia, 1884-1939”. En: CUETO, Marcos (ed.), *Salud, cultura y sociedad en América Latina. Nuevas perspectivas históricas*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos/Organización Panamericana de la Salud, 159-178.
- OCHOA, Rigel. (1997) “Puertos y salubridad en Venezuela, 1908-1935”, *Tierra Firme: Revista de historia y Ciencias Sociales* (15), 57-72.

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). (2003) *Migración internacional, salud y derechos humanos*, Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos (4).
- PALMA MORA, Mónica. (2006) *De tierras extrañas. Un estudio sobre la Inmigración en México 1950-1990*, México, Instituto Nacional de Migración/ Centro de Estudios Migratorios/ INAH/ DGE Ediciones.
- PANI, Alberto J. (1916) *La Higiene en México*, México, Imprenta de J. Ballesca.
- PARKER, David. (2002); "Civilizando la ciudad de los Reyes: higiene y vivienda en Lima, 1890-1920". En: ARMUS, Diego (2003), *Entre Médicos y Curanderos: cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*, Buenos Aires, Ed. Norma, 105-150.
- PARRY, John H. (1952) *Europa y la expansión del mundo, 1415-1715*. México, Fondo de Cultura Económica.
- PÉREZ JIMÉNEZ, Marco Antonio. (2005) "Raza, nación y revolución: la matanza de chinos en Torreón, Coahuila, mayo de 1911". Tesis de licenciatura. México, UNAM.
- PÉREZ MONTFORT, Ricardo. (2000) *Juntos y medios revueltos. La ciudad de México durante el sexenio del General Cárdenas y otros ensayos*, México, VOS-FP/ CIESAS.
- (2000) "Historias Primigenias. Los inicios del narcotráfico en México (1920-1930)", *Nexos* (267) 27-34.
- PÉRGOLA, Federico. (2004) *Historia de la Salud Social en la Argentina*, Buenos Aires, Superintendencia de Servicios de Salud.
- PILATTI ALTIVA, Balhana. (1987) "Política Imigratoria no Brasil Meridional". En: *Legislación y Política Inmigratoria en el Cono Sur de América*, vol. 3, México, Instituto Panamericano de Geografía y Estadística, 327-335.
- PINNEO, Ronn. (1998) "Public Health care in Valparaíso, Chile". En: PINNEO, Ronn y James A. BAER. (eds.) *Cities of hope: people, protests, and progress in urbanizing Latin America, 1870-1930*, Boulder, Westview Press, 178-217.
- PINEO, Ronn y BAER, James A. (eds.) (1998) *Cities of Hope: People, Protests, and Progress in Urbanizing Latin America*, Boulder, Westview Press.
- PLATT, D.C. (ed.). (1989) *Social Welfare, 1850-1950: Australia, Argentina and Canada Compared*, London, Macmillan.
- PUIG Llano, Juan Mauricio Magin. (1986) "La matanza de chinos en Torreón en 1911: historia de um incidente internacional". Tesis de licenciatura. México, UNAM.
- RAGUCCI, Olga Bordi de. (1992) *Cólera e Inmigración*, Buenos Aires, Leviatán.
- RAMÓN, Gabriel. (1999) *La Muralla y los Callejones. Intervención urbana y proyecto político en Lima durante la segunda mitad del siglo XIX*, Lima, SIDEA-Promperu.
- RECALDE, Héctor. (1988) *La Higiene y el Trabajo (1879-1930)*, Buenos Aires, CEAL.
- REHER, D. S. (2001) "In search of the 'urban penalty': exploring urban and rural mortality patterns in Spain during the demographic transition" *International Journal of Population Geography* 7 (2), 105-27.

- REICHMAN, Jill S. (2006), *Immigration, acculturation and health: the Mexican diaspora*, New York, Lfb Scholarly Pub. Llc.
- RIBERA CARBÓ, Eulalia. (2001) "Modernidad y servicios públicos en la conformación del espacio urbano del siglo XIX", *Secuencia: Revista de Historia y Ciencias Sociales* 50, 168-189.
- RODRIGUEZ, Martha Eugenia. (2000) *Contaminación e insalubridad en la ciudad de México en el siglo XVIII*, México, Facultad de Medicina, UNAM.
- RODRÍGUEZ, Marta Eugenia y ROMO, Ana Cecilia Rodríguez de. (1999) "Asistencia médica e higiene ambiental en la ciudad de México – siglos XVI-XVII", *Gaceta Médica de México* 135 (2), 189-198.
- RODRÍGUEZ DE ROMO, Ana Cecilia y Martha Eugenia RODRÍGUEZ PÉREZ. (1998) "Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX", *História, Ciências e Saúde-Manguinhos* 5 (2), 293-310
- RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban. (2005) *Salud Pública en España: Ciencia, profesión, política, siglos XVIII-XX*, Granada, Editorial Universidad de Granada [Serie Collectánea].
- ROMERO Álvarez, Humberto. (1954) "Saneamiento del medio indígena", *Ingeniería Sanitaria* 7 (3), 67-74.
- ROSENBERG, Charles E. y GOLDEN, Janet (eds.). (1992), *Framing Disease: Studies in Cultural History*, New Brunswick, Rutgers University Press.
- RUIZ, Luis E. (1904) *Tratado elemental de higiene*, México Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento.
- SAKURAI, Célia. (1993) *Romanceiro da imigração japonesa*, São Paulo, IDESP, Sumaré.
- SALLES, Maria do Rosário Rolfsen. (1997) *Médicos italianos em São Paulo (1890-1930)*, São Paulo, Ed. Sumaré/IDESP (Série Imigração).
- SÁNCHEZ DE TAGLE, Esteban. (1997) *Los dueños de la calle. Una historia de la vía pública en la época colonial*, México, INAH.
- SCOBIE, James R. (1989) "The growth of the cities". En: BETHELL, Leslie (ed.) *Latin America: economy and society, 1870-1930*, Cambridge, Cambridge University Press, 149-182.
- SECRETARÍA DE SALUD. (2002) *Programa de acción migrantes: Vete Sano y Regresa Sano*, México, www.salud.gob.mx.
- SEMMELE, Bernard. (1993) *The liberal idea and the demons empire: theories of imperialism from Adam Smith to Lenin*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- SEVCENKO, Nicolau. (1984) *A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*, São Paulo, Brasiliense.
- SHEARD, Sally & POWER, Helen (eds.). (2000) *Body and City. Histories of Urban Public Health*, Ashgate, Aldershot and London.
- SHEDLIN M. y SHULMAN L. (2005) "Qualitative needs assessment of HIV services among Dominican, Mexican and Central American immigrant populations living in the New York City area", *AIDS care* (16), 434-445.
- SHERINDAN, R. B. (1985) *Doctors and Slaves. A Medical and Demographic History of Slavery in the British West Indies, 1680-1834*, Cambridge, Cambridge University Press.

- SPENCER, Ian R. G. (1997) *British immigration policy since 1939: the making of multiracial Britain*, Londres, Routledge.
- STEPAN, Nancy. (1976) *Beginnings of Brazilian Science: Oswaldo Cruz, Medical – research and Policy, 1890-1920*, New York, Science History Publications.
- SPINK, Wesley W. (1979) *Infectious Diseases: Prevention and Treatment in the Nineteenth and Twentieth Centuries*, Minneapolis, University of Minneapolis Press.
- SUNDQUIST, K.; FRANK, G.; SUNDQUIST, J. (2004) “Urbanisation and incidence of psychosis and depression”, *British Journal of Psychiatry* 184, 293-98.
- TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho. (1996) “Imigração e epidemias no Estado de São Paulo”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 2 (3), 265-83.
- TENORIO TRILLO, Mauricio (1998). *Artilugio de la Nación Moderna. México en las Exposiciones Universales, 1880-1930*, México, Fondo de Cultura Económica.
- TERRES, José. (1895) “Influencia del desagüe del Valle de México en la higiene de la capital”. En: *Estudios referentes a la desecación del lago de Texcoco, año de 1895*. México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 63-81.
- TRENTO, Ângelo. (1988) *Do outro lado do Atlântico – um século de imigração italiana no Brasil*, São Paulo, Nobel.
- TRUZZI, Oswaldo. (1997) *Patrícios – sírios e libaneses em São Paulo*, São Paulo, Hucitec.
- TUÑÓN PABLOS, Esperanza (coord.). (2001) *Mujeres en las fronteras: trabajo, salud y migración: Belice, Guatemala, Estados Unidos y México*, México, Plaza y Valdés.
- UGALDE, Antonio; Gilberto CÁRDENAS. (1997) *Health and social services among international labor migrants: a comparative perspective*, Texas, University of Texas Press.
- VALENZUELA, Fernando. (1918) “La Inmigración china”, *Boletín del Departamento de Salubridad* (5) 169-173.
- VAN KRIEKEN, Peter J. (ed.) (2001) *Health, migration and return*, Cambridge, Cambridge University Press.
- VÖGELE, J. (1998) *Urban mortality change in England and Germany, 1870-1913*, Liverpool, Liverpool University Press.
- WATTS, Sheldon. (1997) *Epidemics and History: Disease, Power and Imperialism*, New Haven and London, Yale University Press.
- WILLIAMS, Patrick (ed.). (1994) *Colonial discourse and post-colonial theory: a reader*. New York, Columbia University.
- WILLNER, S. (2001) “The impact of alcohol consumption on excess male mortality in nineteenth-century and early twentieth-century Sweden”, *Hygiea Internationalis* 2 (1), 45-70.
- WOLF, Leonard Sydney. (1999, 1920) *Empire and commerce in Africa: a study in economic imperialism*, London, Routledge.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2006) *Migrations internationales, santé et droits humains*, World Health Organization. [s. c.]

Execução Gráfica

Colibri – Artes Gráficas
Faculdade de Letras
Alameda da Universidade
1600-214 Lisboa
Telef. / Fax 21 796 40 38
www.edi-colibri.pt
colibri@edi-colibri.pt