

Irvine LOUDON (1986) *Medical care and the General Practitioner. 1750-1850.* Oxford, Clarendon Press, 353 pp.

Hilary MARLAND (1987) *Medicine and Society in Wakefield and Huddersfield. 1780-1870.* Cambridge, University Press, 503 pp.

Se ofrece en estos dos libros un análisis de la estructura de la profesión y de la asistencia médicas en la Inglaterra de la segunda mitad del siglo XVIII y primera del XIX. La coincidencia cronológica y la cercanía temática no son sus únicos aspectos comunes. Tienen también en común la vinculación de sus autores en el momento de su publicación a la *Wellcome Unit for the History of Medicine* de la Universidad de Oxford, además del marco metodológico y conceptual en que ambos se inscriben. Se trata de dos contribuciones a lo que se ha denominado historia social de la medicina, que parten de la superación del viejo y tradicional esquema según el cual en las profesiones sanitarias inglesas de los siglos XVIII y XIX existían tres categorías, a saber: médicos, cirujanos y boticarios. Ivan Waddington (1984, *The medical profession in the industrial revolution*) ya criticaba este modelo tripartito cuyos orígenes se encuentran en un quehacer historiográfico que ha ignorado la faceta asistencial o práctica de los que se dedicaban a sanar, limitándose a un modelo institucional, académico, que era válido en tanto en cuanto el análisis se centraba en la relación médico-enfermo de las élites profesionales y sociales, pero que no servía para explicar las relaciones de la mayoría de la población y de aquellos que les ayudaban en sus problemas de salud.

Resultado de este nuevo punto de vista es una mayor complejidad en el esquema, que propone la incorporación de nuevos protagonistas de la actividad sanadora. Entre ellos no sólo los *General Practitioners*, sino otros sectores al margen de la actividad académicamente reconocida, como toda clase de curanderos, parteras, expertas en hierbas, o charlatanes. Ninguno de los autores centra en estos su investigación, pero su consideración supone la asunción implícita de la medicina como sistema sociocultural y permite tener una visión menos monopolística y creemos que más acorde con lo que la actividad sanadora debió ser en los siglos XVIII y primera mitad del XIX.

Irvine Loudon distingue en su estudio sobre el *General Practitioner* (en adelante *GP*) dos grandes etapas que ocupan sendas partes de su libro.

La primera (1750-1810) está dedicada a lo que el autor denomina los predecesores del *GP*. El perfil de los mismos corresponde a un tipo de profesional de procedencia social amplia, aunque sin incluir aristócratas ni grandes propietarios, que se formaba aprendiendo junto a otro profesional, al margen de la enseñanza universitaria. Un período aproximado de cinco años de prácticas, el aval de dos colegas y una módica suma le proveían de un título que le permitía practicar su profesión. Estos facultativos «de a pie» (*rank and file practitioners*) conjugaban las distintas formas

de práctica sanitaria del momento y su actividad estaba a caballo entre lo que en teoría debían ser las competencias de médicos, cirujanos, boticarios y parteras. A finales del XVIII empezó a extenderse la costumbre de complementar esta formación con la asistencia a las salas de un hospital al par que surgían escuelas médicas privadas como alternativa al sistema previo. Para entonces el número de ellos había ido en aumento y gozaban de unos ingresos que en general les permitían vivir sin dificultades si no desahogadamente.

En la segunda parte, se aborda la reforma médica y la concreción de la figura del *GP* a lo largo del medio siglo que media entre 1794 y 1850. El análisis del proceso de reforma enfatiza las causas profesionales de la misma y desestima explícitamente el papel que pudo tener el cambio de la estructura socioeconómica o las intervenciones políticas (pp. 129-133). Resulta más que probada la importancia que tuvo el contraste entre el rápido desarrollo de la medicina de finales del siglo XVIII y la falta de uniformidad en la educación —que permitía que cerca de 60 instituciones distintas pudieran otorgar licencias y diplomas— así como el considerable avance en la preparación y prestigio de los *rank and file practitioners*. Sin embargo, separar del proceso los cambios en la estructura socioeconómica resulta a mi entender demasiado reduccionista. Loudon nos ofrece una visión complementaria a la de otros autores (entre ellos el anteriormente citado), heurísticamente muy sólida, que está realizada claramente «desde dentro», desde la admiración y la comprensión interna de un proceso en el que encuentra los orígenes de una actividad que le es claramente cercana. Desgrana, con gran interés para el lector y el estudioso, el proceso organizativo, la práctica y la vida diarias y las relaciones institucionales de este nuevo profesional que fue co-protagonista de la extensión de la asistencia médica a las clases medias y que contribuyó a un nuevo modelo de relación médico-enfermo, la del «médico de cabecera» (*family doctor*) y sus pacientes.

El objeto del libro de Hilary Marland es el estudio del establecimiento y desarrollo de las más importantes formas de asistencia médica en dos ciudades del norte de Inglaterra con una evolución socioeconómica y demográfica distinta. La autora estudia tanto la actividad de los profesionales de la medicina, como la de otros sanadores no médicos, la estructura asistencial privada y pública y las redes sociales y morales que subyacen a todo el sistema. Así, hace hincapié en la necesidad de incorporar a la historia social de la medicina a los grupos sociales «legos», no sanitarios, que tuvieron sin embargo una función determinante en la consolidación de unas determinadas formas de asistencia sanitaria al conjunto de la población.

Después de introducir sus planteamientos metodológicos y la situación social y económica de las ciudades estudiadas, aborda en los capítulos siguientes el análisis de las distintas formas de asistencia médica —en sentido amplio— a las que tenían acceso los habitantes de la zona, en función de su procedencia social. Para los sectores pauperizados, las opciones teóricas eran beneficencia pública (*Poor Law*) y privada (*medical charities*), aunque estima la autora que la mayoría de casos quedaban

sin tratamiento médico, o acudían a curanderos u otros sanadores. Para los pobres «dignos» y las clases trabajadoras, los recursos anteriores eran los mismos, aunque con la posibilidad añadida de pertenecer a una sociedad de socorros mutuos (*friendly society*). Las clases medias conjugaban estos últimos con las consultas privadas de los *GP*, las cuales eran, por otra parte la principal fuente asistencial de los grupos más favorecidos. De este modo, clases medias y altas fueron las que sustentaron el afianzamiento profesional y el prestigio social de los *GP*, mientras que todos, pero fundamentalmente clases media y trabajadora, recurrián a las formas alternativas de medicina.

En los capítulos 3, 4 y 5 se estudian, respectivamente, las estructuras y dinámica locales de la *Poor Law*, beneficencia privada y socorros mutuos. Respecto a la primera, parece clara su escasa cobertura real, tanto antes como después de 1834 (fecha de establecimiento de la *New Poor Law*). En 1844 recibió asistencia a su costa el 1,5% de la población de Wakefield y un 2,9% de la de Huddersfield, estimando la autora que éste debió ser el promedio hasta 1875. Por contra, las sociedades de socorros mutuos estaban viviendo una época de expansión, cubriendo sobre todo la asistencia a enfermedades crónicas en un momento en que su incidencia estaba en alza y la respuesta de la medicina científica era insuficiente. Respecto a la beneficencia, única forma de asistencia hospitalaria (*Infirmary* y *Dispensary* en ambas ciudades) que atendía principalmente enfermedades agudas y accidentes, Marland indaga las variadas y complejas motivaciones de los grupos sociales que contribuían a su sustento, sus relaciones con los médicos, o los criterios de funcionamiento, que respondían a consideraciones de tipo económico y social más que médicas.

Las profesiones sanitarias son objeto de los tres siguientes y últimos capítulos, uno de los cuales se dedica a las distintas formas de medicina alternativa. Aparecen registrados en el período estudiado *chemists and druggists*, hemeópatas, hidrópatas, frenólogos, galvanistas y otros de mayor tradición como curanderos, parteras, ópticos, componedores de huesos o dentistas. El mayor contingente estaba en las filas de los *chemists and druggists*, motivo suficiente para constituir el blanco principal de las acusaciones de intrusismo por parte de los *GP*. Su ritmo de crecimiento fue más rápido a lo largo del siglo XIX, pasando de 1 *druggist* por cada 3 médicos en las primeras décadas, a 1 por cada médico a partir de 1860. Concluye la autora que aunque el siglo XVIII se considera la edad de oro del curanderismo, el siglo XIX no fue una época menos importante.

La actividad profesional y social de los médicos de la zona ocupa por fin los últimos capítulos, en los que se desgrana su trabajo diario, actividades asociativas, *status socioeconómico*, prestigio social o vinculaciones institucionales. Su crecimiento numérico es constante a lo largo del siglo, aunque inferior al de la población, lo cual provoca el estancamiento de las tasas a finales de la centuria.

Por fin, un último aspecto común a los dos libros que estamos comentando y

que es por otra parte consustancial a los buenos trabajos histórico-médicos ingleses: la riqueza y variedad de fuentes. Loudon maneja una importante colección de manuscritos de médicos de la época, desde diarios hasta libros de contabilidad, pasando por correspondencia o escritos autobiográficos. La colección de revistas es muy amplia en ambos casos y exhaustiva la de Loudon. Hay una larga lista de documentos procedentes de las instituciones asistenciales y asociaciones profesionales, informes parlamentarios, monografías y trabajos sobre profesión médica anteriores a 1900 y directorios médicos y comerciales. El buen uso que les han dado los autores ha permitido conseguir dos estupendos libros. El de Marland, además, un brillante ejemplo de historia local que sirve de espléndido alegato contra el carácter peyorativo que (a pesar de la coherencia y rigurosidad de los trabajos malagueños de los profesores Carrillo y Castellanos) a veces encierra el término por estos pagos.

TERESA ORTIZ

Nicolaas RUPKE (Ed.) (1987) *Vivisection in Historical Perspective*. London, Croom Helm Ltd., X + 373 pp.

El volumen coordinado por Nicolaas Rupke, *Research Fellow* del Wellcome Institut de Londres, está integrado por las aportaciones de más de una docena de autores, la mayoría de ellos británicos, cuya contribución se recoge en forma de capítulos independientes relacionados con el tema de la vivisección, centrándose particularmente en las polémicas sobre la experimentación animal que se desarrollaron durante la segunda mitad del siglo XIX. Enfocado preferentemente desde la perspectiva del mundo anglosajón, la obra dedica también su atención al ámbito centroeuropeo y sólo de forma ocasional aparecen referencias a los países del sur de Europa.

Al decir del compilador, la obra pretende aportar a la literatura vigente sobre el tema una visión más amplia y profunda de indagación histórica analizando las causas y condicionantes de las polémicas en favor y en contra de la vivisección. El punto de partida de Rupke es lúcido: las asociaciones contra la vivisección creadas durante la pasada centuria poseían el sustrato ideológico de los sectores más reaccionarios de la sociedad —las clases altas y la nobleza—, contrarios a la secularización social. Por el contrario, la defensa de la vivisección era el estandarte del movimiento positivista, de la defensa de la idea de progreso y de la ciencia como vía para alcanzarlo. Por otra parte, desde una visión estrictamente científica, la vivisección constituyó la piedra angular del nacimiento de la fisiología experimental como disciplina autónoma y fue, al mismo tiempo, el origen de la llamada *medicina de laboratorio*. Cabe pues