



## ORIGINAL

# La modernización del hospital y la educación médica. El caso de España en perspectiva histórica



Víctor M. Núñez-García\*

Área de Historia de la Ciencia, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Recibido el 12 de enero de 2023; aceptado el 20 de marzo de 2023

Disponible en Internet el 28 de abril de 2023

### PALABRAS CLAVE

Hospital;  
Historia;  
Medicalización;  
Educación médica;  
Enseñanza práctica

### Resumen

**Introducción:** el hospital en España se transformó desde una institución benéfica, orientada a los enfermos pobres donde la ineficacia terapéutica y la muerte eran reinantes, hacia una institución científica (asistencial, docente e investigadora) en un proceso histórico de larga duración. Este nuevo concepto de hospital, vinculado al nacimiento de la clínica siguiendo las teorías de Foucault y Ackerknecht y al desarrollo de las instituciones hospitalarias como espacio de medicalización, acabó consolidando la idea de que el hospital era el lugar idóneo para poder llevar a cabo el ideal médico ligado a la nueva manera de formar al personal sanitario.

**Metodología:** el artículo analiza los factores históricos que llevaron durante los siglos XVIII, XIX y las primeras décadas del siglo XX a la llegada de un hospital a España más avanzado y racional, es decir, a la consolidación de una nueva concepción del hospital como institución científica donde la enseñanza de la medicina se convirtió en uno de sus objetivos principales.

**Resultados:** el desarrollo histórico del caso español tuvo sus propias particularidades y ritmos, presentando un visible retraso respecto a otros países europeos y de América del Norte en su integración al movimiento contemporáneo de reforma hospitalaria.

**Conclusiones:** en España finalmente el proceso de modernización hospitalaria y de reforma de la educación médica no tuvo lugar de forma sistemática hasta los años 70 del siglo XX. En este estudio se analizan los antecedentes y el despliegue de este proceso desde el siglo XVIII hasta las primeras décadas del siglo XX.

© 2023 The Author. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [victorm@us.es](mailto:victorm@us.es)

**KEYWORDS**

Hospital;  
History;  
Medicalization;  
Medical education;  
Practical training

**The modernization of hospitals and medical training. The case of Spain in a historical perspective****Abstract**

*Introduction:* In Spain, hospital underwent a long and tortuous transformation from a charitable establishment aimed at the poor where the therapeutic inefficiency and death reigned, into a scientific institution with the following functions: healthcare, teaching and research. This new conception of hospital, linked to the birth of the clinic (to follow the analyses by Foucault and Ackerknecht) and to the development of hospitals as spaces of medicalization, led to the consolidation of the idea that hospital was the right place to enact the ideal of a physician based on the new way of training of medical professionals.

*Methods:* The article identifies historical factors that, in the period ranging from the late eighteenth to the mid-twentieth century, led to the emergence of modern, rationalized hospital in Spain and to the consolidation of the new conception of hospital as a scientific institution, in which medical training was one of the main aims.

*Results:* The Spanish case shows a number of specific patterns. First and foremost, the hospital reform emerged and consolidated later than in many countries in Europe and North America.

*Conclusions:* In Spain, the process of reform and modernization of hospitals and of medical training did not occur systematically until the 1960s. This article focuses on the precedents and on the first stages of the process in the period from the end of the eighteenth- to the early twentieth century.

© 2023 The Author. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Introducción**

El hospital experimentó un salto cualitativo en su evolución histórica cuando comenzó a definirse como una institución médica y como una institución científica. La aceleración hacia la consolidación de este nuevo hospital, más avanzado y racional, se produjo, enmarcada en un proceso histórico de larga duración, a finales del siglo XVIII y fundamentalmente durante el siglo XIX en varios países europeos y en América del Norte. Este nuevo hospital llegaría a posicionarse con el tiempo en un lugar central dentro de los sistemas sanitarios, lo cual estuvo directamente relacionado con el nacimiento de la clínica y con el avance en la medicalización. La clínica, en el sentido de un hospital abierto a la docencia y a la investigación médica, siguiendo la interpretación desarrollada por Foucault y Ackerknecht a partir del caso francés<sup>1,2</sup>, fue surgiendo desde el siglo XVIII en algunos países de Europa y en América del Norte. El desarrollo de la clínica en la práctica suponía un importante impulso para el hospital como espacio de medicalización.

Algunos historiadores de la medicina españoles como Perdiguer y Ruiz-Berdún proponen 3 etapas de medicalización: una primera que se inició en la baja Edad Media, en la que se reforzó el papel de los médicos como expertos en la atención a los enfermos en las comunidades; la segunda etapa se inició a finales del siglo XVIII y se desarrolló especialmente durante el siglo XIX, se caracterizó por el creciente protagonismo del Estado, absolutista (Prusia, Austria) o liberal (Francia), en la gestión de la salud y de la enfermedad. En esta fase se iniciaron los procesos que conducirían al predominio del modelo médico y la extensión de la asistencia médica a sectores cada vez más

amplios de la sociedad, lo cual se manifestó en el desarrollo de los seguros de enfermedad y en el avance progresivo de los hospitales como elementos hegemónicos en los sistemas sanitarios; finalmente, la tercera etapa se superpone con la segunda y en ella estamos inmersos actualmente, en esta fase proliferan discursos centrados en la salud que no solo provienen del ámbito médico sino de otras muchas esferas sociales. El resultado del diálogo conflictivo de estos discursos en el que actualmente juegan un importante papel los medios de comunicación, las tecnologías en red y las redes sociales es la «normativización» de ciertas conductas como «saludables»<sup>3</sup>. Este estudio, siguiendo este esquema explicativo, se enfoca en la segunda fase. Sin embargo, la medicalización debe analizarse en sentido diacrónico, es decir, con cronologías y ritmos diversos en función de cada caso y de cada país. España formó parte de este proceso con sus propias particularidades y ritmos; la medicalización no fue un proceso lineal ni uniforme y fue condicionada por las circunstancias políticas, sociales, económicas y culturales<sup>4</sup>. De hecho, en España este proceso se fue desarrollando con décadas de retraso en comparación con muchos otros países europeos y no culminó hasta las décadas finales del siglo XX. Entre finales del siglo XVIII, durante todo el siglo XIX y en una parte del siglo XX se fue articulando este nuevo hospital, en paralelo a los avances en los procesos de medicalización.

Durante este extenso periodo en España el tipo de asistencia médica predominante era la domiciliaria, igual que ocurría en el resto del mundo. A comienzos del siglo XIX Fernando VII fundó la Real Hospitalidad Domiciliaria (1816), destinada a ofrecer asistencia domiciliaria gratuita en los barrios pobres ante las deficiencias de los hospitales, sin

embargo, esta iniciativa tuvo escaso éxito y continuidad, siendo descartada posteriormente por los gobernantes liberales. Para las clases altas, medias y algunas familias obreras y labradoras que contasen con recursos suficientes, la opción más plausible era pagar a un médico para que acudiese al domicilio, donde se ponía en práctica la medicina ejercida a pie de cama del enfermo (bedside medicine)<sup>5</sup>. La opción de llevar al familiar enfermo a un hospital no se contemplaba. Los hospitales españoles del siglo XVIII, del siglo XIX e incluso de comienzos del siglo XX estaban concebidos como lugares de asilo y aislamiento para enfermos pobres reconocidos como tales por parte de las autoridades<sup>6</sup>. Este hecho, compartido con el resto de Europa a finales del siglo XVIII, se fue convirtiendo en diferenciador a finales del siglo XIX, cuando países europeos como Bélgica, Francia, Austria e incluso las grandes ciudades del Imperio ruso como San Petersburgo vieron el surgimiento del hospital interclasista al que acudían también las clases medias.

En España, con la llegada del régimen constitucional, los gobernantes fueron desmantelando progresivamente el sistema de caridad religiosa particular del Antiguo Régimen<sup>7,8</sup>, para sustituirlo por un sistema basado en la lógica de la beneficencia. El hospital benéfico se convirtió en el mayoritario al amparo de las leyes de beneficencia (1822 y 1849) durante el siglo XIX, donde la cobertura de un obsoleto e insuficiente dispositivo hospitalario solo cubría a los enfermos pobres sin recursos y desfavorecidos, igual que había sido el caso durante el Antiguo Régimen, la diferencia radicaba en que eran las instituciones estatales las que gestionaban y sostenían los hospitales de la beneficencia, especialmente ayuntamientos y diputaciones. En estos hospitales la insalubridad, la falta de higiene, la falta de una asistencia médica adecuada, la ineficacia terapéutica y los altos índices de mortalidad intramuros eran la pauta habitual. La prensa médica llegó a llamar a estos centros de la beneficencia como «hospitales de maleficencia»<sup>9</sup>, dentro de un contexto de avance de las ideas higienistas y de creciente preocupación por los hospitales y su situación.

La población le temía al hospital, lo veía como un lugar de enfermedad, de muerte y de pobreza, de hecho, el hospital actuaba como instrumento de control social y de exclusión, bajo la lógica liberal de la preservación del orden social por encima de los criterios sanitarios. A partir de ahí interactuaban factores como los prejuicios sociales e intereses de las elites de poder, unidos a los límites de la medicina de la época y la ineficacia terapéutica reinante en los hospitales. Esto también ocurría en otros países europeos. Por ejemplo, en Bélgica era habitual la huida de pacientes de los hospitales hasta finales del siglo XIX, cuando se produjo una importante mejora al convertirse los hospitales en centros sanitarios que ofrecían terapias innovadoras buscadas también por las clases medias<sup>10</sup>.

Si bien es cierto que a mediados del siglo XIX la situación en España no se diferenciaba de la mayoría de los países europeos, a principios del siglo XX ya se aprecia una brecha significativa con algunos países donde las clases medias acudían a los hospitales en caso de enfermedades graves y para operarse. En España, la llegada del hospital social o interclasista -abierto a toda la sociedad sin distinción de situación económica ni enfermedad- y su modernización al amparo de los avances de la medicina experimental y de laboratorio quedaba aún muy lejana, al igual que la

extensión de la disponibilidad de asistencia médica y la consolidación de los seguros de salud, algo que sí ocurría en los países centroeuropeos como Alemania y Austria-Hungría desde los años 1880. Sin embargo, comenzó a desarrollarse muy lentamente el concepto de la clínica, que se plasmará en el avance hacia un tipo de hospital más avanzado, racional y moderno. La consolidación de este tipo hospital supuso una larga y progresiva evolución desde el hospital de asilo y benéfico hacia un hospital definido como institución científica. Dentro de los factores que condicionaron la consolidación del este tipo de hospital en España, quiero destacar algunos de ellos relacionados con la dimensión docente del hospital, los cuales se desarrollarán en resultados y discusión. Por tanto, los objetivos del artículo se centran en el estudio de los antecedentes y la evolución de los hospitales españoles desde finales del siglo XVIII hasta las primeras décadas del siglo XX, cuando comienzan a verse los primeros signos de modernización hospitalaria y de reforma en la educación médica, aunque esto no se generalice hasta la segunda mitad del siglo XX. Además, en este análisis también se pretenden establecer pautas comparativas con otros países del entorno europeo.

## Material y método

Este artículo desde el punto de vista metodológico se sustenta en un enfoque histórico y sociológico. Además, en todo momento se pretende situar el análisis dentro de un contexto histórico crítico; para ello se han establecido pautas comparativas entre el desarrollo hospitalario español y países del entorno europeo que han sido referencia para la sanidad española y también de América del Norte. Situar a España en el contexto internacional es uno de los objetivos principales del artículo. El material utilizado incluye literatura científica secundaria reciente y también clásica, en la que destacan las teorías sobre el nacimiento de la clínica de Michel Foucault<sup>1,11</sup>. También se ha contado para este estudio con el apoyo de algunas publicaciones coetáneas al período analizado. Por último, se han redactado los epígrafes de resultados y discusión conjuntamente, ya que el relato histórico es más fluido intercalando datos con aspectos más interpretativos y explicativos.

## Resultados y discusión

A continuación, se enumeran varios factores relacionados con la dimensión docente del hospital, los cuales destacamos porque influyeron en la consolidación de la modernización de estas instituciones en España:

1.- El avance del dominio de la «mirada médica» sobre el hospital o hegemonía del «modelo médico». El colectivo profesional médico comenzó a ver el hospital no solo como un espacio en el cual curar (diagnóstico y terapia), sino también como un lugar donde también se puede investigar y enseñar. A lo largo del siglo XIX va avanzando progresivamente el dominio de la visión médica a la hora de concebir el hospital, sus funciones y sus potencialidades, por encima de otro tipo de agentes que tradicionalmente habían tenido preponderancia en la gestión de estas instituciones: gestores públicos (concejos, ayuntamientos), religiosos y/o particulares. Desde finales del siglo XVIII en

países como Francia, Prusia o Austria, y más tarde España, fue avanzando la visión médica del hospital como espacio hegemónico de medicalización a través del desarrollo de sus 3 perfiles fundamentales: perfil asistencial, investigador y formativo. La «mirada médica» pasó a tener un peso decisivo en la gestión de la salud y de la enfermedad, lo que suponía un avance lento y progresivo hacia el liderazgo del médico en el hospital.

Los profesionales sanitarios comenzaron a entender el hospital como un lugar clave para desarrollar la función asistencial, por encima de la asistencia domiciliaria, y en paralelo, se fueron desarrollando también las consultas privadas, espacios dominados por el médico, al que los pacientes, incluso los de las clases altas (como las consultas de Harley Street en Londres), debían acudir. El hospital se empezó a considerar como un ámbito propicio para enseñar a los estudiantes de Medicina y a los que se estaban formando en otras profesiones sanitarias como la enfermería. Es decir, el hospital se había ido convirtiendo en un espacio privilegiado para la enseñanza práctica de la medicina y para la formación continua de los profesionales. Así, por ejemplo, en España desde finales del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX las facultades de medicina comenzaron a vincularse a hospitales de su entorno<sup>12</sup>, al igual que posteriormente los hospitales se fueron vinculando a las nuevas facultades de medicina que se fueron creando en España, en un proceso de crecimiento que llega hasta la actualidad. Sin embargo, este proceso fue muy progresivo para el caso español, ya que la consideración del hospital como instrumento imprescindible para la enseñanza y experimentación médica no se reafirmó hasta bien entrado el siglo XX<sup>13</sup>. Además, el hospital se convirtió, aunque lentamente, en un espacio donde investigar -a pie de cama del enfermo, en la sala de disección y, muy posteriormente, en el laboratorio- y así contribuir al avance de la ciencia. La actividad científica se estaba convirtiendo en uno de los pilares de la identidad profesional de los médicos y los médicos/investigadores ocupaban una posición alta en la jerarquía de prestigio interna de la profesión<sup>14</sup>.

El predominio de la «mirada médica» que percibía el hospital como el lugar idóneo para el desarrollo de la medicalización, ha ido avanzando históricamente, en el caso de España a un ritmo similar al de otros países europeos, del Mediterráneo o de América Latina, aunque con un importante retraso respecto a países como Francia, Prusia y otros Estados Alemanes, Austria-Hungría o el Reino Unido. Además, al proceso de consolidación de la «mirada médica» en la gestión de la salud y de la enfermedad, se le añade otro proceso progresivo y con ritmos heterogéneos: la construcción de un «paciente hospitalario» o «paciente clínico», siguiendo el concepto desarrollado por C. Jones<sup>15,16</sup>. Supone la redefinición progresiva de la noción de paciente desde un punto de vista social y desde un punto de vista médico. El paciente hospitalario ya no era considerado como un enfermo pobre o desamparado al que se le da asilo y se le aísla de la sociedad en un hospital benéfico, sino que es considerado como un paciente clínico que acude a la institución para recibir un diagnóstico, un tratamiento y un seguimiento médico. Esta nueva concepción de paciente tenía un carácter interclasista, ya que en el avance hacia la noción de paciente hospitalario debían tener cabida todas las clases sociales, incluidas las clases medias y altas, con todas las implicaciones

que esto suponía en la mejora del trato a los pacientes y en la práctica médica. Esta incorporación de las clases medias y altas al hospital no se consolidó en España hasta bien entrado el siglo XX, bastante más tarde que en Francia, Bélgica y el espacio centroeuropeo<sup>17</sup>. Los cambios originados desde la «mirada médica» y desde el cambio de concepción del paciente conllevaban el paso desde la hegemonía de la asistencia domiciliaria hacia la asistencia hospitalaria. La expansión de la asistencia sanitaria a sectores cada vez más amplios de la población y el protagonismo creciente que fueron adquiriendo los hospitales también conllevaban la introducción de cambios en estas instituciones, entre ellos la aparición de nuevos modelos arquitectónicos.

2.- Se produjeron cambios significativos en el modelo de arquitectura hospitalaria predominante, en paralelo al lento avance del hospital como espacio de medicalización durante los siglos XVIII y XIX. Este período coincidió con la aparición y consolidación del modelo arquitectónico de hospital de pabellones en Europa. Eran hospitales arquitectónicamente formados «por un conjunto seriado y lineal de naves independientes, soleadas y bien aireadas»<sup>18</sup>. Este nuevo tipo de arquitectura, cuyo ejemplo sería la evolución histórica del hospital Charité en Berlín fundado en 1710<sup>19,20</sup>, se basaba en el aislamiento de contagiados con diferentes tipos de enfermedades en espacios separados o pabellones, a partir de teorías como la miasmática primero, y la microbiana, posteriormente. Además, durante los siglos XVIII y XIX destacó la fundación de nuevos hospitales vinculados a instituciones universitarias en Europa y América del Norte, algunos de estos nuevos hospitales, ya pensados para la función docente y para su vinculación permanente a facultades de medicina, fueron modelos emblemáticos de arquitectura hospitalaria pabellonar. Entre ellos podemos destacar el Hospital General de la ciudad de Viena (*Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien*), fundado en 1784, o el Johns Hopkins Hospital de Baltimore en EE. UU., fundado en 1889. También podemos destacar en Europa el Hospital Mayor de Milán y el Ependorf de Hamburgo, aunque no fueron hospitales construidos para vincularlos a facultades médicas.

El hospital de pabellones se organizaba en espacios o edificios independientes con una ventilación cuidada; se trataba de aislar diferentes zonas para evitar el contacto y los contagios indeseados entre los enfermos con diferentes dolencias. Solía haber salas independientes de maternidad, cirugía y de infecciosos, separando los enfermos de cada enfermedad infecciosa (fiebre amarilla, viruela o cólera). El modelo arquitectónico de hospital de pabellones encajaba con el esquema organizativo de las facultades de medicina españolas y de otros países europeos bajo el sistema de cátedras. Además, en principio, también encajaba con la incipiente especialización que se va desarrollando en la profesión médica desde finales del siglo XIX y especialmente durante el siglo XX, aunque la progresiva complejidad y cualificación del hospital de especialidades haría que pronto el modelo de pabellones quedase obsoleto.

En los hospitales universitarios españoles, fuesen hospitales de la beneficencia pública o construidos específicamente para vincularlos a una facultad médica (por ejemplo, el Clínic de Barcelona en 1906<sup>21</sup>), se habilitaban espacios destinados a la labor asistencial combinada con la docente: las llamadas «clínicas», bajo la dirección de un catedrático. El catedrático y el resto de los

profesores de la especialidad disponían de una clínica en el hospital universitario. La clínica estaba formada por una o varias salas (o pabellón) provistas de un número de camas determinado, donde se asistía a los enfermos y donde se llevaban a cabo las clases prácticas para los alumnos de Medicina. En las clínicas trabajaba el catedrático, ejerciendo tanto la labor docente, como la asistencial, junto con los profesores adjuntos y con otros médicos de la ciudad que de manera voluntaria y sin remuneración prestaban servicios en la clínica para beneficiarse de la formación continua que suponía trabajar al lado del catedrático. Con el paso del tiempo, estas clínicas se fueron dotando de espacios específicos para la docencia y para la investigación: anfiteatros anatómicos, laboratorios, salas de disección y autopsias (en el caso de las secciones anatómicas y de medicina legal), bibliotecas y salas adjuntas en las que impartir una clase o una conferencia, en muchas ocasiones con la presencia del paciente o el cadáver cuando se abordaba una cuestión clínica concreta o un estudio anatómico a partir de una disección. Por ejemplo, el hospital Clínic de Barcelona contaba en 1924 con 8 anfiteatros operatorios correspondientes a las cátedras de Anatomía Topográfica, Clínica Quirúrgica I y II, Pediatría, Ginecología, Oftalmología, Otorrino-Laringología y Vías Urinarias<sup>22</sup>.

En España, la pauta general a finales del siglo XVIII y durante el siglo XIX fue la vinculación de hospitales ya existentes a facultades de medicina, normalmente hospitales generales de la beneficencia. En esta época, la inversión estatal para construir nuevos centros ya pensados como hospitales universitarios fue nula. Los primeros hospitales de nueva planta específicamente pensados para ser hospitales universitarios fueron construidos a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX. El Hospital Clínico de Zaragoza se construyó en el año 1892, era un edificio anexo a la nueva Facultad de Medicina y Ciencias de la ciudad. El Hospital Clínic de Barcelona se inauguró en 1906 y no estuvo en pleno funcionamiento hasta 1912. Fue el primer hospital español construido por el Estado central<sup>12</sup>. El caso del Clínic Barcelona es un ejemplo paradigmático de hospital diseñado bajo el modelo de pabellones, siguiendo el modelo del también hospital barcelonés de la Santa Cruz y San Pablo, cuyo nuevo edificio comenzó su construcción en 1902. Sin embargo, a comienzos del siglo XX en lugares como EE. UU. y Alemania el modelo de pabellones comenzaba a considerarse obsoleto, de hecho, a partir de 1930 la organización en pabellones cayó en desuso generalizadamente. Se empezaron a experimentar otras opciones arquitectónicas, como el hospital «monobloque» construido en vertical. A partir de la teoría de los gérmenes y de los avances en los métodos antisépticos se abría la posibilidad de mantener un ambiente aséptico en un solo bloque constructivo, además de otras ventajas de tipo económico con la posibilidad de ir apilando especialidades en vertical sin tener que adquirir grandes parcelas de terreno y la racionalidad en el ahorro en cuestiones como electricidad o limpieza, aparte de la incorporación de tecnologías punteras para comienzos del siglo XX como el ascensor.

Sin embargo, en la España de comienzos del siglo XX se estaba aún lejos de poder poner en práctica esas ideas de vanguardia, aunque se produjera alguna iniciativa interesante hacia la modernización del hospital como el caso de la Casa de Salud Valdecilla en Santander<sup>23</sup>, fueron experiencias aisladas. En el caso español la expansión del modelo de paciente

hospitalario a las clases medias y altas durante la primera mitad del siglo XX fue muy limitada, dejando en evidencia que la idea de mejora e innovación de los hospitales no era prioritaria ni para las elites del Estado ni para las clases medias y altas. Tomando como ejemplo el Clínic de Barcelona y su diseño arquitectónico en pabellones, el hospital se adaptaba a las necesidades organizativas de una facultad de medicina según el sistema de cátedras. Por ejemplo, en el reglamento elaborado para el Clínic tras su reestructuración de 1952, la organización de los espacios del hospital se distribuyó desde la lógica de las clínicas: «9 clínicas con 60 camas cada una (3 médicas, 3 quirúrgicas, una de patología general y 2 obstetricoginecológicas); una clínica de 90 camas (pediatría); 6 clínicas de 30 camas (oftalmología, dermatología, psiquiatría, urología y terapéutica física); 75 camas, cirugía de urgencia; 15 camas, neurocirugía; 30 camas, enfermedades infecciosas. Pendiente de fijar camas de toxicología y farmacología»<sup>21</sup>. Por otra parte, los hospitales generales españoles de la beneficencia ya existentes con anterioridad a su vinculación con una facultad médica, muchos de ellos con siglos de historia (como el hospital de las Cinco Llagas de Sevilla) y modelos arquitectónicos anteriores al pabellonar, también adaptaron sus espacios a la lógica organizativa de las clínicas, no sin tensiones internas entre las necesidades de la facultad y los organismos gestores de estos centros.

Conforme fue avanzando el siglo XX, la organización de los hospitales universitarios españoles basada en el binomio organizativo cátedra-clínica presentaba importantes problemas de rigidez y de descoordinación, además había deficiencias a la hora de dar respuesta a la progresiva complejidad y cualificación que provocaba el avance en la especialización médica y de adaptación a la diversidad funcional que exigió la incorporación de personal sanitario técnico. Por ejemplo, el personal religioso que se ocupaba tradicionalmente de las funciones de enfermería fue siendo sustituido por personal cualificado con título universitario. La organización de los hospitales universitarios con base en el binomio cátedra-clínica suponía una enorme descoordinación entre los diferentes servicios dentro de un mismo centro, ya que las cátedras contaban con una gran autonomía y organizaban el servicio sanitario en su clínica según los criterios del catedrático. Igualmente, la docencia práctica se planificaba y organizaba según la visión del catedrático, sin unas pautas comunes para todo el país. A partir de aquí, el margen para la descoordinación funcional en el hospital era bastante amplio, lo cual perjudicaba el desarrollo de una docencia práctica homogénea en el conjunto de facultades médicas del país. Además, las propuestas de cambios organizativos y de innovaciones en muchas ocasiones eran percibidas por las cátedras como un ataque a su autonomía universitaria. Esta rigidez funcional propia del binomio cátedra-clínica, también resultaría muy problemática en la segunda mitad del siglo XX a la hora de desarrollar en estos hospitales la formación de especialidades médicas y los programas docentes de posgrado (MIR)<sup>24</sup>.

3.- Por último, se produjeron importantes cambios en la profesión médica y en el campo didáctico. Al igual que en el resto de Europa y de América del Norte, en España el período final del siglo XVIII y el siglo XIX fue una etapa clave desde la que pivotó la organización, la institucionalización y la concepción de una profesión médica renovada. El cambio

más importante fue la unificación de 2 de las 3 profesiones del arte de curar (medicina, cirugía y farmacia). Se unificó la medicina y la cirugía, incluyendo la fusión de sus estudios, en un proceso de larga duración no sin controversias y resistencias dentro de la propia clase médica española. Este proceso no fue particular de España; de hecho, la mayor parte de Europa siguió el modelo francés en la redefinición de los estudios médicos.

En la antesala de la Revolución Francesa y en un contexto sociopolítico propicio para revisar viejos axiomas y proponer cambios, la recién creada Société Royale de Médecine se enfrentó a muchos de los presupuestos tradicionales defendidos por la caduca Facultad de París. Esta pugna puso de relieve la necesidad de una nueva educación médica y el gobierno revolucionario tuvo el valor y el poder para crearla, dentro de una crítica y una transformación generalizada de las instituciones del Antiguo Régimen. El nacimiento de la clínica y sus consecuencias en la resignificación médica del hospital traía consigo una nueva manera de entender la medicina, basada en la experimentación clínica, las autopsias y la estadística médica. Esto incrementaba el interés de médicos y cirujanos por el hospital, sobre todo con base en la comprobación anatomoclínica de los diagnósticos<sup>25</sup>. Estas ideas acabaron calando en otros países europeos como España, lo que fue otorgando al hospital una nueva significación médica como «machine à guérir» (máquina de sanar)<sup>11</sup>. El carácter científico que se le otorgó al nuevo y pujante hospital, frente a la orientación social/caritativa y religiosa de su antecedente en el Antiguo Régimen, hizo de la potenciación de la función docente y universitaria una de sus señas de identidad a lo largo de los siglos XIX y XX. En España, nuevamente, el ritmo será más lento que en otros países europeos. Así, el nacimiento de la clínica también influyó en el cambio de paradigma en la enseñanza de la medicina, donde la vertiente más teórica, la medicina más tradicional y teórica basada en el estudio de textos clásicos, y la vertiente más práctica, la cirugía, confluyeron en una sola profesión y en una sola titulación universitaria. El hospital ya contaba con una tradición de siglos en el mundo musulmán, en el imperio bizantino y la cristiandad occidental como un espacio en el que un joven aprendiz podía adquirir conocimientos, destrezas y habilidades en el arte de curar, procedentes de un maestro o de un médico experimentado. Sin embargo, fue entre finales del siglo XVIII y fundamentalmente durante el siglo XIX cuando se estableció firmemente la relación entre las facultades de medicina y los hospitales.

Entre las novedades que se consolidaron en el campo didáctico en esta época destacan el creciente protagonismo de las prácticas clínicas en los planes de estudio médicos, lo cambios en la forma de enseñar centrados en el aprendizaje a pie de cama del enfermo y en la sala de autopsias y, finalmente, cambios en los espacios en los que se desarrolla la enseñanza y el aprendizaje, comenzando a ocupar un lugar central el hospital clínico universitario en el desarrollo de la docencia práctica-médica.

## Conclusiones

Los factores anteriormente analizados y estos cambios se fueron consolidando en una época en la que también

comenzaron a sentarse las bases del control del acceso a la profesión médica a través de credenciales oficiales, es decir, a través de estudios universitarios y de criterios meritocráticos como la superación de pruebas, exámenes, en definitiva, de unos programas de estudio estandarizados, planificados y controlados por las autoridades, fueran organismos públicos u órganos internos de la profesión. La vinculación del hospital con la enseñanza de la medicina tenía relación con la nueva posición que el médico estaba adquiriendo en el espacio hospitalario y con el avance hacia la hegemonía del modelo médico. Sin embargo, esta evolución histórica de larga duración experimentará importantes cambios con la llegada del siglo XX, por el impacto que el Flexner Report tuvo en la renovación de la educación médica y, en paralelo, por los cambios en la organización de la sanidad que se produjeron a nivel mundial especialmente tras la II Guerra Mundial. Un marco temporal que ya sobrepasa de los objetivos de este artículo. En el caso del desarrollo hospitalario español y en su educación médica, los retrasos evolutivos acumulados en etapas como las analizadas en este artículo se irán agudizando en el complejo contexto de la primera mitad del siglo XX, de hecho, el proceso de modernización hospitalaria y de reforma de la educación médica no tuvo lugar de forma sistemática hasta los años 70 del siglo XX.

## Agradecimientos

Agradezco a Darina Martykánová (Universidad Autónoma de Madrid) y a Josep Barceló-Prats (Universidad Rovira i Virgili) su revisión de texto y sus útiles sugerencias.

## Financiamiento

Este artículo forma parte del Proyecto «El desarrollo histórico de las empresas hospitalarias del sector privado en competencia y colaboración con el sector público: España en perspectiva internacional (1920-2020)». Referencia PID2021-122699OB-I00 financiado por MCIN/ AEI / 10.13039/501100011033/ y por FEDER, Una manera de hacer Europa.

## Conflicto de intereses

El autor declara que no hay conflictos de intereses en este artículo.

## Responsabilidades éticas

El autor declara que este artículo, por las características de su estudio, no necesita aprobación de un comité ético, ni consentimiento informado de pacientes/participantes.

## Bibliografía

1. Foucault M. *Naissance de la clinique, une archéologie du regard medical*. París: Presses Universitaires de France; 1963.
2. Ackerknecht EH. *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*. Payot: París; 1967.

3. Perdiguero E, Ruiz Berdún MD. La medicalización: ¿un concepto útil? Reflexiones a propósito de la investigación histórica de la cultura de la salud. En: Zarzoso A, Arrizabalaga J, editores. *Al servicio de la salud humana. XVII Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*. Sant Feliú de Guixols (Girona). SEHM; 2017. p. 247–52.
4. Barceló-Prats J., Genealogía de la reforma hospitalaria en España: la gestación de una nueva cultura hospitalocéntrica de la sanidad, *Dynamis.*, 41 (1), 2021, 27–51. <http://dx.doi.org/10.30827/dynamis.v41i1.22456>.
5. Goubert JP. *La médicalisation de la société française, 1770-1830*. Waterloo: Historical Reflections Press; 1982.
6. Arrizabalaga J. Hospitals, historia i medicina, l´Hospital de la Santa Creu de Barcelona. En: *Actes de la VIII Trobada d´Història de la Ciència i de la Tècnica*. Barcelona: Institut d´Estudis Catalans; 2006;203–9.
7. Vilar-Rodríguez M, Pons-Pons J, editoras. *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado. Financiación, gestión y construcción del sistema hospitalario español*. Madrid: Marcial Pons; 2018.
8. Barceló-Prats J, Comelles JM. Las bases ideológicas del dispositivo hospitalario en España: cambios y resistencias. En: Vilar-Rodríguez M, Pons-Pons J, editores. *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado. Financiación, gestión y construcción del sistema hospitalario español*. Madrid: Marcial Pons; 2018. p. 83–138.
9. Crónicas. *El Eco de las Ciencias Médicas*. Enciclopedia científica y profesional de Medicina, Cirugía, Farmacia y Ciencias accesorias, 1(23); 1870;367.
10. Horrent Y, Oris M, Servais P, Velle K. La population des grands hôpitaux universitaires belges du début du XIXe à la fin du XXe siècle. *Annales de Démographie Historique*. 1994;1994(1):217–36.
11. Foucault M. *Les Machines à guérir, aux origines de l´hôpital moderne*. Bruselas: E. Mardara; 1979.
12. Núñez-García V.M., Los hospitales docentes en la España contemporánea: el caso de los hospitales clínicos universitarios, *Dynamis*, 41 (1), 2021, 53–77. <http://dx.doi.org/10.30827/dynamis.v41i1.22457>
13. Valenzuela J, Rodríguez-Ocaña E. Lugar de enfermos, lugar de médicos. La consideración del hospital en la medicina española, siglos XVIII al XX. En: Montiel L, editor. *La salud en el Estado del bienestar. Análisis histórico*. Madrid: Editorial Complutense; 1993. p. 107–31.
14. Rambousková B., The doctor and his patients: the intergenerational dispute concerning the ideal physician, the Czech Lands 1840s-1890s, *Dynamis.*, 41 (2), 2021, 443–471. <http://dx.doi.org/10.30827/dynamis.v41i2.24538>
15. Jones C. The construction of the hospital patient in Early Modern France. En: Finzsch A, Jütte R, editores. *Institutions of confinement. Hospitals, asylums and prisons in Western Europe and North America, 1500-1950*. Cambridge: Cambridge University Press; 1997. p. 55–74.
16. Huguet-Termes T. Una reflexió historiogràfica sobre l´hospital com a espai de madalització. *Gubernat*. 2004;42:41–8.
17. Hanulík V., Professional dominance? Encounters between physicians and patients in the first half of the 19th century under the Habsburg Monarchy, *Dynamis.*, 41 (2), 2021, 323–355. <http://dx.doi.org/10.30827/dynamis.v41i2.24534>
18. Pieltáin A. *Los hospitales de Franco: la versión autóctona de la arquitectura moderna [tesis]*. Madrid: Universidad Politécnica de Madrid; 2003.
19. Geyer-Kordesch J. German medical education in the eighteenth century: the Prussian context and its influence. En: Bynum VF, Porter R, editores. *William Hunter and the Eighteenth-Century Medical World*. Cambridge: Cambridge University Press; 2023. p. 177–205.
20. Bleker J, Volker H. *Die Charité. Geschichte(n) eines Krankenhauses*. Berlin: Akademie Verlag; 2000.
21. Corbella J. *Història de l´Hospital Clínic de Barcelona. Un centenari, 1906-2006*. Barcelona: Universitat de Barcelona/ Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; 2006.
22. *Hospital Clínic de la Facultad de Medicina de Barcelona*. Barcelona: Imp. J. Orta; 1925.
23. Salmón F, García Ballester L, Arrizabalaga J. *La Casa de Salud de Valdecilla. Origen y antecedentes. La introducción del hospital contemporáneo en España*. Santander: Universidad de Cantabria; 1990. 314 pp.
24. Tutosaus JD, Morán-Barrios J, Pérez-Iglesias F. Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes. *Educación Médica*. 2018;19(4):229–34. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.023>.
25. Risse GB. Before the Clinic was born: methodological perspectives in hospital history. En: Finzsch N, Jütte R, editores. *Institutions of confinement. Hospitals, asylums and prisons in Western Europe and North America, 1500-1950*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. p. 75–96.