

El honor, el fraude y las profesiones sanitarias en la Europa del siglo XIX

Darina Martykánová (*) y Víctor M. Núñez-García ()**

(*) orcid.org/0000-0002-5852-3096. Universidad Autónoma de Madrid. darina.martykanova@uam.es

(**) orcid.org/0000-0003-1538-3369. Universidad de Sevilla. victorm@us.es

Dynamis

[0211-9536] 2021; 41 (2): 303-321

<http://dx.doi.org/10.30827/dynamis.v41i2.24533>

Fecha de recepción: 13 de febrero de 2021

Fecha de aceptación: 2 de julio de 2021

La esperanza y la confianza siempre han guiado a los pacientes —y a otros actores históricos, como las organizaciones benéficas, los filántropos, los capitanes de navío, los mandos militares, los ayuntamientos o los gobiernos— a la hora de buscar los servicios de los profesionales del arte de curar. Sin embargo, cómo generar esperanza y cómo despertar confianza han sido cuestiones cuyas respuestas han ido variando radicalmente a lo largo de la historia. Hasta el siglo XX, no había una serie de características y credenciales generalmente reconocidas que hicieran a una persona automáticamente digna de confianza como alguien capaz de aliviar o curar los males del cuerpo. La confianza se establecía mediante la práctica y se negociaba movilizand lenguaje, gestos, actitudes y símbolos reconocibles para los grupos sociales de los que provenían los potenciales pacientes. Si bien es cierto que los estudios superiores de medicina existían desde la Edad Media tanto en la Cristiandad occidental (universidades), como en el mundo musulmán (madradas)¹, el arte

1. Este texto se inscribe en los proyectos de investigación «Cultura del honor, política y esfera pública en la España liberal (1833-1890)» [PGC2018-093698-B-I00], en el que participa Víctor M. Núñez-García, y TRANSCAP: «La construcción transnacional del capitalismo en el siglo XIX largo. Un estudio desde regiones periféricas: el mundo ibérico y el Mediterráneo 1814-1931» [PGC2018-097023-B-I00], que codirige Darina Martykánová.

Tanto en la Cristiandad occidental, como en el mundo musulmán, hubo una gran movilidad para estudiar medicina, fomentando un reconocimiento y una cultura compartida a través de las fronteras de las entidades políticas que existían en aquel momento. Para el Mediterráneo occidental, véase por ejemplo Arrizabalaga Valbuena, Jon; Salmón Muñiz, Fernando; García Ballester, Luis. La medicina valenciana y sus relaciones con Italia entre 1470 y 1520: estudiantes valencianos en los estudios generales de Siena, Pisa, Ferrara y Padua. In: Lluís de Santàngel i el seu temps. Valencia: Ayuntamiento de Valencia; 1992, p. 401-417. A veces, los médicos

de curar fue ejercido por un amplio abanico de actores, hombres y mujeres, que, a pesar de pugnar por la autoridad, competir por las y los clientes y entrar en conflicto con frecuencia², reconocían mutuamente —aunque, en algunos casos, a regañadientes— su presencia en el campo de la salud. Este fenómeno se conoce como el pluralismo asistencial³.

El siglo XIX es el periodo en el que los médicos en Europa, América y algunos países de Asia y África emprendieron una campaña por monopolizar la autoridad suprema en un arte de curar entendido cada vez más como aplicación de la ciencia médica⁴. El pluralismo asistencial seguía siendo un hecho, pero la legitimidad de algunos actores a la hora de practicar en el campo y la autonomía de otros se vieron seriamente cuestionadas. El esfuerzo por reorganizar el campo de salud y monopolizar la autoridad máxima consistía, entre otras cosas, en reforzar la identidad profesional de los médicos y fomentar su coherencia como grupo. Como parte de este proceso, los médicos identificaron una serie de otros en el ámbito sanitario y desarrollaron distintas estrategias para gestionar su presencia. En cuanto a los cirujanos, una profesión sanitaria que desde el siglo XVIII estaba en auge en cuanto a su número, estatus social, prestigio y apoyo institucional, fueron cooptados mediante la unificación de la cirugía con la medicina⁵. A otras figuras, tradicionales (matronas, cirujanos barberos, sangradores) y de nuevo cuño (enfermeras, practicantes⁶, algunos productores industriales de productos sanitarios), había que subordinarlas a la autoridad del médico. El último grupo, en el que aparecen las mujeres curanderas, pero también hombres sin estudios superiores que hasta entonces atendían a los enfermos

cruzaban también las fronteras entre la Cristiandad y el mundo musulmán: así, por ejemplo, en la Época moderna, muchos médicos armenios, griegos y judíos que procedían del Imperio Otomano y ejercieron allí, habían estudiado en las universidades italianas.

2. El discurso de los médicos contra los charlatanes no era en absoluto fruto de los siglos XVIII y XIX ni tampoco un fenómeno exclusivo de la Cristiandad occidental. Véase, por ejemplo, Pormann, Peter E. *The Physician and the Other. Images of the charlatan in medieval Islam*. *Bulletin of the History of Medicine*. 2005; 79 (2): 189-190.
3. Jütte, Robert, ed. *Medical Pluralism. Past-Present-Future*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag; 2013. Perdiguero, Enrique. El fenómeno del pluralismo asistencial, una realidad por investigar. *Gaceta Sanitaria*. 2004; 18 (4): 140-145.
4. Ackerknecht, E. H. *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*. París: Payot; 1967.
5. Sobre cirujanos y su interacción con otros grupos en el campo de la salud, véase, Rabier, Christelle. *Fields of Expertise: A Comparative History of Expert Procedures in Paris and London, 1600 to Present*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing; 2007.
6. Blázquez Omat, Isabel. *El practicante. El nacimiento de una nueva profesión sanitaria en España*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2017.

y vendían remedios tradicionales y modernos, englobaba a actores que, según los médicos, deberían ser estigmatizados como practicantes carentes de legitimidad y expulsados de la práctica médica.

Además, en paralelo hubo un proceso interno de profesionalización de la medicina, en el que se trataba, entre otros asuntos, de definir las formas correctas de ejercerla, estigmatizando a los médicos cuya práctica fue considerada por sus pares como transgresora, sobre todo en términos de ignorancia científica y de fraude. Al mismo tiempo, los médicos eran conscientes de que les hacía falta proyectar una imagen de clase, movilizando los símbolos de estatus social ampliamente reconocidos y apreciados en su entorno, como la vestimenta, el coche de caballos o el servicio doméstico. Esta necesidad fue comentada en los espacios de expresión e interacción profesional con humor, con ironía o con angustia, pero, en todo caso, los médicos reconocían explícitamente que no podían apoyarse solo en los criterios científicos y profesionales a la hora de apuntalar su autoridad, mucho menos cuando ellos mismos eran plenamente conscientes de los límites de la eficacia terapéutica de la medicina decimonónica⁷. Los espacios de configuración del discurso profesional, como las aulas, las academias, la prensa profesional, las asociaciones profesionales, y también las prácticas informales de sociabilidad entre colegas como los banquetes o las fiestas estudiantiles, sirvieron para negociar y definir estas normas y reglas científicas, profesionales y de interacción social. Además, siguiendo el ejemplo de Francia, se fueron creando códigos deontológicos para definir la buena praxis⁸. Sirvieron para este propósito también prácticas como el duelo o los tribunales de honor, que la burguesía decimonónica de algunos países como Francia, Alemania o España rescataron de la cultura del Antiguo Régimen⁹.

-
7. Gilarranz, Ainhoa; Martykánová, Darina; Núñez-García, Víctor M. A Priest of the Humankind or a Gentleman? Physicians in the context of neo-imperial Spain (1820s-1880s). *Histoire, Médecine et Santé* [en prensa].
 8. El discurso profesional de la medicina en Francia se articuló y difundió en diversas esferas, desde las instituciones hasta los espacios culturales, en un intento por enfrentarse a lo que Matthew Ramsey llama la «anarquía médica», instaurada durante la Revolución Francesa. Ramsey, Matthew. Medical power and popular medicine: illegal healers in nineteenth-century France. *Journal of Social History*. 1977; 4: 560-587, esp. p. 561. Léonard, Jacques. Les études médicales en France entre 1815 et 1848. *Revue d'histoire moderne et contemporaine*. 1966; 1: 87-94. Crosland, Maurice. The officers de santé of French Revolution: a case study in the changing language of medicine. *Medical History*. 2004; 48 (2): 229-244.
 9. Nye, Robert A. Honor codes and medical ethics in modern France. *Bulletin of the History of Medicine*. 1995; 69: 91-111. Nye, Robert A. Medicine and science as masculine «fields of honor».

Este dossier aspira a explorar la reconfiguración del campo de la salud, poniendo en valor que este proceso tenía claras dimensiones transnacionales, y —al mismo tiempo— ostentaba particularidades locales que nos proporcionan pistas sobre los entramados institucionales, valores e imaginarios sociales en distintas regiones de Europa y pueden ser de interés para los historiadores más allá de la historia de la medicina. Teniendo en cuenta la complejidad y las múltiples vertientes de la profesionalización de la medicina, hemos tenido que elegir algunos aspectos a analizar y comparar en profundidad, para dotar de coherencia argumentativa a un dossier que pretende ofrecer ejemplos de distintos lugares del espacio euro-mediterráneo. Nos centramos, ante todo, en la competencia intra-masculina por la autoridad en el arte de curar y en el papel del Estado como agente legitimador y regulador. Esta decisión nos permite, entre otras cosas, poner en valor la trayectoria de ambos coordinadores en el área de historia contemporánea y establecer un diálogo fructífero con dos tendencias historiográficas que han experimentado un gran desarrollo recientemente: la historia de las masculinidades¹⁰ y la historia de la construcción del Estado¹¹.

En primer lugar, debemos tener en cuenta algunas dinámicas profesionales y sociales que caracterizaron la medicina como profesión en la Europa del siglo XIX, tal y como han sido identificadas por la historia de la medicina y por la sociología de las profesiones. Las tres profesiones en las que se dividía en Europa el arte de curar (medicina, cirugía y farmacia), se encontraban en una fase de transición y de redefinición durante el siglo XIX. Esta transición se caracterizó por la creciente jerarquización y especialización en el campo de la salud, por la exigencia en un título y por el énfasis en una formación reglada de carácter superior. Además, se estaba intensificando la regulación

Osiris, 2nd Series. 1997; 12: 60-79. Maehle, Andreas. *Doctors, Honour and the Law: medical ethics in Imperial Germany*. London: Palgrave; 2009. Sánchez, Raquel; Guillén Berretero, José Antonio, coords. *La cultura de la espada. De honor, duelos y otros lances*. Madrid: Dykinson; 2019.

10. Véase entre lo publicado recientemente: Andreu-Miralles, Xavier. *Nación y masculinidades. Reflexión desde la historia*. Cuadernos de Historia Contemporánea. 2021; 43: 121-143; Aresti, Nerea. *La historia de las masculinidades, la otra cara de la historia de género*. Ayer. 2020; 117: 333-347. Blanco Rodríguez, Elia. *La historia de las masculinidades en la España decimonónica: el surgimiento de un nuevo campo historiográfico*. Revista de Historiografía (RevHisto). 2021; 35: 267-290. En el campo de la historia de la profesión médica: Martykánová, Darina; Núñez-García, Víctor M. *Ciencia, patria y honor: los médicos e ingenieros y la masculinidad romántica en España (1820-1860)*. Studia Histórica. Historia Contemporánea. 2020; 38: 45-75.
11. Pro, Juan. *La construcción del Estado en España: una historia del siglo XIX*. Madrid: Alianza Editorial; 2019.

profesional apoyada en dos pilares: por una parte, el nuevo marco legal establecido por el Estado y, por otra parte, las instituciones de autogobierno y los espacios de autorregulación profesional, desde los colegios médicos, pasando por las sociedades médicas hasta la prensa profesional.

Los médicos y los cirujanos pretendían situarse en la cúspide de la jerarquía en el campo de la salud que se encontraba en pleno proceso de redefinición y de expansión. En paralelo a la unificación de estas dos profesiones médicas, desplegaron desde comienzos del siglo XIX una serie de líneas argumentativas y de prácticas discursivas orientadas a reforzar su legitimidad profesional, a fortalecer su posición frente a los pacientes y a las autoridades. En este esfuerzo intentaron beneficiarse del consenso creciente entre las élites gobernantes tanto en los regímenes absolutistas¹², como en los constitucionales¹³ en cuanto a la necesidad de fomentar la salud pública, institucionalizando la atención sanitaria. Este contexto político-administrativo dio lugar a lo que algunos historiadores, sobre todo en Centroeuropa y Francia, denominan la medicalización de la sociedad¹⁴, un ensanchamiento del campo de la salud mediante la intervención gubernamental, un proceso que conllevó la integración de un número creciente de los médicos a las administraciones públicas en cargos facultativos. En una época que además estuvo marcada por varias olas epidémicas (la fiebre amarilla, el cólera) facilitadas por el desarrollo de los nuevos medios de transporte, los médicos

12. Frevert, Ute, *Krankheit als politisches Problem 1770-1880. Soziale Unterschiede in Preussen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung*. Gotinga: Vandenhoeck & Rupprecht; 1984.

13. Barrière, Jean-Paul; Leuwers, Hervé. *La construction des professions juridiques et médicales. Europe occidentale, XVIIIe-XXe siècle*. París: Presses Universitaires du Septentrion; 2020. Martykánová, Darína. *La profession, la masculinité et le travail. La représentation sociale des ingénieurs en Espagne pendant la deuxième moitié du XIXe siècle*. En Derouet, Antoine; Paye, Simon; Frapier, Christelle, eds. *Les ingénieurs. La production d'un groupe social*. París: Garnier Classiques; 2018, pp. 79-102. Martykánová, Darína; Núñez-García, Víctor M. *Luces de España: Las ciencias útiles en el Trienio Constitucional*. Ayer. 2022 [en prensa].

Para el caso de la evolución de la asistencia sanitaria atendiendo a los hospitales véase: Vilar-Rodríguez, Margarita; Pons-Pons, Jerònia, eds. *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado. Financiación, gestión y construcción del sistema hospitalario español*. Madrid; Marcial Pons: 2018 (esp. p. 29-50). Barceló-Prats, Josep; Comelles, Josep María. *Las bases ideológicas del dispositivo hospitalario en España: cambios y resistencias*. In: Vilar-Rodríguez, Margarita; Pons-Pons, Jerònia, eds. *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado. Financiación, gestión y construcción del sistema hospitalario español*. Madrid; Marcial Pons: 2018. pp. 83-138.

14. Goubert, Jean-Pierre. *La médicalisation de la société française, 1770-1830*. Waterloo: Historical Reflections Press; 1982.

presentaron la medicina como una ciencia útil cuyo valor para el país le hacía merecedora del apoyo por parte de las instituciones gubernamentales y de la opinión pública¹⁵. Recientemente se ha puesto en manifiesto cómo, sobre todo a partir de la segunda mitad del XIX, las guerras crearon un espacio para el despliegue y la institucionalización del humanitarismo, fomentando la acción conjunta de la sociedad civil y de las autoridades en el campo de la salud y dando lugar a figuras, puestos y prácticas que pervivieron en los tiempos de paz¹⁶. En este contexto, los médicos se construyeron a sí mismos como amantes desinteresados de la Humanidad, dispuestos a sacrificarse en la batalla contra la enfermedad, y, al mismo tiempo, reclamaron no solamente el derecho a moldear las políticas públicas debido a su conocimiento experto, sino también una remuneración que les permitiera vivir «dignamente» como caballeros¹⁷.

Esta autorrepresentación como hombres de honor era fundamental para justificar las reivindicaciones remunerativas de los médicos frente a las instituciones públicas y frente a los clientes. La retribución no se establece solo mediante una simple dinámica de oferta y demanda en el mercado de salud, sino que depende de las expectativas de los médicos, de los pacientes y de las instituciones, del valor que los actores atribuyen al servicio ofertado y de la imagen del que lo presta. Los médicos no estaban dispuestos a dejar que la lógica de oferta y demanda fijara sus honorarios y moldeara su trato con los pacientes. Robert Nye ha demostrado, reforzando el argumento general sobre las profesiones «de élite» planteado por Maria Malatesta, que los médicos movilizaron algunos marcadores de estatus heredados del

-
15. Proyectos de higienización de las ciudades y la elaboración de topografías sanitarias fueron actividades en las que se implicaron los médicos desde finales del siglo XVIII y durante la primera mitad del siglo XIX con el objeto de demostrar la utilidad social de su profesión ante el avance de las epidemias. Urteaga, Luis. Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas en el estudio del medio ambiente en el siglo XIX. Geocrítica. Cuadernos críticos de Geografía Humana. 1980; 29:1-34; Gilbert, Pamela K. Mapping the Victorian Social Body. Nueva York: State University of New York; 2004. Koch, Tom. Mapping the Miasma: air, health, and place in early medical mapping. Cartographic Perspectives. 2005; 51: 4-27.
 16. Arrizabalaga, Jon; García Reyes, Juan Carlos. Estrategia sanitaria militar y humanitarismo en la España del siglo XIX: El caso de Nicadio Landa (1830-1891). En: El nacimiento de la libertad en la Península Ibérica y Latinoamérica: Actas del XVI Congreso Internacional de AHILA. San Fernando (Cádiz, España): AHILA y Ayuntamiento de San Fernando; 2014. p. 489-494. Arrizabalaga, Jon; Sánchez Martínez, Guillermo. El socorro humanitario en tiempo de paz: divergencias iniciales en el movimiento internacional de la Cruz Roja, 1867-1884. Asclepio. 2014; 66 (1): p030.
 17. Martykánová; Núñez-García, n. 10, p. 45-75.

Antiguo Régimen para proyectar una imagen de hombres discretos, desinteresados y honorables, al servicio de una causa mayor, más allá de una noción puramente capitalista de personas capaces de prestar servicios útiles a los clientes. A la vez que ser ensalzada en el discurso liberal como la base de la prosperidad de las «sociedades modernas», la búsqueda del interés particular tenía que ser cautelosamente negociada para evitar las acusaciones del egoísmo, y, por ende, el deshonor¹⁸. El trabajo suponía un reto aun mayor, si cabe: reivindicado desde la Ilustración como imprescindible para «el progreso de la civilización» y clave en el «fomento de las riquezas del país»¹⁹, siguió siendo una práctica altamente problemática en términos del estatus social hasta bien entrado el siglo XX. En un contexto liberal-capitalista en el que los propietarios independientes, activos y responsables terminaron por sustituir a la nobleza como el modelo de masculinidad hegemónica²⁰, muchos entendían el trabajo como una desgraciada necesidad que podía generar dependencia indeseable, que ponía en peligro la autonomía que se esperaba del hombre-ciudadano²¹. En este sentido, los profesionales del arte de curar, igual que otras profesiones con aspiraciones elitistas, tuvieron que negociar su estatus social, apropiándose del concepto de honor que combinó los elementos aristocráticos del Antiguo Régimen con los nuevos valores del liberalismo y de la ciencia moderna²².

Nosotros mantenemos que, con matices y particularidades locales, este fue el caso también en España y en muchos lugares de la Europa continental. No debemos olvidar que, en gran parte de Europa, la medicina estaba considerada desde hacía siglos una de las artes liberales que no implicaban la pérdida de hidalguía para los que la ejercían, a diferencia de otras actividades remuneradas con componente manual, que se entendían como artes u oficios (ser)viles²³. Eso dotaba a los médicos de un prestigio y estatus que les exigía aparentar cierto bienestar, pero al mismo tiempo les permitía negociar las

-
18. Nye, n. 9, p. 91-111 y 60-79. Malatesta, Maria. *Professionisti e gentiluomini: storia delle professioni nell'Europa contemporanea*. Turín: Ed. Einaudi; 2006
 19. Felipe, Jesús de. *Trabajadores: Lenguaje y experiencia en la formación del movimiento obrero español*. Oviedo: Genuève Ediciones; 2012.
 20. El debate sobre los distintos usos de la categoría analítica de masculinidad hegemónica y su utilidad en Connell, R.W.; Messerschmidt, James W. *Hegemonic Masculinity: rethinking the concept*. *Gender & Society*. 2005; 19 (6): 829-859.
 21. Martykánová, n. 14, p. 79-102.
 22. Malatesta, n. 18.
 23. LeGoff, Jacques. *Pour un autre Moyen Age. Temps, travail et culture en Occident: 18 essais*, París: Gallimard; 1977.

estrecheces económicas y codearse con los miembros de las élites sociales. Como señaló con desaprobación uno de los médicos prominentes sobre los que trata en su artículo Vladan Hanulík, algunos médicos jóvenes aspiraban a fortalecer su situación económica buscando complacer a sus pacientes burguesas o pertenecientes a la nobleza no solo con sus prácticas terapéuticas, sino también mediante sus habilidades sociales e incluso sexuales. No obstante, más allá de conformarse con la protección y patrocinio por parte de estas damas, podían llegar a casarse con ellas, lo que confirma el reconocimiento de los médicos como miembros de las élites sociales ampliamente definidas. El ensanchamiento de la comunidad de hombres honorables afectó, aunque con matices, tanto a los regímenes liberales que eliminaron o redujeron al mínimo los privilegios de la nobleza, como a países en los que la nobleza conservó no solo parte de sus privilegios, sino también el poder gubernamental y administrativo. Así, por ejemplo, varios médicos figuraron entre los que fueron ennoblecidos en la Francia y España decimonónicas²⁴.

De hecho, la burguesía europea en general se apropió de la noción de honor y la redefinió para legitimar su posición y sus aspiraciones sociales más allá de lo que podríamos llamar la «legitimidad por riqueza», derivada del discurso liberal. No es casualidad que, en el discurso de los médicos franceses y españoles, las comparaciones con dos figuras que se escapan a las lógicas del capitalismo, el sacerdote y el oficial, eran constantes hasta al menos los años 1860²⁵. Se trataba de subrayar el sacrificio desinteresado y el «amor a la Verdad» para apuntalar la autonomía y la autoridad del médico frente a los pacientes y a los poderes públicos, en un ambiente en el que los profesionales de la medicina dependían, en cuanto a sus ingresos, de unos pocos cargos públicos y, ante todo, de los pacientes, asertivos —como muestra en su artículo Barbora Rambousková— a la hora de dirigir el pro-

24. Pierre, Arnaud. La concession de nouveaux titres de Castille en Espagne dans la première moitié du XIXe siècle (1808-1854). Révolution et renouvellement des élites [Tesis]. Clermont-Ferrand: Université Clermont-Auvergne; 2021.

25. Nye, n. 9, p. 91-111 y 60-79. Martykánová; Núñez-García, n. 10, p. 45-75. Núñez-García, Víctor M. A Physician and a Gentleman: individual dimension of the collective pursuit of social standing. En: Sánchez, Raquel, Martínez-Vilchez, David, eds. Respectable Professionals. The origins of the liberal professions in nineteenth-century Spain. Londres, Peter Lang, 2021, p. 133-158. Gilarranz, Ainhoa. Disease, Deformity, and Health Terrors in 19th-Century Cartoons: a cultural history of science. *Theatrum Historiae*. 2020; 27: 31-58. Brown, Michael. «Like a Devoted Army»: medicine, heroic masculinity, and the military paradigm in Victoria Britain. *Journal of British Studies*. 2010; 49: 592-622; Guillemain, Hervé. Devenir médecin au XIX^e siècle. Vocation et sacerdoce au sein d'une profession laïque. *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest*. 2009; 116: s. p.

ceso del diagnóstico y de la terapia y escépticos en cuanto a la capacidad del médico a curarles.

Las reivindicaciones de autoridad, honor y reconocimiento social estuvieron estrechamente vinculadas al esfuerzo de los profesionales de la medicina por excluir del ejercicio del arte de curar a hombres de estatus social bajo y a otros rivales. Lo hicieron articulando un discurso sobre el fraude y la charlatanería, es decir, apelando a una lógica profesional (ejercicio ilegítimo) y científica (prácticas curativas ineficaces y dañinas, falta de conocimientos, pervisión de la ciencia para maximizar los beneficios materiales). Según su argumento, a los intrusos y a los charlatanes les faltaba la voluntad y la capacidad de ejercer el arte de curar correctamente. La representación discursiva del fraude profesional y la lucha contra la charlatanería resultaron esenciales a la hora de redefinir la imagen pública de los médicos frente a las autoridades y a los pacientes, al ser presentadas por los profesionales médicos en el debate público como juicios valorativos dentro de la esfera moral. Jens Ivo Engels categoriza el análisis histórico de la corrupción y de un concepto tan directamente relacionado como el fraude —en el caso que nos ocupa fraude profesional—, como evaluación, un juicio valorativo en el debate público, y como una serie de prácticas²⁶.

Nuestro dossier no trata tanto de analizar las prácticas fraudulentas denunciadas, sino que se centra en el papel que ese discurso sobre el fraude tuvo en las estrategias profesionales de los médicos. Estas cuestiones han sido analizadas en la historiografía internacional por Roy Porter, Alexander Kohn, Nicole Edelman, Vladan Hanulík o David Gentilcore, entre otros, que han puesto el foco en las particularidades de cada contexto histórico y cultural²⁷. Asimismo, han mostrado que esta pugna por definir las buenas prácticas y estigmatizar a otras tenía una larguísima tradición que no estaba reñida con la aceptación de un pluralismo asistencial que fue realidad en el campo de la salud hasta bien entrado el siglo XX. En sus interpretaciones,

26. Engels, Jens Ivo. La «modernidad» de la corrupción. En: Peña, María Antonia; Bonaudo, Marta, dirs. *Historia cultural de la corrupción política. Prácticas, escenarios y representaciones contemporáneas*. Rosario: Prohistoria; 2019. p. 19-33 (esp. p. 20).

27. Porter, Roy. *Quacks: Fakers and Charlatans in English Medicine*. London: Tempus; 2001; Kohn, Alexander. *False prophets. Fraud and error in science and medicine*. Oxford: Basil Blackwell; 1986; Edelman, Nicole; *Médecins et charlatans au XIXe siècle en France*. *Tribune de la santé*. 2017; 55 (2): 21-27. Gentilcore, David. *Medical Charlatanism in Early Modern Italy*. Oxford: Oxford University Press; 2006. Hanulík, Vladan. *Apoštol i šarlatán. Zakladatel hydropatie Vincenz Priessnitz. Dějiny a současnost*. 2007; 8: 37-39.

la historiografía internacional se ha visto moldeada por los sobreentendidos historiográficos en cada contexto sobre las dinámicas clave en cada sociedad: mientras algunas escuelas interpretativas se han centrado en la construcción del Estado o en el auge del liberalismo, otras subrayaron las dinámicas de mercado, la resistencia popular o la cuestión nacional.

Más allá de las particularidades, se observan a lo largo del siglo XIX varias tendencias crecientes. En primer lugar, se produjo un auge del credencialismo: es decir, las autoridades, la comunidad profesional, y, en menor medida, los pacientes otorgaron cada vez mayor importancia a los estudios formales y a un título para reconocer a una persona como médico. Esta exigencia se fue imponiendo en Francia, Austria, España, y también —como muestra en su artículo Ceren İlikan Rasimoğlu— en el Imperio Otomano. En segundo lugar, los médicos usaron de forma prolífica los vehículos y espacios de articulación de la opinión pública, como la prensa, las publicaciones divulgativas, los discursos en eventos públicos y el parlamento para definir y reforzar la autorrepresentación deseada y debatir las fronteras del buen ejercicio de la medicina. En este esfuerzo se vieron obligados a dialogar con un amplio abanico de representaciones de su profesión, algunas altamente críticas y escépticas hacia la capacidad, las prácticas y las intenciones de los médicos, como muestra en su análisis Ainhoa Gilarranz. Por último, como subrayan en su texto Núñez-García y Martykánová, tanto los médicos como los poderes públicos se emplearon a fondo en el afán de regular el acceso a la praxis mediante colegios de médicos y normativa legal. El Estado se erigió como mediador y regulador de la profesión médica y del campo de la salud no solo por iniciativa de los políticos y de los cargos administrativos, sino también debido a las reclamaciones por parte de los propios médicos. Incluso cuando demandaron la autonomía profesional y la no intervención, los profesionales reafirmaron el poder de la ley, en cuyo garante se convirtió el Estado, para separar la esfera pública de la privada, para establecer quién era el profesional autorizado en qué contexto, y para castigar a los transgresores.²⁸ El discurso de la ciencia interactuó y compitió con las lógicas del mercado para establecer y legitimar estas divisiones, como bien demuestra Violeta Ruiz en su artículo sobre la gestión médica de los balnearios.

28. Ramsey, n. 9. Nye. Robert A. Médecins, étique médicale et État en France 1789-1947. *Le Mouvement Social*. 2006; 214: 19-36.

En este contexto hay que recordar algunos aspectos propios de la ciencia y de la práctica médica relevantes para entender las tres tendencias identificadas: en gran parte de la centuria no era fácil definir qué era buena praxis, ya que la eficiencia terapéutica seguía siendo limitada y objeto de dudas y de conflictos incluso entre los médicos titulados. Al haber pocos criterios incuestionables para establecer el diagnóstico y, mucho menos, la eficacia terapéutica, algunas prácticas como las sangrías se convirtieron, como afirma en su texto Barbora Rambousková, en puntos álgidos del debate sobre la buena praxis. En este debate se confrontaba la lógica de la experiencia con la lógica de la innovación de la ciencia médica, pero además estaba teñido de acusaciones de fraude y avaricia en un contexto de competencia exacerbada por los pacientes.

A la vez que se enfrentaron al reto de definir los estándares de buena praxis a nivel de la comunidad profesional, los médicos titulados reclamaron que el Estado les protegiera frente a los rivales que pretendían expulsar del ejercicio del arte de curar. De este modo, a la vez que reafirmaran su autonomía como profesionales de la medicina frente a los poderes públicos, los médicos acabaron legitimando el papel de Estado como árbitro y garante de las fronteras de la comunidad médica. Es llamativo cómo este reconocimiento mutuo entre un Estado en construcción, por una parte, y una comunidad profesional en pleno proceso de redefinición, por otra, se produjese en contextos culturales y políticos de lo más variados, desde las monarquías absolutas en Europa y Asia, pasando por las monarquías constitucionales hasta las repúblicas de diversos signos en Europa y América, y también en los contextos coloniales. De forma generalizada, la búsqueda de monopolio y autoridad constituyó un eje transversal en las aspiraciones de los médicos en tal que grupo profesional que reclamaba reconocimiento de su saber y de su autoridad facultativa en el campo de la salud.

Las autoridades habían otorgado ciertos privilegios a grupos e individuos dentro del campo de la salud y habían ejercido un papel regulador desde hacía siglos. Con el desmantelamiento de la estructura gremial desde finales del siglo XVIII, la regulación tuvo que adaptarse a la lógica de la libertad de empresa, buscando los médicos nuevas justificaciones para reclamar que el Estado se esforzase por restringir el acceso al ejercicio del arte de curar. Además de la lógica científico-profesional que acabamos de mencionar, centrada en reclamar a los que pretendían ejercer la medicina y, sobre todo, ocupar cargos facultativos, unas credenciales en forma de títulos oficiales y de formación reglada, se movilizó también una argumentación, digamos, patriótica. Las autoridades y los médicos plantearon si era

deseable que ciertos sujetos ejercieran como médicos en el territorio patrio siendo extranjeros, como fue el caso de los franceses o chinos en Cuba, o al pertenecer a ciertos grupos raciales o etnorreligiosos. Así, como demuestra en su artículo Ceren İlikan Rasimoğlu, las autoridades otomanas intentaron marginar en el campo médico a los ciudadanos otomanos de adscripción cristiana ortodoxa, armenia y judía, discriminándoles de forma insidiosa o de forma explícita, planteando dudas sobre su lealtad política. Ocasionalmente se movilizaron argumentos e imaginario que ponían en duda la calidad de la formación y las capacidades profesionales de los extranjeros o de los grupos subalternos, pero muchas veces los médicos autóctonos o identificados con el grupo dominante reconocían abiertamente que recelaban de la competencia de estos profesionales y pedían ser protegidos y favorecidos por las autoridades por patriotas, no por ser mejores médicos²⁹. El esfuerzo por delimitar las fronteras de la comunidad médica también en términos imperiales, nacionales e incluso raciales era, irónicamente, un fenómeno transnacional, aunque con fuertes matices locales. Sin embargo, en paralelo al auge del nacionalismo se fue reforzando la noción de que la medicina era una ciencia universal, capaz de traspasar fronteras culturales debido a que su veracidad y eficiencia terapéutica podían ser, idealmente, determinadas de forma objetiva. Por lo tanto, los gobiernos y las comunidades profesionales tenían dificultades a la hora de plantear una exclusión total de profesionales médicos basada en criterios como ciudadanía o etnia. Además, en muchos casos las autoridades percibían una escasez de profesionales formados, sobre todo para atender áreas rurales o grupos desfavorecidos (v.g. esclavos en las plantaciones de Cuba). En vez de excluir a priori a los médicos extranjeros o pertenecientes a los grupos estigmatizados, generalmente se fue optando por reforzar la exigencia de exámenes o de homologación de títulos y diplomas para controlar y, a veces, dificultar la práctica de estos médicos.

La masculinización del arte de curar, aunque incompleta, es un proceso que se dio en prácticamente todos los países, a pesar de las grandes diferencias culturales entre ellos³⁰. Los intentos de expulsar a las mujeres del campo de la salud o subordinarlas a la autoridad del médico siempre varón

29. En el siglo XX, la exclusión de los profesionales judíos en la Alemania nazi se hará explícitamente siguiendo esta lógica. Otro ejemplo de apartheid sanitario se produjo en algunos estados de los EE. UU.

30. Cabré Pairet, Montserrat; Ortiz-Gómez, Teresa. Dossier Mujeres y Salud: Prácticas y Saberes. *Dynamis*. 1999; 19: 17-400.

tuvieron un éxito parcial y solamente temporal, incluso en el exclusivo grupo de los médicos titulados. Si bien es cierto que la figura de la enfermera se construyó en el siglo XIX como femenina y claramente subordinada a la autoridad del médico, y así perduró hasta el último tercio del siglo XX, las mujeres negociaron y conquistaron el acceso a la profesión médica desde, al menos, el último tercio de la centuria anterior³¹. De hecho, para reclamar su acceso a la carrera de medicina y al ejercicio profesional, las mujeres se sirvieron de algunas de las nuevas herramientas y argumentos que usaron los propios médicos para controlar el acceso a su profesión y reforzar su legitimidad: los estudios universitarios como única vía de acceso a la profesión, junto con el discurso meritocrático y las prácticas de selección presentadas como objetivas e imparciales en el marco de la educación reglamentada (exámenes, notas). De este modo, las mujeres se apropiaron de la retórica de los propios médicos sobre su capacidad demostrada mediante exámenes en un sistema cada vez más reglado de formación y acreditación de capacidad (títulos). Además, reivindicaron para sí algunos valores subrayados por la comunidad profesional como fundamentales para un buen médico, aprovechando que algunas de estas cualidades eran a la vez presentadas como virtudes femeninas en el discurso hegemónico: sensibilidad, capacidad de cuidar, abnegación y voluntad de sacrificio. Dulzura, comprensión y sensibilidad hacia los pacientes se consideraban fundamentales para ser un buen médico sobre todo antes del auge de la medicina experimental, y las mujeres supieron explorar la tensión de un discurso que asociaba estas cualidades con las mujeres al mismo tiempo que lo hacía con los varones de «cierta clase» frente a los hombres «embrutecidos» por el trabajo manual y la dureza de la vida³². Asimismo, la discreción era un valor importante asociado a la masculinidad honorable, a hombres de cierta «clase», capaces de guardar un secreto y actuar de forma desinteresada. No era casualidad que los médicos en España y Francia se compararan a sí mismos con los sacerdotes, no solo en su voluntad de sacrificio, sino también en su capacidad de ser discretos. En este aspecto, las mujeres siempre estaban bajo sospecha como chismosas³³ y

31. Ruiz Somavilla, María José. Alumnas en el internado de los hospitales de París (1871-1910). Procesos de exclusión e inclusión. *Dynamis*. 2016; 36 (1): 167-190.

32. Pigéard-Micault, Natalie. «Nature féminine» et doctresses (1868-1930). *Histoire, médecine et santé*. 2013; 3: 83-100.

33. Por ejemplo, en la figura de la garde-malade que explora Ainhoa Gilarranz en su contribución al presente dossier.

guiadas por afinidad más que por los principios. Sin embargo, hasta ese valor asociado a los hombres de honor fue movilizad o eficazmente por las mujeres para defender su aptitud para el ejercicio de la medicina: siendo mujeres, se presentaban como las más adecuadas para atender a pacientes femeninas con máximas garantías de la virtud y además superando el «pudor natural» de las pacientes, pudiendo atenderlas en asuntos de males que se les hacía difícil de compartir con un varón, por muy médico y discreto que fuese³⁴.

De este modo, desde la segunda mitad del siglo XIX, las mujeres fueron conquistando lentamente el acceso al grupo situado en la cumbre de la pirámide del personal sanitario, es decir, a la profesión del médico. Dejando de lado algunas figuras excepcionales de la Edad Media y Moderna, en 1857 Elisabeth Blackwell fue la primera titulada en Medicina sin dispensa personal en EE. UU., y, desde mediados del siglo XIX, otras mujeres fueron obteniendo el título universitario en medicina también en las universidades europeas, particularmente en Suiza y Francia. En Suiza fue donde obtuvo el diploma la primera médico checa Anna Bayerová. Si bien es cierto que no le fue permitido ejercer la profesión en los Países Checos, se implicó en los debates profesionales en su país³⁵. En España las primeras licenciadas en Medicina y Cirugía obtuvieron el título en 1882 en Barcelona. Este proceso de conquista del acceso a la profesión médica se fue sistematizando y alcanzando reconocimiento legal a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX con diferentes ritmos según países: Francia en 1884, Alemania en 1908 o España en 1910. Rápidamente, la medicina se fue convirtiendo en una de las profesiones de prestigio preferidas por las jóvenes, aunque se observan importantes diferencias entre países y, además, como reacción a la incursión femenina, algunas ramas de la medicina se redefinieron como masculinas, frente a la feminización de otras, con las dinámicas de prestigio que eso implicaba. Cuando al inicio del siglo XIX, una de las principales preocupaciones de los médicos titulados era definir la profesión como particular de hom-

34. Las complejas dinámicas descritas en este párrafo se observan, con matices y diferencias, ya en el siglo XVIII, como analizan con gran perspicacia: Martínez Vidal, Álvaro; Pardo Tomás, José. Un conflicto profesional, un conflicto moral y un conflicto de género: los debates en torno a la atención al parto en la Ilustración. *Cronos: Cuadernos valencianos de historia de la medicina y de la ciencia*. 2001; 4 (1-2): 3-27.

35. Bahenská, Marie. Žena v medicíně: Anna Bayerová. In: *Cesty k samostatnosti: portréty žen v éře modernizace*. Praga: Historický ústav, 2010. p. 70-90. Lenderová, Milena. Anna Bayerová, Anna Fischer-Dücklemann: lékárky, zdraví a sexualita na přelomu 19. a 20. století. In: *Theatrum historiae* 11 (2012), p. 153-166.

bres de honor, a finales del periodo analizado en este dossier, la profesión de médico dejó de ser exclusivamente masculina, y se fue constituyendo en una de las profesiones vistas como apropiadas para mujeres respetables de clase media.

A partir de las cuestiones analizadas en el dossier podemos alcanzar una visión más amplia sobre el significado de los sistemas de valores y espacios normativos que rigieron las sociedades históricas, en este caso enfocada desde un grupo profesional concreto: los médicos. Bajo este marco, el dossier pretende acercarnos al análisis de estas problemáticas desde diversos ángulos, objetivos y estrategias metodológicas interdisciplinarias, estableciendo un diálogo fructífero entre la historia de la medicina y la historia social y cultural, pero también aportando enfoques desde la antropología, la sociología histórica (Anne-Catherine Wagner para la *mundialización de las clases sociales*)³⁶ y sociología de las profesiones (Harold Perkin para el auge de una *sociedad profesional*)³⁷. En un contexto marcado por la construcción del Estado y por la expansión del capitalismo mundial, observamos cómo se articuló la profesión del médico en términos de clase y de género movilizándolo el discurso de la ciencia, pero también los conceptos como honor o sacrificio. Las autoras y los autores se acercan a estas cuestiones desde una lógica metodológica básica, analizando las continuidades y discontinuidades, más allá de un encuadre cronológico en el siglo XIX, y prestando atención a las dinámicas transnacionales y a las lógicas pretendidamente universalistas, tan importantes en la representación de las ciencias en los siglos XVIII, XIX y XX. Para ello el dossier presenta investigaciones centradas en varios estudios de caso —Francia, España, Austria (Austria-Hungría) y el Imperio Otomano—. La selección incluye centros y periferias, estados-nación poseedores de colonias e imperios multiétnicos. De este modo, los dos estudios sobre España pasan a formar parte de un diálogo historiográfico internacional, lo que permite identificar pautas históricas transnacionales y transimperiales, como también determinar las especificidades de cada contexto local. Para conseguir estos objetivos, el equipo es internacional (investigadores que trabajan en cuatro países), incluye investigadores consolidados, como también a jóvenes de distintas universidades europeas, que desarrollan su

36. Wagner, Anne-Catherine. *La mondialisation des classes sociales*. París: La Découverte; 2020.

37. Perkin, Harold. *The Rise of Professional Society: England since 1880*. Londres: Routledge; 2002.
Parry, Noel; Parry, José. *The Rise of the Medical Profession. A study of collective social mobility*. Londres: Routledge; 1976.

investigación en el marco de varios proyectos I+D+i, y se caracteriza por el equilibrio en términos de género.

La contribución de Vladan Hanulík parte del concepto ya clásico de Ackerknecht de una «revolución francesa de la medicina» para explicar las transformaciones producidas en el siglo XVIII y en el siglo XIX, especialmente en cuanto al cambio de mentalidad en la profesión, la introducción de la medicina clínica y hospitalaria y los cambios de paradigma en la relación entre médicos y pacientes. Centrado en este último aspecto, Hanulík discute esta visión clásica a partir del protagonismo de la clínica parisina y la visión anatomoclínica. Para ello nos sitúa en la Monarquía de los Habsburgo a finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX, mostrando la precariedad de la autoridad del médico frente a los pacientes y también de su situación económica. Es cierto que las iniciativas de las autoridades y de algunos agentes privados como la Iglesia católica y los filántropos individuales en el campo de la salud crearon una mayor seguridad laboral para los médicos y reforzaron su imagen social. Sin embargo, el alcance de estos avances fue muy limitado.

El artículo de Ainhoa Gilarranz se centra en la contraposición de la figura del buen médico a la del charlatán en Francia. Situando en un contexto cronológico mucho más amplio la redefinición de la profesión médica que tuvo lugar en la primera mitad del siglo XIX, analiza el imaginario público sobre médicos y cirujanos que se había ido configurando, sus continuidades y sus rupturas. Observa cómo estos profesionales negociaron su estatus dialogando con las representaciones que circularon en la sociedad, asumiendo algunas, resistiéndose a otras e intentando proyectar las que más les favorecían. Esta estrategia presentaba como objetivos principales apuntalar una imagen de hombres de honor que reforzara su prestigio y legitimara su estatus social ascendente. Los médicos coincidieron con los otros artífices del imaginario social sobre la salud pública (caricaturistas, literatura, prensa general...) en denunciar las malas prácticas, donde nuevamente aparece el recurso al discurso contra la charlatanería y los charlatanes. Desde el punto de vista metodológico, el artículo explora las posibilidades interpretativas que ofrecen las fuentes iconográficas, especialmente a partir de la visualización cultural de la ciencia³⁸. Deja a un lado la representación icónica de los «hombres de

38. Tucker, Jennifer. *The Historian, the Picture and the Archive*. Isis. 2006; 97 (1): 111-120.

ciencia», habitualmente realizada desde el análisis de los retratos oficiales³⁹, para aproximarse al estudio del imaginario visual que rodeó a la profesión médica francesa, poniendo en relieve dinámicas como la potenciación de la figura de experto, su definición en términos de género y clase, o la diferenciación iconográfica entre el buen doctor y otras figuras del campo sanitario.

El artículo de Víctor M. Núñez-García y de Darina Martykánová complementa el artículo anterior poniendo foco en el caso español. En concreto, analiza el discurso sobre los charlatanes en la prensa profesional médica entre 1820 y 1860. Además, plantea el concepto de charlatán como contra-modelo operativo desde el que se definió el modelo de médico virtuoso, que se estaba perfilando en la época. Este modelo se basaba en la pretensión altruista, articulada en términos del amor a la Humanidad, en un estilo emocional sensible y en el servicio a la nación a partir del reconocimiento por parte de las instituciones gubernamentales de los médicos como expertos y autoridades en el campo de la salud. El artículo permite abordar aquellas cuestiones que entran en diálogo con el resto del dossier, entre ellas: procesos de profesionalización, monopolio y autoridad; la operatividad de la categoría analítica de *masculinidad hegemónica* para interpretar la construcción identitaria de un grupo profesional concreto; la evolución de los estilos emocionales en la relación jerárquica y sentimental entre el médico y el paciente; y el uso del argumento del fraude para alcanzar la autoridad y el monopolio en la práctica médica.

La contribución de Violeta Ruiz introduce al lector en la hidroterapia española durante el siglo XIX, abordando cuestiones centrales del dossier a partir de la pugna entre los médicos-directores de baños y los médicos que ejercían libremente. En este conflicto estaban en juego no solamente importantes recursos económicos, sino también la autoridad en un campo de especialización ascendente y la definición y representación del bien común. Se aprecia cómo ambas partes apelaron al Estado y cómo el Estado intervenía o dejaba de intervenir para regular y de arbitrar en este conflicto a la vez económico, científico y profesional. Ruiz explora los mecanismos por los que los médicos-directores de baños buscaron legitimar el poder que ostentaban como empleados públicos, que incluían el monopolio sobre

39. Weisberg, Richard. E; Hansen, Bert. Collaboration of Art and Science in Albert Edelfelt's Portrait of Louis Pasteur: the making of an enduring medical icon. *Bulletin of the History of Medicine*. 2015; 89 (1): 59-91; Jordanova, Ludmilla. *Defining Features: Scientific and medical portraits, 1660-2000*. Londres: Reaktion Book y National Portrait Gallery; 2000.

ciertas tareas, mostrando que al final ni los reglamentos ni los mecanismos de acceso meritocráticos eran suficientes para justificar y garantizar la autoridad institucional de los médicos-directores ni su monopolio. Asimismo, igual que el texto de Núñez-García y Martykánová, el artículo de Ruiz ilustra cómo el discurso de la corrupción iba más allá de la figura del charlatán y podía tener lugar entre pares; este tipo de conflictos entre pares estaba cargado de trampas de las que los contrincantes eran, a menudo, conscientes. Cuando un médico entraba en la disputa científica con sus colegas acusándoles de charlatanería, corría el peligro de poner en jaque su propia autoridad al socavar la buena imagen y la autoridad de la medicina, o de una de sus ramas o subdisciplinas.

Además de poner un gran énfasis en el papel de los pacientes a la hora de moldear la práctica médica —igual que lo hace el texto de Hanulík—, la contribución de Barbora Rambousková presenta la particularidad destacable de introducir la categoría analítica de *generación*. La autora identifica una pugna de carácter intergeneracional entre los propios médicos titulados, pugna que se enmarcó en un debate científico-profesional articulado en términos de tradición y modernidad. Enfocado en los Países Checos de la segunda mitad del siglo XIX, el análisis de Rambousková se acerca a este conflicto intergeneracional desde la reflexión que hacían los médicos mismos sobre su relación con los pacientes. La compleja negociación de la autoridad entre el médico (fuese un veterano experimentado o un joven innovador desde el punto de vista terapéutico y científico) y el paciente es estudiada a partir de dinámicas interesantes desde el punto de vista terapéutico, como por ejemplo la práctica de la sangría. Rambousková muestra cómo los pacientes ostentaron el poder de moldear las relaciones entre los médicos en tiempos en los que la cohesión de este grupo profesional era todavía débil. En todo su análisis subyace la cuestión del mercado, un aspecto clave en los seis textos del dossier⁴⁰.

La construcción discursiva de los médicos titulados en oposición a los charlatanes, curanderos e intrusos, y el afán por distinguir al buen médico de aquellos médicos que practicaban la medicina de manera transgresora o amoral, es otro de los ejes fundamentales de todos los artículos. El texto de Ceren Gülser İlikan Rasimoğlu ahonda en el diálogo transnacional que este

40. Digby, Anne. *Making a Medical Living. Doctors and patients in the English market for medicine, 1720-1911*. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.

dosier aspira a establecer. Analiza las iniciativas estatales en el campo de la salud y en la regulación profesional en el Imperio Otomano, prestando una atención particular a cómo los médicos titulados participaron en la definición e implementación de estas políticas. En el ámbito otomano, al igual que en otros lugares, marcar las fronteras entre los médicos titulados y los sanadores sin estudios superiores era el punto nodal desde el que la profesión médica debía pivotar hacia la modernización de la profesión y de la asistencia. Sin embargo, de una forma muy evidente, en el Imperio Otomano este proceso se insertó en la pugna más amplia por reformar y modernizar el país, garantizando su supervivencia y su lugar entre las potencias mundiales. En el artículo se discuten cuestiones clave del dossier como las estrategias discursivas empleadas por los médicos con una formación entendida como moderna, la potenciación de la formación médica reglada y superior por parte de las autoridades, y las resistencias por parte de los pacientes y de las otras figuras del campo de la salud. Además, se pone énfasis en las dinámicas nacionales y etnorreligiosas que moldearon, como muestra Rasimoğlu, no solo la acción del Estado a la hora de regular la política sanitaria, sino también la competencia entre los médicos por definir al buen profesional.

En definitiva, con este ramillete de contribuciones internacionales, y con un marcado afán interdisciplinar, pretendemos aportar una visión renovada de aspectos centrales en los estudios sobre profesionalización de la sanidad. Consideramos que este abordaje nos permite identificar las dinámicas transnacionales, a la vez que apreciar los rasgos propios de cada caso particular. Habiendo aportado casos de Estados-Estados nación en construcción y de imperios multiétnicos queda por explorar la dimensión colonial, que se vislumbra muy relevante para los casos de España y Francia⁴¹, y que contribuiría a integrar el factor de la raza en el estudio de las jerarquías profesionales y de las dinámicas de exclusión y de inclusión en el campo de la salud. ■

41. Pierre Nobi. *Officiers de santé et soignantes créoles face à la fièvre jaune. Co-construction de savoirs médicaux dans le cadre de l'expédition de Saint-Domingue (1802-1803)*. Histoire, médecine et santé. 2016; 10: 45-61. Wickberg, Edgar. *The Chinese in Phillipine Life, 1850-1898*. Manila: Ateneo de Manila University Press; 2001. Respeto a las tensiones que conciernen a la farmacia: Jiménez Mínguez, Sandro. ¿Condenar o profesionalizar? La regulación de la práctica farmacéutica china en Filipinas, 1886-1890. En: Elizalde, María Dolores, ed. *Nacionalismo versus colonialismo: problemas en la construcción nacional de Filipinas, India y Vietnam*. Barcelona; Bellaterra D. L.: 2013, p. 111-147. Para los espacios poscoloniales: Palma, Patricia. *Sanadores inesperados: medicina china en la era de migración global (Lima y California, 1850-1930)*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2018; 25 (1): 13-31.

