

# Epidemias, medicalización y evolución hospitalaria: bases para una historia de las culturas de la salud y de la enfermedad\*

Josep Barceló-Prats\*\*, Eduardo Bueno Vergara\*\*\*

*Anais de História de Além-Mar XXII* (2021): 107-135. ISSN 0874-9671

## Resumo

Este artigo tem um duplo objetivo. Por um lado, analisa as diferentes etapas da medicalização acontecidas na Europa desde o final da Idade Média. Por outro lado, abordam-se as mudanças vivenciadas no significado e desenvolvimento dos hospitais ao longo da história e o papel social que vêm desempenhando. Ambos os processos são examinados a partir de uma perspectiva *longue durée*, enfatizando as condições históricas que os determinaram. Entre eles, destacam-se aquelas relacionadas com as grandes epidemias como a Peste Negra.

**Palavras-chave:** Epidemias, Medicalização, Hospitais, História da Medicina.

Data de submissão: 02/02/2021

Data de aprovação: 02/08/2021

## Abstract

This article has a double objective. On the one hand, it analyses the different stages of medicalization that took place in Europe since the late Middle Ages. On the other hand, it's an approach to the changes experienced in the meaning and development of the hospitals in the past and the social role they have played. Both processes are examined from the *longue durée*, emphasizing the historical conditions that determined them. Among them, those related to the great epidemics such as the Black Death.

**Keywords:** Epidemics, Medicalization, Hospitals, History of Medicine.

Date of submission: 02/02/2021

Date of approval: 02/08/2021

\* Este trabajo forma parte de dos proyectos. El primero es el titulado «Las claves históricas del desarrollo hospitalario en España y su comparación internacional durante el siglo XX» (referencia: RTI2018-094676-B-I00), financiado por FEDER y el Ministerio de Ciencia e Innovación - Agencia Estatal de Investigación. El segundo es el titulado «Lucha contra el cáncer y cambio socio-cultural en España (1939-1975): entre el miedo y la esperanza» (referencia: PID2019-107658GB-I00), financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación - Agencia Estatal de Investigación. También queremos expresar nuestro agradecimiento a Josep M. Comelles y Enrique Perdiguero-Gil por su apoyo en el desarrollo de nuestras investigaciones.

\*\* Universitat Rovira i Virgili, Departamento de Enfermería, Grupo de investigación en Enfermería Avanzada, Tarragona, España.  
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8818-0872>. *E-mail*: josep.barcelo@urv.cat.

\*\*\* Instituto Interuniversitario López Piñero, Universidad Miguel Hernández; Universidad Miguel Hernández, Facultad de Medicina; Dpto. de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, España.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-7185-6162>. *E-mail*: ebueno@umh.es.

## **Epidemias, medicalización y evolución hospitalaria: bases para una historia de las culturas de la salud y de la enfermedad**

Josep Barceló-Prats, Eduardo Bueno Vergara

### **Introducción**

En términos históricos, las epidemias pueden considerarse como «la versión sanitaria de una catástrofe social que responde a la extensión rápida de enfermedades agudas transmisibles, infectocontagiosas, que cursan con alto número de casos y alta letalidad y cuyo origen reconocemos hoy como biológico en forma de entes microscópicos» (Rodríguez-Ocaña 2020, 26). Precisamente, la irrupción de uno de estos entes microscópicos a finales de 2019, concretamente el virus SARS-CoV-2, ha vuelto a poner de relieve la grave amenaza que para la sociedad representan las enfermedades epidémicas, cuya forma de presentación las dota de unas características sociales especialmente peligrosas.

La crisis sanitaria generada por la COVID-19 – un acrónimo que responde al término inglés *Coronavirus disease 2019* – también ha evidenciado las debilidades de unos sistemas sanitarios que, además de seguir funcionando con un modelo hospitalocéntrico<sup>1</sup>, han acusado los recortes presupuestarios en sanidad que se han venido aplicando como resultado de las políticas neoliberales en auge desde hace décadas y en particular a raíz de la crisis financiera de 2008. La subalternidad de la atención primaria y de las actividades preventivas y comunitarias – incluida la educación sanitaria – respecto de los servicios hospitalarios, ha propiciado la saturación crónica de estos últimos y el miedo a sufrir, en momentos determinados, un colapso en el que las necesidades de ingresos hospitalarios superaran con creces las camas de hospital disponibles. En cualquier caso, una de las lecciones que ya podemos extraer de la crisis generada por la COVID-19 es la necesidad de reformar los sistemas sanitarios apostando, definitivamente, por unos servicios centrados también en la salud y no únicamente en la enfermedad.

---

<sup>1</sup> Hospitalocentrismo es un «concepto que sitúa la capacidad diagnóstica y terapéutica del hospital en el vértice superior del sistema de salud y de sus políticas. La hegemonía del hospital con respecto al resto de recursos asistenciales también viene dada por su valor como espacio fundamental en la formación de profesionales sanitarios» (Comelles, Alegre-Agís, y Barceló-Prats 2017, 58).

Por otro lado, el enorme impacto social de la COVID-19 no debe hacernos olvidar que la aparición de enfermedades epidémicas es un hecho recurrente en la historia. Así, en lo que llevamos de siglo XXI, la población mundial ha vivido diferentes brotes de la llamada «gripe aviar»; del «Síndrome Respiratorio Agudo Grave» – más conocido por sus siglas inglesas SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) –; o, por citar un último ejemplo, del virus del «Ébola». Los potenciales efectos nocivos de estas enfermedades, en un contexto globalizado sin precedentes, fueron agitando el temor a una veloz propagación a escala mundial que, finalmente, se ha terminado produciendo de forma abrupta con la COVID-19<sup>2</sup>.

En cualquier caso, la incidencia negativa sobre la salud humana que pueden causar las enfermedades epidémicas no debería suponer una novedad. Enfermedades contagiosas, tales como la lepra, la peste bubónica, la viruela, el cólera, la tuberculosis o la sífilis, generaron periódicamente a lo largo de su historia millones de muertes (Betrán 2015, 20). Del mismo modo, en fechas más recientes, a principios del siglo XX la mal llamada «gripe española» acabó con la vida de un mínimo de cuarenta millones de personas en el mundo y, desde que en 1981 se diagnosticara por primera vez el «Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida» (SIDA) como enfermedad epidémica, el SIDA ya ha causado la muerte de más de treinta dos millones de personas.<sup>3</sup>

Así pues, debemos recordar que la relación entre las personas y la enfermedad es tan antigua como la propia existencia humana (Ruffie y Sournia 1995, 9). Sin embargo, desde que a finales del siglo XIX los logros del experimentalismo y del «pasteurianismo»<sup>4</sup> pusieron rostro a un enemigo – hasta entonces – «invisible» (Cipolla 1986), se podía llegar a pensar que la experiencia práctica adquirida tras siglos de contagios era prescindible. Pero nada más lejos de la realidad. La necesidad de gestionar los efectos de la pandemia de COVID-19, mientras se estaba desarrollando un tratamiento efectivo contra esta enfermedad, ha vuelto a exigir la adopción de antiguas medidas de aislamiento como la «cuarentena» o el «confinamiento»:

Aunque ya en la Antigüedad y en los primeros siglos medievales existieron esas medidas de aislamiento, [...] la primera vez que se usa «cuarentena» como término médico, con este significado específico, lo encontramos en

<sup>2</sup> Sobre la psicosis del miedo en las sociedades occidentales con respecto a las epidemias, véase Delumeau 1989.

<sup>3</sup> Pueden consultarse las últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA en la hoja informativa de ONUSIDA, 2021. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

<sup>4</sup> Sobre la obra de Louis Pasteur y sus influencias, véase Moulin 1994, 327-349.

italiano en el siglo XIV, tras la terrible epidemia de peste que asoló Europa. En el importante puerto de la entonces colonia veneciana Ragusa – hoy Dubrovnik – se puso en 1377 la primera cuarentena de la historia. Dicha palabra hacía alusión a los cuarenta días que los barcos y las personas que se encontraban en ellos debían esperar como medida de prevención para bajar a tierra. (Gutiérrez-Rodilla 2020, 23)

Por su parte, el «confinamiento», entendido en su vertiente médica, sería el resultado de aplicar dicha cuarentena. Se trata, pues, de una reclusión obligatoria de las personas afectadas por la enfermedad infecciosa o sospechosas de estarlo, en la propia vivienda o en un centro sanitario, con el fin de evitar su propagación. A esta definición hay que añadirle que los confinamientos más restrictivos también pueden implicar la reclusión de las personas sanas para impedir que se contagien<sup>5</sup>.

Por tanto, nos encontramos ante un fenómeno recurrente en la historia de la humanidad, en el que el concepto «epidemia» hace referencia a «un caso particular de interacción entre poblaciones de seres vivos, de forma que una de estas poblaciones produce algún efecto sobre la biología (o historia natural) de la segunda» (Moya y Baquero 2015, 12). De hecho, el significado original de la palabra *epidēmía* no es otro que el de «visita» o «llegada a un lugar» (Pino y Hernández-González 2020, 15). Por eso, entre los médicos de la Antigüedad, *epidēmía* se relacionó con la enfermedad contagiosa, puesto que es algo que venía desde fuera hacia dentro:

A diferencia de las enfermedades «naturales» que eran consideradas «individuales», [...] las enfermedades «epidémicas» afectaban a muchos pacientes por igual y al mismo tiempo, y se originaban por algo nocivo que «llegaba» en el aire que todos irremediablemente tenían que respirar (Pino y Hernández-González 2020, 16).

En síntesis, dentro del actual contexto donde la perniciosa incidencia de una de estas enfermedades epidémicas está causando muchos y grandes estragos, este texto busca relacionar el impacto que tuvieron las grandes epidemias del pasado en la evolución de los procesos de medicalización acontecidos en el espacio urbano occidental y, paralelamente, en la especialización médica de los hospitales. Tras aclarar una serie de cuestiones conceptuales en torno a la «medicalización», se presta especial atención al protagonismo que tuvieron ciertas epidemias en la aceleración del *tempo*

---

<sup>5</sup> Aunque la palabra confinamiento procede del latín y seguramente se utilizara en épocas anteriores, una de las primeras referencias a esta medida de aislamiento se localiza en lengua francesa – *confinement* – en 1579 (Cortés 2005).

en el que la gestión de la salud y la enfermedad pasó a ser dominada por la «mirada médica». Por último, el enfoque histórico de *longue durée* que propone este artículo también pretende contrarrestar el «presentismo» con el que, en ocasiones, son tratados los diferentes procesos de medicalización en el seno de las ciencias sociomédicas.

### **La utilidad del concepto de medicalización como herramienta analítica en la investigación histórica de la cultura de la salud**

En un artículo, titulado *The concept of medicalisation reassessed* (Busfield 2017), se afirma que el concepto de medicalización, a pesar de haberse convertido en un lugar común para abordar cuestiones muy diversas relacionadas con la ampliación de la mirada y poder médicos a ámbitos cada vez más extensos de la sociedad<sup>6</sup>, todavía conserva su capacidad como instrumento clave para analizar la salud, la enfermedad y la medicina en las sociedades contemporáneas (Williams, Coveney y Gabe 2017).

Sin embargo, cuando se trata de aplicar el concepto de medicalización al estudio histórico de las sociedades del pasado, esta herramienta analítica debe adaptar sus premisas para describir un «proceso» que necesariamente es «diacrónico». Así pues, a diferencia de cuando se utiliza para estudiar una «situación» del presente o «sincrónica» – esto es, que se centra en un momento dado y sin atender a su evolución –, hablar de «procesos de medicalización» permite asumir, por ejemplo, que éstos tienen cronologías y ritmos muy diversos según las sociedades estudiadas. También que estos «procesos» no son lineales ni, lógicamente, uniformes, ya que dependen de circunstancias particulares – sociales, culturales, políticas y, entre otras, económicas – que van modelándolos y que determinan el ritmo con que la «mirada médica» fue asumiendo la gestión de la salud y la enfermedad.

Finalmente, enfatizar la noción de «proceso» también permite dividirlo en fases que ayudan a una mejor comprensión global de su evolución. A grandes rasgos y a partir de una mirada de *longue durée*, algunos historiadores de la medicina proponen las siguientes tres etapas de medicalización (Perdiguer-Gil y Ruiz-Berdún 2017, 248-249). La primera etapa empezó en la Baja Edad

---

<sup>6</sup> Las formulaciones iniciales estuvieron centradas en el papel de control social de la medicina (Pitts 1968; Zola 1972; Foucault 1977). Sin embargo, en las últimas décadas, la utilización del concepto de medicalización ha ido en aumento, hasta el punto de que en la actualidad se usa para estudiar como la biomedicina afecta a esferas cada vez más amplias de la vida social (Herzlich y Pierret 1991; Schumacher 1993; Scheper-Hugues 1994).

Media y se caracterizó por el papel que los médicos, a escala local, desempeñaron como expertos no solo en relación con la atención a la enfermedad sino también en otras esferas sociales. La segunda etapa se inició a finales del siglo XVIII y estuvo asociada a un creciente protagonismo de los Estados en la gestión de la salud y la enfermedad de la población<sup>7</sup>. Esta fase:

Supuso el inicio de los procesos que llevaron a la hegemonía del llamado «modelo médico» (Menéndez 2005, 9-32) y a la extensión de la disponibilidad de asistencia médica, que conduciría a los seguros de enfermedad. Domina el enfoque biomédico, la tecnología y el papel de la herencia, naturalizando y despolitizando lo social. (Perdiguero-Gil y Ruiz-Berdún 2017, 248-249)

Superponiéndose con esta segunda etapa, en la actualidad nos encontramos en la tercera fase de medicalización que, centrada en el individuo, se caracteriza por la generación de discursos centrados en la salud que no solo provienen del ámbito médico sino también de muchas otras esferas sociales. En la difusión de estos mensajes al conjunto de la población, cuyo objetivo es «normativizar» ciertas conductas pretendidamente «saludables», tienen un rol fundamental tanto los medios de comunicación como las redes sociales, así como el resto de las tecnologías de la información (Egbe, Alegre-Agís y Comelles 2017, 247-283).

En relación con el objeto de estudio de este texto, debemos dejar a un lado esta última etapa – la actual –, para centrarnos en la influencia que tuvieron las grandes epidemias en el desarrollo y evolución de la primera y segunda etapas de medicalización. A partir de este esquema teórico y con la utilización de diferentes estudios de caso, se irán interpretando los cambios de una evolución histórica cuyos efectos acabaron por desbordar los límites de la medicina técnica *stricto sensu*.

De forma paralela, en los siguientes apartados también se irán describiendo los elementos que otorgaron al hospital la nueva significación médica de *machine à guérir* (Foucault 1976). Para ello, siguiendo el esquema elaborado por Arrizabalaga (2006, 204), también dividiremos el proceso que fue especializando la función médica dentro de los hospitales en tres etapas diferenciadas. Partiremos de una primera fase, donde los hospitales se dedicaban de forma genérica a la asistencia de todo tipo de «pobres», para desembocar en una segunda, que dio comienzo a partir del siglo XV, donde reorientaron

<sup>7</sup> Sobre unas bases «presentistas», algunos autores de referencia consideraron esta segunda fase como el origen del proceso de medicalización. Véase, por ejemplo, Foucault 1977.

su labor hacia los «pobres enfermos» y, de forma sucesiva, hacia los «enfermos pobres». Finalmente, nos centraremos en la tercera etapa, cuyos inicios debemos ubicar durante el siglo XIX, en la que asistimos a la conversión que, ya durante el siglo XX, condujo a los hospitales a ser instituciones de asistencia especializadas en «enfermos de toda condición».

### **Primera etapa de medicalización: los ciclos epidémicos propios de la Edad Media y su relación con las profundas transformaciones de la asistencia**

En el libro titulado *Practical Medicine from Salerno to the Black Death* (García-Ballester, French, Arrizabalaga y Cunningham 1994), se relata cómo, desde el siglo XI hasta la irrupción de la peste negra en 1348, la medicina se fue afianzando como un saber de referencia. La nueva forma de enseñar la medicina pudo desarrollarse gracias a la aplicación de la filosofía escolástica que permitió que el campo de la gestión de la salud y la enfermedad transitara hacia un tipo de pensamiento naturalista coherente con la ciencia aristotélica, sin que esta circunstancia entrara en contradicción con la evolución paralela de la teología (García-Ballester 1992, 119-146). Ello aumentó el prestigio de la atención prestada por los médicos universitarios, sin que ello fuera en detrimento del éxito del resto de actores que componían el amplio pluralismo asistencial característico de la época, tales como sanadores u otros tipos de curanderos<sup>8</sup>. Así, en una Europa en constante expansión económica, sobre todo en las sociedades mediterráneas, esta nueva medicina tuvo un lugar privilegiado en las nacientes universidades (García-Ballester 1994, 105-130), facilitando que sus médicos pudieran establecer relaciones con los grupos dirigentes de las ciudades europeas hasta llegar a convertirse, ya a principios del siglo XIV, en los verdaderos *artifices factivi sanitatis* (García-Ballester 2004). Progresivamente, esta nueva medicina, transmitida en las universidades, circuló entre otros ámbitos tanto populares como cultos. Una de las pruebas más evidentes de ello se encuentra, por ejemplo, cuando en textos poéticos encontramos el lenguaje médico:

Una de las intersecciones más explícitas entre los textos poéticos y médicos de la Baja Edad Media se encuentra en el nivel léxico, a medida que el lenguaje de la curación se incorpora al verso, desde descripciones de las facultades sensoriales y cognitivas en «Dona me prega» de Guido Cavalcanti

---

<sup>8</sup> Para tener una visión general del pluralismo médico durante la Baja Edad Media, a partir de un estudio de caso centrado en la Corona de Aragón, véase Ferragud 2007, 107-137.

(finales del siglo XIII) hasta los diagnósticos de melancolía y alusiones lúdicas a la uroscopia en el verso de Charles d'Orléans (mediados del siglo XV). La adopción de dicho lenguaje ha sido interpretada, en la mayor parte de la literatura crítica, como evidencia del capital cultural de la teoría médica. (Singer 2011, 7)<sup>9</sup>

Así pues, fue a finales del siglo XIII y principios del XIV cuando los discursos y prácticas sanitarias de la medicina universitaria empezaron a tener especial repercusión en la construcción de las políticas públicas urbanas, con especial énfasis en lo que refiere a la defensa de la ciudad ante las diversas crisis epidémicas (Arrizabalaga 2001, 19-32). Un ejemplo de cómo el peso de la medicina fue ganando terreno en la gestión de enfermedades epidémicas, antes de la irrupción de la gran epidemia por antonomasia de la Edad Media – la llamada peste negra –, lo encontramos en el tratamiento de la lepra. En los últimos años se han desarrollado nuevas investigaciones que, además de romper los estereotipos que ubicaban a los leprosos fuera de la sociedad medieval, aportan nuevas perspectivas sobre la percepción social de esta enfermedad en la Edad Media, así como de las formas médicas de gestionarla (Rawcliffe 2006; De Maitre 2007; Brenner 2010, 388-406).

La creciente fe en la medicina manifestada por los individuos (McVaugh 1993, 190) cabe ser interpretada en lo que hoy conocemos como proceso de medicalización, puesto que aspectos de la conducta humana que previamente eran percibidos como normales o desviados – o buenos o malos – por el público profano, empezaron a ser controlados por la «mirada médica» y terminaron siendo redefinidos como salud o enfermedad –despojándolos de sus matices morales–.

El inicio de esta primera etapa de medicalización es ya visible en el ordenamiento social urbano de principios del siglo XIV. Por ejemplo, las autoridades de la Corona de Aragón tuvieron un especial interés en «institucionalizar» la atención médica, mediante la designación de médicos y cirujanos municipales, para tratar de garantizar la disponibilidad continua de consejo médico para sus habitantes<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> Es traducción del siguiente texto original en inglés: «One of the most explicit intersections between late medieval poetic and medical texts lies at the lexical level, as the language of healing becomes incorporated in verse, from descriptions of the sensory and cognitive faculties in Guido Cavalcanti's "Dona me prega" (late thirteenth century) to diagnoses of melancholy and playful allusions to uroscopy in the verse of Charles d'Orléans (mid-fifteenth century). The adoption of such language has been interpreted, in most of the critical literature, as evidence of the cultural capital of medical theory».

<sup>10</sup> Estas designaciones fueron el origen de la asistencia médica a la enfermedad mediante las *conductio* (García-Ballester 1995).

Este es uno de los primeros signos de una creciente convicción social de que el aprendizaje médico tiene autoridad y se puede confiar en él, ya que aproximadamente a partir del 1300 la comunidad comenzó a transferir la jurisdicción sobre diversas formas de comportamiento social a la autoridad independiente de médicos y cirujanos. (McVaugh 1993, 190)<sup>11</sup>

Por consiguiente, este tipo de medicalización no solo estuvo marcada por la apropiación del lenguaje médico en contextos marcadamente no médicos, sino también por la creciente asignación de ciertos aspectos sociales al ámbito de la pericia médica.

Sin embargo, fue con la llegada de la peste negra a Europa, a mediados del siglo XIV, cuando la salud se convirtió definitivamente en un bien «común» además de «individual». Este nuevo significado colectivo, especialmente dentro de las elites urbanas, empezó a ser percibido como imprescindible para el correcto funcionamiento de la sociedad y ello tuvo «repercusiones políticas y consecuencias prácticas en la vida cotidiana de las comunidades» (Arrizabalaga 2014, 36). Una de estas consecuencias fue la consolidación del papel de los médicos universitarios para el buen regimiento de la cosa pública (Montford 2004). De hecho, uno de los ejemplos más elocuentes de la creciente notoriedad adquirida por estos médicos en la preservación de la salud pública – o, mejor dicho, *publicam valitudinem* – lo encontramos, precisamente en 1348, cuando *Jacme D'Agramont*, un médico de la ciudad de Lérida (España), escribió el *Regiment de preservació a epidèmia e pestilència e mortaldats* (Agramont 1998 [1348])<sup>12</sup>. Lo significativo de este tratado sobre medidas de protección ante la llegada de la «magna pestilencia», el primero de estas características escrito en toda Europa, es que fue elaborado para la instrucción de los gobernantes y vecinos ilerdeneses y no para la instrucción de otros médicos (Roca-Cabau 2018b, 22-37)<sup>13</sup>.

Este es solo un ejemplo de por qué, más allá de la limitada eficacia individual y social de la asistencia técnica practicada por los médicos universitarios, la población urbana occidental de la baja Edad Media se

<sup>11</sup> Es traducción del siguiente fragmento original en inglés: «This is one of the earliest signs of a swelling social conviction that medical learning carried authority and could be trusted, as from about 1300 on the community began to transfer jurisdiction over various forms of social behavior to the independent authority of physicians and surgeons».

<sup>12</sup> La parte del *Regiment d'Agramon* que se destaca en el presente artículo se analiza pormenorizadamente en García-Ballester y Arrizabalaga 1998, 13-31.

<sup>13</sup> En palabras del propio Agramont, expresadas en el prólogo del libro mencionado: «lo tractat aquest és feyt principalment a profit del poble e no a instrucció dels metges» (Veny 1971, 48). Traducción al castellano: «este tratado está realizado principalmente para el provecho del pueblo y no para la instrucción de los médicos».

fue identificando con esta figura como proveedor de salud (Legan 2015; Parrilla 2019, 13-22). Las repeticiones cíclicas de la peste negra y la mortalidad que esta enfermedad causó, ciertamente, pusieron a prueba el sistema médico universitario y la credibilidad de esta medicina. Aunque no es menos cierto afirmar que, finalmente, salió fuertemente consolidada (Cifuentes 2006, 105).

En definitiva, aunque la capacidad del gran ciclo epidémico iniciado en 1348 para transformar la manera de entender la asistencia a ciertos colectivos vulnerables aún sigue siendo motivo de disputa<sup>14</sup>, «los vínculos entre las diferentes epidemias bajomedievales y la preocupación de las élites urbanas por la salud pública y la percepción de la indigencia como una de las fuentes de enfermedad y contagio son también evidentes» (Bridgewater, 2020, 201). Durante el siglo XIV, pues, se identifica la aparición de colectivos sórdidos y estridentes, desagradables a ojos de los miembros dirigentes de una sociedad urbana pretendidamente ordenada (Mollat 1988, 229; Geremek 1998, 56). Por eso, la eclosión de estas nuevas formas de pobreza, intrínsecamente urbanas y asociadas a las crisis económicas y demográficas, exacerbó una desconfianza basada en el miedo al anonimato, la ociosidad, la enfermedad, o el tumulto. Todo ello, en su conjunto, culminó en una serie de transformaciones tanto en la concepción como en las prácticas de la asistencia en el mundo bajomedieval (López-Alonso 1984, 43-50).

Precisamente, la consolidación de esta desconfianza hacia la pobreza convirtió a los centros hospitalarios en herramientas indispensables para el buen funcionamiento de la urbe (Jetter 1972)<sup>15</sup>. En este sentido, los primeros hospitales urbanos se fueron originando, durante la Plena Edad Media, como pequeñas instituciones de caridad establecidas para cuidar a todo tipo de personas pobres, así como también a huérfanos, discapacitados y ancianos – sanos y enfermos por igual –<sup>16</sup>. Por ejemplo:

En la Corona de Aragón, los documentos de principios del siglo XIV a menudo describen al colectivo de residentes del hospital como *pauperes et infirmi*, y probablemente estaríamos en lo cierto al pensar en ellos como

<sup>14</sup> *A priori*, parece difícil disociar el impacto de la mortalidad en la estructura del mercado laboral de las consiguientes leyes para limitar la vagabundería o reforzar las políticas de seguridad y sanidad públicas. Sin embargo, a partir del estudio del caso florentino, se afirma que «there is little proof that in Florence the Black Death led to new distinctions between the worthy and unworthy poor» (Henderson 1994, 304).

<sup>15</sup> Sobre las características de los primeros hospitales medievales, véase Barceló-Prats 2018, 7-30.

<sup>16</sup> Lindgren (1977-1978, 32-53) aporta una visión general sobre la evolución de la asistencia hospitalaria desde la Antigüedad hasta el siglo XV.

«los indefensos» en lugar de solo como los enfermos, es decir, como si todavía tuvieran una identidad principalmente social más que específicamente médica. (McVaugh 1993, 228)<sup>17</sup>

Así pues, a principios del siglo XIV era impensable que una ciudad no estuviera provista de estos establecimientos a fin de acoger, por ejemplo, a los viajeros pobres que cruzaban sus muros. Sin embargo, a este «dispositivo hospitalario»<sup>18</sup>, caracterizado por la escasez de supervisión médica y por su inespecificidad en el auxilio de los pobres, le fue imposible adaptarse a los cambios sociales surgidos a partir de la irrupción de la peste negra de mediados del siglo XIV. En este contexto, el sistema hospitalario debía haber jugado un papel protagonista, pero tras las sucesivas crisis y epidemias del siglo XIV resultaba obsoleto e insuficiente para responder a las nuevas necesidades sociales y económicas aparecidas en la Baja Edad Media (Roca-Cabau 2018a, 40). Ello obligó a realizar, en toda la Europa latina, una reforma hospitalaria fundamentada en dos características muy concretas (Bianchi y Slón 2006, 12-13; Bridgewater 2020, 178-228):

La primera consistió en una incipiente medicalización de la atención hospitalaria, mediante la cual, para algunos administradores y patronos de hospitales, una atención específicamente médica – ya fuese proporcionada por médicos o cirujanos – llegó a ser vista como de particular valor (McVaugh 1993, 229). Dicha «medicalización hospitalaria», definida en estos términos, tuvo diferentes ritmos según el territorio de la Europa medieval y moderna al que nos refiramos. Mientras en algunas zonas de Italia (Piccinni 2016, 8-26) o de la Corona de Aragón (Ferragud 2014, 305-324) los médicos estuvieron cada vez más asociados a los hospitales después de 1350, quizás como reacción a la llegada de la peste, en Inglaterra los primeros médicos adscritos a los hospitales de Londres no se encuentran hasta principios del siglo XVI (McVaugh 1993, 229).

El desarrollo de la segunda característica dio lugar a la génesis de una nueva institución asistencial – el «hospital general» –, entendido éste como

<sup>17</sup> Es traducción del siguiente fragmento original en inglés: «In the Crown of Aragon, documents from the early of 1300s often describe hospital residents collectively as pauperes et infirmi, and we would probably be right to think of them as “the helpless” rather than as just the sick, that is, as still having primarily a social rather than a specifically medical identity».

<sup>18</sup> En lugar de hablar de sistema «hospitalario» o de «red» de hospitales, preferimos utilizar la noción de «dispositivo» (Foucault 1984). Eso es, un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, etc. En definitiva, los elementos de un dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no-dicho.

la unión de pequeños hospitales o la creación *ex novo* de edificios asistenciales de mayor envergadura. Así pues, la estrategia de las autoridades políticas, tanto civiles – municipios y corona – como eclesiásticas – obispos y órdenes religiosas –, pasó por la adopción de procesos de concentración o fusión del patrimonio de los pequeños hospitales de una ciudad<sup>19</sup>, no solo para poder crear y mantener uno más grande y eficiente, sino para que este último fuese también motivo de orgullo ciudadano:

El auge de los grandes hospitales urbanos durante la Baja Edad Media puede explicarse por la adscripción a una serie de características, no necesariamente estandarizadas, que hemos reunido bajo el concepto de «referencialidad». Este concepto define el éxito de un conjunto de grandes hospitales urbanos capaces de generar admiración y adhesión. Los grandes hospitales pueden estar asociados con ciertos procesos deseables, como la racionalización administrativa y las economías de escala, pero también con epítetos más difusos – y ciertamente más importantes en el imaginario medieval – como la nobleza, la fama y la belleza. En ello radicaba el potencial para captar la atención de posibles donantes, tanto del entorno inmediato como a nivel interregional, en un contexto histórico aún marcado por el pluralismo médico y una cultura asistencial no hospitalaria. (Bridgewater 2020, 332)

Una experiencia pionera de creación de un gran hospital general tuvo lugar en Barcelona, en el año 1401, con la inauguración del Hospital de la Santa Cruz (Lindgren 1980, 14-137; Bridgewater 2020). Fundado a partir de la absorción de seis de los hospitales preexistentes en la ciudad, su nueva fábrica fue alabada como «lum, noblesa, ornament, laor, glòria e amplitud» (Conejo 2014, 415). Este experimento hospitalario se convirtió, rápidamente, en un modelo de referencia para el resto de las ciudades de la Corona de Aragón. En este sentido, unos años más tarde el Consejo General de Mallorca pidió al rey Alfonso el Magnánimo la creación de un hospital que fuera «hun notable hospital [...] així com a Barchinona» (Bordoy y Cruz 2002, 117-118). De esta manera, la consolidación de este modelo hospitalario en la Corona de Aragón se produjo a lo largo del siglo XV y primera mitad del XVI, no solo en las ciudades grandes, sino también en las de menor tamaño (López-Terrada 1999, 177-200). Así, en 1425 inauguraba su hospital general la ciudad de Zaragoza (Baquero 1952)<sup>20</sup>; en 1454 Lérida (Roca-Cabau 2018a, 31-54); en 1456 Mallorca (Cassanyes 2018, 133-153); en 1464 Tarragona (Barceló-Prats 2015, 4-19); y, entre otros casos, en 1512 lo hacía Valencia (López-Terrada

<sup>19</sup> Un ejemplo, centrado en Barcelona, de cómo los hospitales medievales gestionaban sus patrimonios, puede verse en Lindgren 1987, 525-532.

<sup>20</sup> Villagrasa (2016) presenta una visión global de la red de hospitales en el Aragón medieval.

1986). Estos procesos de consolidación hospitalaria también se dieron, por citar un par de ejemplos más, en la Corona de Castilla (Arrizabalaga 1999) o en regiones del norte de Italia (Piccinni 2017, 139-152). Sin embargo, aunque también se documentan algunos casos a finales del siglo XV y comienzos del XVI, en estos territorios la extinción de los pequeños hospitales para crear uno «general» no fue frecuente hasta mediados del siglo XVI y se demoró hasta el XVII. Ello pone de manifiesto la diversidad cronológica de estos procesos según las sociedades estudiadas.

A su vez, el surgimiento de estas nuevas instituciones abrió la posibilidad de asistir a grupos más específicos de pobres y/o proporcionar una atención más «especializada» a sus necesidades. Dicho en otras palabras, el «hospital de pobres» dejó paso al «hospital para pobres enfermos», en un contexto aún marcado por el pluralismo asistencial y una cultura médica que aún no contemplaba el hospital como un espacio sanitario.

Sin embargo, todavía hay que señalar una novedad más en el panorama europeo de los siglos XV y XVI. Además de los hospitales generales, también empezaron a surgir los hospitales destinados a la atención de una enfermedad específica como, por ejemplo, el «mal francés» – la sífilis – (Arrizabalaga 2021, 277-293). En este sentido, tampoco conviene olvidar la división que empezó a operar durante el periodo bajomedieval – y que se amplió en el temprano-moderno – entre los hospitales «generales» y los hospitales de «incurables»<sup>21</sup> como, por ejemplo, los destinados a acoger dementes (Huguet y Arrizabalaga 2010). A diferencia de los hospitales generales, estos modelos de medicalización de la asistencia a ciertos colectivos de pobres que padecían una enfermedad concreta, ya fuese infecciosa – la sífilis – o incurable – la locura –, implicaron la evolución del concepto de «hospital para pobres enfermos» hacia el de «hospital para enfermos pobres». Más allá de la especialización intrínseca que conlleva este juego de palabras, fruto de una imparable tendencia hacia un patrón asistencial cada vez más organizado y sistemático, lo cierto es que los «pobres» continuaron siendo el objeto de atención de los hospitales durante el periodo moderno (Tomassetti 2019, 91-127).

En conclusión, se puede afirmar que, independientemente de las diversas transformaciones que los hospitales europeos experimentaron durante el transcurso de los siglos bajomedievales y modernos, el modelo de hospital general surgido a principios del siglo XV se mantuvo en esencia inalterado durante todo el Antiguo Régimen. En esta arena, fueron los

---

<sup>21</sup> Por ejemplo, desde sus orígenes – en el último tercio del siglo XVI –, la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios se «especializó» en la atención a pacientes «incurables».

administradores de los hospitales – en tanto que representantes legales de la institución – los que ostentaron y ejercieron el poder sobre el funcionamiento ordinario de la institución, al tiempo que los médicos solo eran contratados por aquellos para ejercer en el hospital (Granshow 1993, 1184-1186). Por eso, habitualmente, en el proceso de admisión pesaban más los criterios sociales que los estrictamente médicos. Como veremos a continuación, no fue hasta finales del siglo XVIII y ya durante todo el XIX que, dentro del contexto del nuevo orden social burgués y liberal, el hospital se fue convirtiendo gradualmente en una institución médica.

### **Segunda etapa de medicalización: la comprensión de las enfermedades epidémicas como punto de inflexión de la nueva significación científica del hospital**

El inicio de la segunda etapa de medicalización supuso el desarrollo de los procesos que desembocaron en la hegemonía del actual «modelo médico»<sup>22</sup>. Ello implicó la consiguiente extensión de la disponibilidad de asistencia médica que, finalmente, terminó conduciendo a la creación de los seguros de enfermedad (Sigerist 1984, 187-210). Esta segunda fase, que se inició a finales del siglo XVIII, estuvo caracterizada por el papel que los Estados empezaron a desempeñar, mediante una incipiente regulación legislativa, en la gestión de la enfermedad y la salud de la población y, a nivel hospitalario, supuso un primer punto de inflexión para dejar atrás el vetusto binomio formado por la «pobreza» y la «caridad» que, como ya hemos visto, hasta entonces había impregnado la historia de los hospitales. Ello conllevó, por ejemplo, el traslado sistemático de los dementes a nuevas construcciones manicomiales construidas *ad hoc* (Comelles 2006, 77-83). En cambio, la segregación de otros colectivos vulnerables – tales como los expósitos, ancianos o mendigos – hacia Casas de Caridad, de Misericordia y otras *workhouses* ya se venía produciendo, como mínimo, desde finales del siglo XVI y principios del XVII.

La segunda etapa de medicalización trajo consigo numerosas y profundas transformaciones en la asistencia médica, especialmente en el ámbito hospitalario. Sin embargo, en este apartado solo profundizaremos en las dos que consideramos que guardan relación más directa con el objeto de estudio de este texto. En primer lugar, veremos los cambios que introdujo

<sup>22</sup> El actual modelo médico hegemónico está caracterizado por su «biologismo, individualismo, a-sociabilidad, a-historicidad, mercantilismo y eficacia pragmática» (Menéndez 1978, 16).

el «nacimiento de la clínica» (Foucault 1963; Ackerknecht 1967), cuyas consecuencias permitieron que los hospitales se fueran convirtiendo en espacios de observación y fabricación de nuevos saberes a partir de estudios realizados sobre cuerpos vivos. La enfermedad, pues, pasó a ser presa de un doble sistema de observación. Por un lado, se mantenía la mirada que la confundía y la reabsorbía en el conjunto de las miserias sociales por suprimir; pero, por el otro, iba en auge la mirada que la aislaba para cercarla mejor en su verdadera naturaleza (Foucault 2001, 69). En segundo lugar, describiremos cómo las consecuencias asociadas al desarrollo de la bacteriología consiguieron mantener e incluso incrementar la ligazón entre la investigación y la enseñanza médica. Esta nueva perspectiva, justo cuando la observación macroscópica del cuerpo parecía haber alcanzado el final de su cometido, permitió empezar a comprender con más detalle el funcionamiento de las enfermedades epidémicas.

### **El nacimiento de la clínica y la resignificación médica del hospital**

En el contexto sociopolítico que desembocó en la Revolución francesa, la pugna entre la recién creada *Société royale de médecine*, en 1778, y la considerada caduca Facultad de París puso de relieve la necesidad de una nueva educación médica. La eclosión de esta nueva manera de entender la medicina, basada a grandes rasgos en la experimentación clínica (Steudler 1974; Von Buelzingsloewen 1997), la realización de autopsias y la estadística médica, incrementó el interés de médicos y cirujanos por la institución hospitalaria (Risse 1996, 75-96). Dicho interés, cimentado sobre la comprobación anatomoclínica de los diagnósticos, terminó otorgando al hospital una nueva significación médica como *machine à guérir* (Foucault 1976).

Esta profunda reorganización resignificó, entre los siglos XVIII y XIX, el hospital como institución científica (Foucault 1963; Ackernecht 1967). Dicho en otras palabras, se estableció un antes y un después entre el carácter científico del nuevo hospital y la orientación social y religiosa de su precursor en el Antiguo Régimen. Inevitablemente, este enfoque histórico puso en cuestión, durante mucho tiempo, la significación médica de los hospitales en épocas pretéritas, caracterizándolos simplemente como «antesalas de la muerte». Esta interpretación restrictiva del concepto historiográfico de «medicalización», basado en la antítesis entre el curar y el cuidar – eso es, en la oposición entre la nueva «mirada clínica» producida por los médicos y el tradicional cuidado de los enfermos realizado por el personal religioso

y supervisado por los administradores –, fue la primera en erigirse como el estandarte explicativo del modelo moderno de hospital medicalizado<sup>23</sup>.

Hubo que esperar a investigaciones posteriores para que, analizando el hospital como espacio de creación y difusión del conocimiento científico, se empezara a poner en entredicho que, al menos de forma abrupta, no hubo tal liquidación ni subordinación de los aspectos religiosos respecto a los sanitarios (Horden 1988; Henderson 2001). Así pues, en contra del paradigma historiográfico que presentó a la clínica parisina como una revolución producida a finales del siglo XVIII, el aumento del prestigio de la profesión médica dentro del hospital fue el resultado de un proceso lento y no carente de controversias que implicó negociaciones con otras fuerzas integrales en el funcionamiento de la institución como, por ejemplo, los administradores<sup>24</sup>. En este sentido, hay que recordar que la perspectiva histórica adoptada por el «positivismo» estuvo sesgada por los límites con los que estudió la «medicalización» del hospital y, por consiguiente, la teoría según la cual la figura médica fue la única que instigó y consolidó la reinvención de este nuevo modelo hospitalario, a finales del siglo XVIII, hace tiempo que ha sido refutada (Gelfand 1980; Barry y Jones 1991).

Así pues, dentro del contexto de un nuevo orden social burgués y liberal, el hospital fue convirtiéndose en una institución médica y de asistencia sanitaria. El desarrollo de este nuevo tipo de hospital, un proceso cuyas raíces deben buscarse mucho antes del final del siglo XVIII, no debe vincularse solamente al progresivo aumento del número de médicos y cirujanos que prestaban su amplio abanico de servicios médicos y paramédicos en su interior. Debe asociarse, también, a su conversión como escenario para la formación de profesionales sanitarios y también como núcleo de la «producción y difusión de los nuevos conocimientos científicos dentro de los ámbitos de la medicina práctica, tanto en su vertiente diagnóstica – análisis químicos, bacteriología y radiología – como terapéutica – cirugía, farmacología y terapéutica física –» (Huguet 2004, 46). Por su parte, el viejo hospital caritativo de enfermos pobres se fue quedando al margen de esta nueva significación hospitalaria, sin que ello fuera óbice para que los médicos lo continuaran utilizando para adquirir reputación y pericia clínica.

<sup>23</sup> Para una detallada reflexión historiográfica sobre el hospital como espacio de medicalización, véase Huguet 2004, 41-48.

<sup>24</sup> La medicina clínica no llegó de golpe para ocupar un vacío institucional. Por eso, su implementación tuvo que ser negociada, durante todo el siglo XIX, con el resto de los ocupantes y guardianes de la institución hospitalaria (Jones 1997).

Si bien la consideración del hospital como instrumento imprescindible para la enseñanza y la experimentación médica no se reafirmó hasta bien entrado el siglo XX<sup>25</sup>, lo cierto es que durante el siglo XIX ya se pueden observar rasgos de este proceso. Sirva de ejemplo la vinculación de los hospitales a las nuevas Facultades de Medicina o la construcción de un «paciente hospitalario» (Jones 1997), fruto de una medicina basada en la educación sensorial que conllevó, lógicamente, novedades didácticas como la lección clínica o el internamiento en servicios hospitalarios previos a la graduación. Sin embargo, a pesar de que la práctica hospitalaria se sustentó cada vez más sobre las bases clínicas, también hay que tener presente que, al menos hasta la consolidación de la medicina de laboratorio, el desarrollo científico afectó más a las propias percepciones de los sanitarios que a sus terapias (Vogel 1980).

### **El desarrollo de la bacteriología y su influencia en la génesis del hospital moderno**

La publicación de la *Cellulärpathologie* de Rudolf C. Virchow, en 1858, inició una nueva etapa en el estudio microscópico del organismo humano<sup>26</sup>. El desarrollo de la bacteriología y sus consecuencias no solo consiguió mantener e incluso incrementar la ligazón entre la investigación y la enseñanza médica, tanto en la selección del profesorado como en la práctica docente (López-Piñero 2002), sino que también permitió empezar a comprender con más detalle el funcionamiento de las enfermedades epidémicas.

Arquitectónicamente, el modelo de referencia que se impuso para todas las construcciones hospitalarias fue el «formado por un conjunto seriado y lineal de naves independientes, soleadas y bien aireadas, a las que se denominó pabellones en alusión a las ligeras estructuras militares que las originaron» (Pieltaín 2003, 152)<sup>27</sup>. En este nuevo tipo ideal de hospital, que estuvo en boga durante la segunda mitad del siglo XIX y hasta

<sup>25</sup> Una detallada evolución del hospital hacia una institución esencialmente médica, a partir del estudio de caso español, puede verse en Valenzuela y Rodríguez-Ocaña 1993, 107-131.

<sup>26</sup> Siguiendo el camino iniciado en etapas precedentes por Hermann Boerhaave o François Xavier Bichat, con Rudolph Virchow se consolidó el estudio de la lesión como fundamento del saber patológico.

<sup>27</sup> La tipología de pabellones se impuso para todas las construcciones asistenciales y sustituyó, definitivamente, el hasta entonces modelo de referencia en el área mediterránea consistente en el monolito palaciego que propuso Filarete para el Hospital de Milán en el siglo XV. Para una descripción de las influencias de la arquitectura de Filarete, véase Suárez-Quevedo 2012.

el período de entreguerras, la medicina general empezó a fraccionarse aceleradamente en un conjunto de disciplinas especializadas. Dicho en otras palabras, esta estructura arquitectónica permitió que cada especialidad médica tuviera su propio pabellón, favoreciendo un funcionamiento independiente respecto del resto. Los ejemplos más demostrativos de esta mentalidad fueron el hospital de «Ependorf de Hamburgo, en cuya área se llegaron a construir más de cien edificios independientes» (Aragó 1967, 37); el Hospital Mayor de Milán (Moretti 1935, 94-96); o el Hospital Johns Hopkins de Baltimore (Thompson y Goldin 1975, 175-187). En España, el gran ejemplo de este tipo de arquitectura lo encontramos en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, cuya construcción se empezó en 1902 (Terreu 2016, 80-103).

Sin embargo, pocos años después de la inauguración oficial del mencionado hospital barcelonés, en 1930, la organización en pabellones empezaría a caer en desuso. Ello no solo fue consecuencia de la introducción de la teoría de los gérmenes y de la falta de espacio para incorporar las dotaciones que requerían los nuevos métodos antisépticos, sino también de la necesidad de dar respuesta a la progresiva complejidad y cualificación del hospital de especialidades, cuya diversidad funcional exigió la incorporación de personal sanitario técnico que fue relegando a un segundo plano al religioso, hasta entonces responsable de la gestión del día a día. Por consiguiente, tras la Segunda Guerra Mundial:

Los grandes hospitales comenzaron a acusar la presión de una aglomeración inaudita: pacientes internos y externos, médicos especialistas, enfermeras, celadores, estudiantes y todo el personal de apoyo (...) y sus edificios lineales se fueron deformando por grandes cuerpos anexos que hacían presencia sobre los antiguos jardines de separación, sus corredores se volvieron laberínticos, interminables y demasiado estrechos para dar cabida a sus nuevos ocupantes. (Pieltaín 2003, 160-162)

Fue entonces cuando se abrió paso la idea de construir el hospital como un bloque compacto gracias a la posibilidad de mantener un ambiente aséptico. El conocido como hospital «monobloque» permitía racionalizar el desorden generado en el hospital de pabellones por el desarrollo de la ciencia clínica. Superado el temor al contagio y gracias al desarrollo del ascensor, el hospital se construyó apilando especialidades de forma vertical, reduciendo las distancias e introduciendo una mayor economía, tanto por la menor necesidad de terreno como por el ahorro, entre muchos otros aspectos, en calefacción, alumbrado o limpieza.

En conclusión, a finales del siglo XIX la profesión médica ya era del todo consciente de las potencialidades médicas de las instituciones hospitalarias, tanto en lo concerniente al progreso científico como en lo relacionado con la calidad de la enseñanza profesional. Debemos situar la cristalización del hospital contemporáneo «en Europa central a partir de 1870 y en los Estados Unidos de América (EUA) un par de decenios más tarde, si bien la historia de esta institución en los EUA vivió ritmos acelerados y un tanto diversos a los de Europa, en los años decisivos previos a la primera guerra mundial» (Salmón, García-Ballester y Arrizabalaga 1990, 13). En cualquier caso, no se puede desvincular la irrupción del hospital moderno del movimiento de reforma de la educación médica, así como del desarrollo de la bacteriología, que los grupos médicos de vanguardia, formados principalmente en la Europa central y más tarde también en EUA, pusieron en marcha durante la segunda mitad del siglo XIX (Risse 1999, 422-448). Gracias a ello, durante todo el siglo XX, el hospital fue pasando progresivamente de ser visto como un lugar de acogida a los «enfermos pobres» a convertirse en una institución abierta a toda la comunidad y, por consiguiente, elegible por su idoneidad para recuperar la salud por parte del resto de sectores sociales – con especial énfasis de las capas sociales altas y medias que hasta entonces eran receptoras de una asistencia médica domiciliaria –. En síntesis, el advenimiento del hospital moderno puso las bases de un modelo de medicina que ha perdurado hasta la actualidad<sup>28</sup>.

## Reflexiones finales

En las páginas precedentes, hemos abordado desde una mirada histórica de *longue durée* la relación existente entre las etapas en las que se puede dividir el proceso de medicalización, la presencia y conceptualización de enfermedades – especialmente las epidémicas – y los cambios acontecidos en la naturaleza de los hospitales, así como el papel asignado a estas instituciones en los contextos sociales analizados. De este modo, la primera fase de medicalización, desarrollada en la Europa bajomedieval y centrada

---

<sup>28</sup> Hay que recordar que dicho modelo de medicina hospitalaria se caracterizó por «la introducción de las ciencias básicas biomédicas en el currículum médico, la necesidad de la investigación para el progreso médico, la fundamentación de la enseñanza médica sobre dicha investigación, la necesidad de especialización médica y la conversión del hospital en el centro en torno al cual giraba la investigación, la docencia y la asistencia médicas» (Salmón, García-Ballester y Arrizabalaga 1990, 23).

en un ámbito principalmente urbano, consolidó la pericia médica como un elemento esencial para secularizar el conocimiento y significado de la enfermedad, otorgando al médico el estatus de *artifex factivus sanitatis*, al tiempo que se producía la organización sanitaria de las ciudades.

Paralelamente, los tradicionales hospitales medievales – entendidos como instituciones asilares dedicadas a todo tipo de pobres – evidenciaron la imposibilidad de responder a los cambios sociopolíticos que se estaban produciendo en esta época, algo en lo que tuvo especial relevancia las sucesivas oleadas pestilenciales que, periódicamente, asolaron Europa desde 1348. A consecuencia de ello, las instituciones hospitalarias experimentaron dos cambios fundamentales: la concentración y la medicalización. Por un lado, la concentración de hospitales posibilitó el surgimiento de un nuevo modelo arquitectónico y asistencial de hospital – el hospital general – que experimentó pocos cambios conceptuales durante el Antiguo Régimen. Por otro lado, aunque la medicalización hospitalaria no se dio de forma decidida hasta finales del siglo XVIII –con lo que Michel Foucault denominó el «nacimiento de la clínica»–, paulatinamente el «hospital para pobres» fue evolucionando hacia el «hospital para pobres enfermos» y, progresivamente, hacia el «hospital para enfermos pobres». Sin embargo, no debemos olvidar que, aunque este último ya se trataba de un establecimiento centrado en una patología concreta – hecho que ayudó a enfatizar la condición de enfermo del asistido –, todavía no podía considerarse como una institución eminentemente sanitaria, puesto que eran sus administradores – legos en medicina – quienes aún determinaban el funcionamiento del hospital, así como los criterios de admisión a éste.

Como hemos señalado, todo este proceso no se hizo de forma abrupta, pero sí recibió un empuje definitivo de la mano de la mentalidad anatómopatológica que ayudó a convertir la institución en un centro de observación de la enfermedad y de fabricación de saberes ligado a las Facultades de Medicina. De igual modo, de la mano de la ciencia bacteriológica, el desarrollo de la mentalidad etiopatológica fue extinguiendo el declinante binomio pobreza-caridad que había sustentado la existencia de los hospitales en época preindustrial. Precisamente, este hecho motivó que, durante muchos años, arraigase la idea de los hospitales medievales y del Antiguo Régimen como poco más que las antecámaras de la muerte, a partir de la antítesis creada entre el curar y cuidar.

En cualquier caso, el advenimiento del hospital moderno, cuyos inicios podemos datar a caballo entre los siglos XIX y XX, puso las bases de un

modelo de medicina que ha perdurado hasta la actualidad. No podemos abordar ya aquí cómo la creciente complejidad de la ciencia médica y quirúrgica, además de otros factores sociales y demográficos, contribuyeron a poner de manifiesto la necesidad de una nueva política hospitalaria, cuyo proceso de instauración fue extraordinariamente complejo y tuvo distintas velocidades según las características nacionales y de la propia historia médica, social, económica y política de cada país en cuestión.

No queremos finalizar sin añadir un par de reflexiones a modo de conclusión. En primer lugar, hay que recordar que la ciudadanía de los países occidentales fue integrando, durante todo el siglo XX, una nueva cultura sanitaria fundamentada sobre una realidad hospitalaria que ha llegado a ser altamente tecnificada y con especialistas médicos bien formados. Ello comportó que buena parte del sistema sanitario se hiciera bascular sobre los hospitales. Así, debido a esta circunstancia, el significado del hospital sigue siendo central en las culturas de la salud que actualmente comparten tanto los profesionales sanitarios como la población en general. En un momento en que la pandemia de COVID-19 ha evidenciado las carencias de estos sistemas sanitarios, la «hegemonía» del hospital debería ser tomada en cuenta en los debates actuales sobre la reforma del sector salud, al menos, como un elemento de análisis necesario que, junto con otros, influye en la sostenibilidad y accesibilidad a los servicios asistenciales – ya sean públicos o privados –.

En segundo lugar, en relación con este proceso de reforma, los cambios a introducir no solo deberían tener en cuenta el hospitalocentrismo mencionado sino también la «cultura sanitaria» en toda su globalidad. En este sentido, este texto ha querido poner de relieve cómo la «medicalización», siempre y cuando la consideremos como un proceso cultural – sin olvidar otras facetas –, puede ser una herramienta analítica útil, también desde una perspectiva histórica, para acercarnos con mayor facilidad a los procesos culturales relacionados con la salud y la enfermedad. Eso es, a las relaciones que se producen entre expertos y profanos, entre lo local y lo global, entre colectividades e individuos e, incluso, a las raíces que actualmente configuran las lógicas de hegemonía y subalternidad inherentes a cualquier «cultura de la salud».

## Bibliografía

- ACKERKNECHT, Erwin H. 1967. *Medicine at the Paris hospital, 1794-1848*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- AGRAMONT, Jacme. 1998. *Regiment de preservació de pestilència (Lleida 1348). Estudios introductorios y glosario a cargo de Luis García Ballester, Joan Veny y Jon Arrizabalaga*. Barcelona: Enciclopedia Catalana.
- ARAGÓ, Ignasi. 1967. *Els hospitals a Catalunya*. Barcelona: Imp. Altés.
- ARRIZABALAGA, Jon. 1999. «Poor relief in Counter-Reformation Castile: An overview». In *Health care and poor relief in Counter-Reformation Europe*, editado por Ole P. Grell, Andrew Cunningham y Jon Arrizabalaga, 151-76. London-New York: Routledge.
- ARRIZABALAGA, Jon. 2001. «Discurso médico y prácticas sanitarias frente a la enfermedad epidémica en la Europa medieval». In *Demografía y sociedad en la España bajomedieval: Aragón en la edad media: sesiones de trabajo*, 19-32. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- ARRIZABALAGA, Jon. 2006. «Hospitals, història i medicina: l'Hospital de la Santa Creu de Barcelona». In *Actes de la VIII Trobada d'Història de la Ciència i de la Tècnica*, editado por Josep Batlló, Jordi Ferran y Mercè Piqueras, 203-09. Barcelona: Institut d'Estudis Catalans.
- ARRIZABALAGA, Jon. 2014. «Asistencia, caridad y nueva ética de la responsabilidad colectiva ante la salud y la pobreza en el espacio urbano occidental del Antiguo Régimen». In *Ciudad y Hospital en el occidente europeo, 1300-1700*, editado por Teresa Huguet, Pere Verdés, Jon Arrizabalaga y Manuel Sánchez-Martínez, 27-48. Lleida: Editorial Milenio.
- ARRIZABALAGA, Jon. 2021. «Hospital care of venereal disease patients in Mediterranean Europe, 1495-1700». In *La syphilis. Itinéraires croisés en Méditerranée et au-delà, XVIe-XXIe siècles*, editado por Yann Ardagna y Benoît Pouget, 277-293. Aix-en-Provence: Presses Universitaires de Provence.
- BAQUERO, Aurelio. 1952. *Bosquejo histórico del Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza*. Zaragoza: Institución Fernando el Católico.
- BARCELÓ-PRATS, Josep. 2015. «El proceso de fusión hospitalaria en la ciudad de Tarragona (1464)». *Medicina & Historia* 1 (Quinta época): 4-19.
- BARCELÓ-PRATS, Josep. 2018. «Las raíces culturales del hospital medieval: El caso de Tarragona (ss. XII-XV)». *Revista de la CECEL* 18: 7-30.

- BARRY, Jonathan, y Colin Jones. 1991. *Medicine and charity before the welfare state*. London: Routledge.
- BETRÁN, José L. 2015. «El miedo a las epidemias. Una perspectiva desde la historia». *Pasajes: Revista de pensamiento contemporáneo* 48: 19-29.
- BIANCHI, Francesco, y Marek Slon. 2006. «Le riforme ospedaliere del quattrocento in Italia e nell'Europa centrale». *Ricerche di storia sociale e religiosa* 35 (69): 7-45.
- BORDOY, M<sup>a</sup> José, y Esther Cruz. 2002. «Notes per a l'estudi de l'Hospital General de Mallorca (segles XIV-XVI)». *Gimbernat: Revista d'Història de la Medicina i de les Ciències de la Salut* 37: 113-30.
- BRENNER, Elma. 2010. «Recent Perspectives on Leprosy in Medieval Western Europe». *History Compass* 8 (5): 388-406. <https://doi.org/10.1111/j.1478-0542.2009.00674.x>
- BRIDGEWATER, Pol. 2020. «Car vosaltres havets a veure sobre hospitals: el Consell de Cent i la construcció de la primera política hospitalària a la Barcelona baixmedieval». PhD diss., Universitat de Barcelona.
- BUSFIELD, Joan. 2017. «The concept of medicalisation reassessed». *Sociology of Health & Illness* 39 (5): 759-74. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12538>
- CASSANYES, Albert. 2018. «Los primeros cincuenta años del Hospital General de Mallorca: desde la fundación hasta la promulgación de las Ordenaciones (1456-1514)». *En la España Medieval* 41: 133-53.
- CIFUENTES, Lluís. 2002. *La ciència en català a l'Edat Mitjana i el Renaixement*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- CIPOLLA, Carlo M. 1986. *Contro un nemico invisibile. Epidemie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento*. Bolonia: Il Mulino.
- COMELLES, Josep M. 2006. *Stultifera Navis: la locura, el poder y la ciudad*. Lleida: Milenio.
- COMELLES, Josep M., Elisa Alegre-Agís and Josep Barceló-Prats. 2017. «Del hospital de pobres a la cultura hospitalocèntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán». *Kamchatka. Revista de anàlisis cultural* 10: 57-85. <https://doi.org/10.7203/KAM.10.10420>
- CONEJO, Antoni. 2014. «Lum, noblesa, ornament, laor, glòria e amplitud: los hospitales y la renovada imagen de la ciudad bajomedieval». In *Ciudad y Hospital en el occidente europeo, 1300-1700*, editado por Teresa Huguet, Pere Verdés, Jon Arrizabalaga y Manuel Sánchez-Martínez, 415-45. Lleida: Editorial Milenio.
- CORTÉS, Francisco. 2005. *Diccionario médico-biológico (histórico y etimológico) de helenismos*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca. <https://dicciomed.usal.es/palabra/confinamiento>

- CRANSHAW, Lindsay. 1993. «The hospital». In *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Vol. II. Londres: Routledge.
- DELUMEAU, Jean. 1989. *El miedo en Occidente: (Siglos XIV-XVIII). Una ciudad sitiada*. Madrid: Taurus.
- DEMAITRE, Luke. 2007. *Leprosy in Premodern Medicine*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- EGBE, Manfred, Elisa Alegre-Agís and Josep M. Comelles. 2017. «El efecto Danacol. Publicidad, alimentos funcionales y la construcción de la medicina folk». In *Comida y Mundo virtual. Internet, redes sociales y representaciones visuales*, editado por Lorenzo Mariano, F. Xavier Medina y Julián López-García, 247-283. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- FERRAGUD, Carmel. 2007. «Los oficios relacionados con la medicina durante la Baja Edad Media en la Corona de Aragón y su proyección social». *Anuario de estudios medievales* 37: 107-37.
- FERRAGUD, Carmel. 2014. «La introducción de los practicantes de la medicina en los hospitales del reino de Valencia durante la Baja Edad Media». In *Ciudad y hospital en el Occidente europeo, 1300-1700*, editado por Teresa Huguet, Pere Verdés, Jon Arrizabalaga y Manuel Sánchez-Martínez, 305-324. Lleida: Editorial Milenio.
- FOUCAULT, Michel. 1963. *Naissance de la Clinique. Une archéologie du regard médical*. París: Presses Universitaires de France.
- FOUCAULT, Michel. 1976. *Les machines à guérir: aux origines de l'hôpital moderne*. París: Institut de l'Environnement.
- FOUCAULT, Michel. 1977. «Historia de la medicalización». *Educación médica y salud* 11 (1): 3-24.
- FOUCAULT, Michel. 1984. «El juego de Michel Foucault». In *Saber y verdad*. Madrid: Ediciones la Piqueta.
- FOUCAULT, Michel. 2001. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mira médica*. México DF: Siglo XXI editores.
- GARCÍA-BALLESTER, Luis. 1992. «Medicina y filosofía natural en la Europa latina de los siglos XII y XIII: un debate abierto». *Arbor: Ciencia, pensamiento y cultura* 588-560: 119-46.
- GARCÍA-BALLESTER, Luis. 1994. «Universidad y nueva profesión médica en la Europa latina medieval: siglos XIII y XIV». In *Universidad, cultura y sociedad en la Edad Media*, editado por Santiago Aguadé, 105-30. Alcalá de Henares: Publicaciones de la Universidad de Alcalá.

- GARCÍA-BALLESTER, Luis. 1995. «Artifex factivus sanitatis: health and medical care in medieval Latin Galenism». In *Knowledge and the Scholarly Medical Traditions*, editado por Don Bates, 127-50. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511621666.007>
- GARCÍA-BALLESTER, Luis. 2004. *Artifex Factivus Sanitatis: Saberes y ejercicio profesional de la medicina en la Europa pluricultural de la Baja Edad Media*. Granada: Editorial de la Universidad de Granada.
- GARCÍA-BALLESTER, Luis, Roger French, Jon Arrizabalaga y Andrew Cunningham, eds. 1994. *Practical Medicine from Salerno to the Black Death*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GARCÍA-BALLESTER, Luis, and Jon Arrizabalaga. 1998. «El Regiment de Jacme d'Agramont y el Estudi de medicina de Lleida». In *Regiment de preservació de pestilència (Lleida 1348)*, editado por Luis García-Ballester, Joan Veny y Jon Arrizabalaga, 13-31. Barcelona: Enciclopedia Catalana.
- GELFAND, T. 1980. *Professionalizing Modern Medicine*. Westport CT: Greenwood Press.
- GEREMEK, Bronislaw. 1998. *La piedad y la horca: historia de la miseria y de la caridad en Europa*. Madrid: Alianza.
- GUTIÉRREZ, Bertha. 2020. «El lenguaje, entre los efectos de la pandemia». In *Cuarenta historias para una cuarentena: Reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*, editado por Ricardo Campos, Enrique Perdiguero-Gil y Eduardo Bueno, 20-24. Madrid: Sociedad Española de Historia de la Medicina.
- HENDERSON, John. 1994. *Piety and Charity in Late Medieval Florence*. Oxford: Clarendon Press. <https://doi.org/10.1111/j.1477-4658.2001.tb00116.x>
- HENDERSON, John. 2001. «Healing the body and saving the soul: hospitals in Renaissance Florence». *Renaissance Studies* 15 (2): 188-216.
- HERZLICH, Claudine, and Janine Pierret. 1991. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. París: Payot.
- HORDEN, Peregrine. 1988. «A discipline of relevance: the historiography of the later medieval hospital». *Social history of medicine* 1 (3) (Dec.): 359-374. <https://doi.org/10.1093/shm/1.3.359>
- HUGUET, Teresa. 2004. «Una reflexió historiogràfica sobre l'hospital com a espai de medicalització». *Gimbernat: Revista d'Història de la Medicina i de les Ciències de la Salut* 42: 41-48.
- HUGUET, Teresa, and Jon Arrizabalaga. 2010. «Hospital care for the insane in Barcelona, 1400-1700». *Bulletin of Spanish Studies* 87 (8): 81-104.
- JETTER, Dieter. 1972. *Geschichte des Hospitals*. Vol. III, Stuttgart: Franz Steiner.

- JONES, Colin. 1997. «The construction of the hospital patient in Early Modern France». In *Institutions of Confinement. Hospitals, Asylums, and Prisons in Western Europe and North America, 1500-1950*, editado por Norbert Finzsch y Robert Jütte, 75-96. Cambridge: Cambridge University Press.
- LEGAN, Joseph A. 2015. «The medical response to the Black Death». *Senior Honors Projects 2010-2019*. 103. <https://commons.lib.jmu.edu/honors201019/103>
- LINDGREN, Uta. 1977-1978. «Frühformen abendländischer Hospitäler im Lichte einiger Bedingungen ihrer Entstehung». *Historia Hospitalum* 12: 32-53.
- LINDGREN, Uta. 1980. *Bedürftigkeit, Armut, Not. Studien zur spatmittelalterlichen Sozialgeschichte Barcelanas*. Münster: Aschendorff.
- LINDGREN, Uta. 1987. «¿De qué vivían los hospitales?: Los fundamentos económicos de los hospitales de Barcelona de 1375 a 1500». *Anuario de estudios medievales* 17: 525-32.
- LÓPEZ-ALONSO, Carmen. 1984. «Los pobres medievales: de la caridad al rechazo». *Historia* 16 (97): 43-50.
- LÓPEZ-PIÑERO, José M. 2002. *La Medicina en la Historia*. Valencia: La Esfera de los Libros.
- LÓPEZ-TERRADA, M. LUZ. 1986. «El Hospital General de Valencia en el siglo XVI (1512-1600)». PhD diss., Universidad de Valencia.
- LÓPEZ-TERRADA, M. LUZ. 1999. «Health care and poor relief in the Crow of Aragon». In *Health care and poor relief in Counter-Reformation Europe*, editado por Ole P. Grell, Andrew Cunningham y Jon Arrizabalaga, 177-200. London-New York: Routledge.
- McVAUGH, Michael. 1993. *Medicine before the plague: practitioners and their patients in the crown of Aragon 1285-1345*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. 1978. «El modelo médico y la salud de los trabajadores». In *La salud de los trabajadores*, editado por Franco Basaglia, et al., 11-53. México DF: Nueva Imagen.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. 2005. «El modelo médico y la salud de los trabajadores». *Salud colectiva* 1 (1): 9-32.
- MOLLAT, Michel. 1988. *Pobres, humildes y miserables en la edad media*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- MONTFORD, Angela. 2004. *Health, Sickness, Medicine and the Friars in the Thirteenth and Fourteenth Centuries*. Aldershot: Ashgate.
- MORETTI, Bruno. 1935. *Ospedali*. Milano: Ulrico Hoepli Editore.
- MOULIN, Anne M. 1994. «Bacteriological research and medical practice in and out of the Pastorian School». In *French Medical Culture in the Nineteenth Century*,

- editado por Ann La Berge y Mordechai Feingold, 327-349. Leiden: Brill, Rodopi. [https://doi.org/10.1163/9789004418356\\_015](https://doi.org/10.1163/9789004418356_015).
- MOYA, Andrés, and Fernando Baquero. 2015. «La historia natural de las epidemias». *Pasajes: Revista de pensamiento contemporáneo* 48: 12-18.
- PARRILLA, Ferran. 2019. «La pesta negra del 1348 a la Corona d'Aragó. Una revolució social, econòmica i salubrista». *Gimbernat: Revista d'Història de la Medicina i de les Ciències de la Salut* 71: 13-22.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique, y M. Dolores Ruiz-Berdún. 2017. «Medicalización ¿Un concepto útil? Reflexiones a propósito de la investigación histórica de la cultura de la salud». In *Al servicio de la salud humana. La historia de la medicina ante los retos del siglo XXI*, editado por Alfons Zarzoso y Jon Arrizabalaga, 247-252. Sant Feliu de Guíxols: Sociedad Española de Historia de la Medicina.
- PICCINNI, Gabriella. 2016. «I modelli ospedalieri e la loro circolazione dall'Italia all'Europa alla fine del Medioevo». In *Civitas Bendita. Encrucijada de las relaciones sociales y de poder en la ciudad medieval*, editado por Gregoria Cavero, 8-26. León: Universidad de León.
- PICCINNI, Gabriella. 2017. «I grandi ospedali urbani dell'Italia medievale: all'origine del 'welfare'». In *L'assistència a l'Edat Mitjana*, editado por Flocel Sabaté, 139-52. Lleida: Pagès editors.
- PIELTÁIN, Alberto. 2003. «Los hospitales de Franco: La versión autóctona de una arquitectura moderna». PhD diss., Universidad Politécnica de Madrid.
- PINO, Luís M., y Hernández-González, Justo P. 2020. «Epidemia y peste, historia de una confusión terminológica». In *Cuarenta historias para una cuarentena: Reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*, editado por Ricardo Campos, Enrique Perdiguero-Gil y Eduardo Bueno, 15-19. Madrid: Sociedad Española de Historia de la Medicina.
- PITTS, Jesse. 1968. «Social control: the concept». In *International Encyclopedia of the Social Sciences*, editado por David L. Stills, 91. New York: Macmillan.
- RAWCLIFFE, Carole. 2006. *Leprosy in Medieval England*. Woodbridge: Boydell Press.
- RISSE, Guenter B. 1996. «Before the Clinic was 'Born': Methodological Perspectives in Hospital History». In *Institutions of Confinement. Hospitals, Asylums, and Prisons in Western Europe and North America, 1500-1950*, editado por Norbert Finzsch y Robert Jütte, 75-96. Cambridge: Cambridge University Press.
- RISSE, Guenter B. 1999. *Mending Bodies, Saving Souls. A history of hospitals*. New York: Oxford University Press.
- ROCA-CABAU, Guillem. 2018a. «La unión de los hospitales ilerdenses: el expediente de 1447». *Revista de la CECEL* 18: 31-54.

- ROCA-CABAU, Guillem. 2018b. «Medidas municipales contra la peste en la Lleida del siglo XIV e inicios del XV». *Dynamis* 38 (1): 15-39.
- RODRÍGUEZ-OCAÑA, Esteban. 2020. «Caracterización histórica de las epidemias». In *Cuarenta historias para una cuarentena: Reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*, editado por Ricardo Campos, Enrique Perdiguero-Gil y Eduardo Bueno, 26-30. Madrid: Sociedad Española de Historia de la Medicina.
- RUFFIE, Jacques, and Jean-Charles Sournia. 1995. *Les épidémies dans l'histoire de l'homme*. París: Flammarion.
- SALMÓN, Fernando, Luís García-Ballester y Jon Arrizabalaga. 1990. *La Casa de Salud Valdecilla. La introducción del hospital contemporáneo en España: origen y antecedentes*. Santander: Universidad de Cantabria.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy. 1994. «An essay: "AIDS and the social body"». *Social science & medicine* 39 (7) (Oct.): 991-1003. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90210-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90210-0)
- SCHUMACHER, Martín. 1993. «Prólogo». In *La medicalización de la sociedad*, editado por José P. Barrán. Montevideo: Nordan Comunidad, Goethe-Institut.
- SIGERIST, Henry. 1984. «De Bismarck a Beveridge. Desarrollo y tendencias de la legislación sobre seguridad social». In *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*, editado por Erna Lesky, 187-210. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- SINGER, Julie. 2011. *Blindness and Therapy in Late Medieval French and Italian Poetry*. Cambridge: Boydell & Brewer.
- STAUDLER, François. 1974. *L'hôpital en observation*. París: Armand Colin.
- SUÁREZ, Diego. 2012. «La Sombra del Quattrocento en las postrimerías del siglo XV hispano. Ideas, ideales, modelos». *Anales de historia del arte* 1: 197-224. [https://doi.org/10.5209/rev\\_ANHA.2012.39085](https://doi.org/10.5209/rev_ANHA.2012.39085)
- TERREU, Miquel. 2016. «L'arquitectura estudiada per Domènec i Montaner per al projecte dels hospitals de la Santa Creu i Sant Pau». *Domenechiana: revista del Centre d'Estudis Lluís Domènec i Montaner* 7: 80-103.
- THOMPSON, John D., y Grace Goldin. 1975. *The hospital: a social and architectural history*. New Haven-London: Yale University Press.
- TOMASSETTI, Stefano. 2020. «Dentro e fuori l'ospedale di età moderna. Idee, pratiche, contesti». *Storica* 25 (74): 91-127.
- VALENZUELA, José, y Esteban Rodríguez-Ocaña. 1993. «Lugar de enfermos, lugar de médicos: La consideración del hospital en la medicina española, siglos XVIII-XIX». In *La salud en el estado de bienestar: análisis histórico*, editado por Luis Montiel, 107-32. Madrid: Editorial Complutense, D.L.

- VENY, Joan, ed. 1971. *Regiment de preservació de pestilència de Jacme d'Agramont (s. XIV)*. Tarragona: Publicaciones de la Excelentísima Diputación Provincial.
- VILLAGRASA, Raúl. 2016. *La red de hospitales en el Aragón medieval (ss. XII-XV)*. Zaragoza: Institución Fernando el Católico.
- VOGEL, Morris J. 1980. *The invention of the modern hospital. Boston 1870-1930*. Chicago: Chicago University Press.
- VON BUELTZINGSLOEWEN, Isabelle. 1997. *Machines à instruire, machines à guérir. Les hôpitaux universitaires et la médicalisation de la société allemande, 1730-1850*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- WILLIAMS, Simon J., Catherine Coveney y Jonathan Gabe. 2017. «The concept of medicalisation reassessed: a response to Joan Busfield». *Sociology of Health & Illness* 39 (5) (Jun.): 775-80. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12576>
- ZOLA, Irving K. 1972. «Medicine as an institution of social control». *The Sociological Review* 20 (4): 487-504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>