Lugares de memoria y cultura material. Las identidades profesionales y la salud en la España contemporánea

Joaquim M. Puigvert
Alfons Zarzoso
(eds.)

SALUT
CULTURA
SOCIETAT

UdG

Lugares de memoria y cultura material. Las identidades profesionales y la salud en la España contemporánea

SALUT
CULTURA
SOCIETAT

Lugares de memoria y cultura material

Las identidades profesionales y la salud en la España contemporánea

Joaquim M. Puigvert
Alfons Zarzoso
(eds.)

Dades CIP recomanades per la Biblioteca de la UdG

CIP 61(460)(09) LUG

Lugares de memoria y cultura material : las identidades profesionales y la salud en la España contemporánea / Joaquim M. Puigvert, Alfons Zarzoso (eds.). – Girona : Universitat de Girona – Edicions UdG : Documenta Universitaria, octubre de 2026. – 1 recurs en línia (352 pàgines) : il·lustracions ; cm. – (Salut, Societat, Cultura)
Conté: Los lugares de memoria: reflexiones sobre un concepto historiográfico / Stéphane Michonneau ... – Descripció del recurs: 6 octubre 2026
ISBN 978-84-8458-823-8 (Universitat de Girona). ISBN 978-84-9984-763-4 (Documenta Universitaria)

I. Puigvert i Solà, Joaquim M. (Joaquim Maria), 1959- , editor literari II. Zarzoso, Alfons, editor literari III. Contenidor de (Obra): Michonneau, Stéphane. Los lugares de memoria: reflexiones sobre un concepto Historiográfico 1. Metges – Espanya – Història 2. Personal mèdic – Espanya – Història 3. Identitat col·lectiva – Espanya 4. Cultura material 5. Llibres electrònics

CIP 61(460)(09) LUG

Con la colaboración de:

Fundació Girona
Regió de Coneixement

Título de la colección: Salut, Cultura, Societat
Corrección del texto original: Esteve Gràcia Cano
Diseño de la colección: Documenta Universitaria

© del texto: de sus autores y autoras
© de la edición: Universitat de Girona - Edicions UdG
© de la edición: Documenta Universitaria®

DOI: 10.33115/b/9788499847634

ISBN: 978-84-8458-823-8 (Universitat de Girona)
ISBN: 978-84-9984-763-4 (Documenta Universitaria)

Gerona, octubre de 2026

Esta obra está sujeta a una licencia de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0). La licencia completa se puede consultar en: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Universitat de Girona

Documenta Universitaria
@DocUniv
documentauniversitaria.com

Índice

La formación de las identidades profesionales relacionadas con la salud. Historia y memoria. A modo de introducción 9
Joaquim M. Puigvert, Alfons Zarzoso

I. ESPACIOS Y PROFESIONALES. HERRAMIENTAS PARA EL ANÁLISIS HISTÓRICO

Los lugares de memoria: reflexiones sobre un concepto historiográfico 39
Stéphane Michonneau

Los intelectuales y los profesionales liberales en el pensamiento de Antonio Gramsci 51
Giaime Pala

Funciones intelectuales y modernizadoras de un profesional liberal «de comarca». El caso del farmacéutico ceretano Josep Maria Martí i Terrada (1837-1917) 71
Arnau Mayans Montés, Erola Simon Lleixà

Héroe y víctima. El médico rural en el discurso corporativo de los médicos en el siglo xix 95
Víctor M. Núñez-García, Darina Martykánová

La imagen del médico en la literatura catalana en el cambio de siglo xix-xx. Del ideal regenerador a la conciencia del fracaso 125
Margarida Casacuberta

II. REPRESENTACIÓN PROFESIONAL Y LUGARES DE MEMORIA DE LA SALUD

La Facultad de Medicina de Valencia: entre historia y memoria 159
Josep Lluís Barona

Funerales de hombres de ciencia en la Barcelona del primer tercio del siglo xx 179
Alfons Zarzoso

¿Lugares de memoria en el seno de lugares de memoria? Los artefactos memoriales materializados en necrológicas y biografías médicas (Cataluña, c. 1890-1936) 209
Lluís Coromina Verdaguer

Los sacerdotes de la ciencia en los altares de la patria. Presencia y representación de los profesionales de la salud en las galerías de ciudadanos ilustres de Cataluña (1871-1936) 235
David Cao Costoya

III. ESPACIOS DE SALUD Y LA CULTURA MATERIAL EN LA MEMORIA PROFESIONAL

Los primeros pasos de los museos hispanos de farmacia. Entre la dictadura de Primo de Rivera (1923) y la de Francisco Franco (1951) 271
Antonio González Bueno

Metabolismo pedagógico: el Museo Historicomédico de la Universitat de València y la memoria en conserva (1949-2025) 289
Josep Simon

Un desafío para los lugares de memoria en el siglo xxi. Los hospitales de sangre de la Guerra Civil española (1936-1939) 333
Clara Serna Alberola

Héroe y víctima. El médico rural en el discurso corporativo de los médicos en el siglo XIX[1]

Víctor M. Núñez-García
Universidad de Sevilla

Darina Martykánová
Universidad Autónoma de Madrid

> El médico, consternadísimo, sin saber qué hacerse, pero resuelto a pelear por sus últimos prestigios con una comedia de relumbrón y de aparato, aplicó el termómetro, investigó la reacción de las pupilas a la luz, por medio de una lupa, y púsose a auscultar, últimamente. El fonendoscopio, con sus níqueles y sus rojos auditivos, causaba siempre efecto extraordinario.

En la novela *El médico rural* (Trigo, 1912),[2] Esteban Sicilia, médico de la localidad extremeña de Palomas, trata de impresionar a la concurrencia, a pie de cama de una enferma moribunda, usando aparatos modernos y complejos para los no iniciados como el fonendoscopio, el termómetro y el oftalmoscopio. Se esfuerza por apuntalar su autoridad experta ante los habitantes del pueblo, de cuya salud en teoría está a cargo como médico titular del municipio y, sobre todo, trata de dejar patente la ignorancia y la ineptitud del tío Potes, un hombre local que se presenta como cirujano barbero y que es, para Sicilia, una indeseable competencia. El tío Potes trata de igual a igual al joven médico, formado en las facultades de Medicina de Madrid y de Sevilla, y lo llama denigratoriamente *hijillo*, aprovechando sus apuros en un acto asistencial en el que el propio médico se ve abrumado por su incapacidad para dar con un diagnóstico acertado y ante su propio convencimiento de ser incapaz de salvar la vida de la paciente.

1 Este capítulo se encuadra en el proyecto de investigación «Las clases medias: una historia cultural y transnacional entre la era de las revoluciones y el advenimiento de la sociedad posindustrial». MESOC [2024/00250/001]

2 Felipe Trigo (1864-1916) fue médico y novelista. Su novela *El médico rural* presenta un carácter autobiográfico incuestionable, Trigo fue médico rural en las localidades extremeñas de Trujillanos y de Valverde de Mérida (Granjel, 1974, 371-394).

Considerado un *charlatán*[3] por el médico, el tío Potes lleva mucho tiempo realizando operaciones de cirugía menor en el pueblo, y almacenando en su casa todo tipo de substancias e ingredientes para proveer a los vecinos de Palomas, localidad que carece de botica y obviamente de boticario, y de compuestos de uso tradicional (vomitivos, calmantes, purgantes, etc.). En contraste con su figura, respetada por los habitantes del pueblo, Esteban Sicilia, héroe y protagonista de la novela, sufre de déficit de autoridad, respetabilidad y reconocimiento en la pequeña comunidad en la que desarrolla su profesión, sobre todo tras unos primeros lances poco exitosos y ante su manifiesta falta de autoconfianza. De hecho, *el charlatán* no es su único rival; sufre una competencia que considera ilegítima por parte de otro médico, residente en Orbaz, una localidad cercana, quien acude a caballo a visitar pacientes a Palomas y no deja escapar oportunidad alguna para desprestigiar a su nuevo y joven colega.

La novela atribuye el fracaso inicial del doctor Sicilia no solo a sus competidores y a los prejuicios de la población rural, sino también a las propias deficiencias de su formación, una formación galénica eminentemente teórica donde no ha tenido prácticas clínicas ni ha visto a ningún enfermo. Asimismo, refleja el efecto del nihilismo terapéutico:[4] el médico es perfectamente consciente de la deficiente eficacia curativa de la medicina de la época, y de sus propias limitaciones para salvar enfermos en situaciones complejas y problemáticas. Si bien simpatiza con el joven médico, el relato no oculta los límites de la formación universitaria en medicina durante aquella época, y presenta la medicina rural como un arte complejo en el que hay que ser flexible y movilizar las habilidades más allá de la ciencia médica para tener éxito entre los pacientes.

A través de esta novela, publicada a comienzos del siglo xx, y de las peripecias del personaje de Esteban Sicilia, podemos entresacar los graves y acuciantes problemas a los que se enfrentaron los médicos rurales en el siglo anterior, el xix. Sin embargo, sería un error considerar esta y otras

3 Sobre el concepto de *charlatán* en el siglo xix véase Núñez-García y Martykánová (2021, 319-414).

4 El nihilismo médico, o nihilismo terapéutico, se define como varias formas y grados de desconfianza hacia la medicina y su práctica, desplegándose, por parte de la sociedad o de los propios médicos, una posición de escepticismo respecto a la utilidad de la medicina, y la eficacia de los actos médicos y terapéuticos (Gensollen, 2021, 1-18).

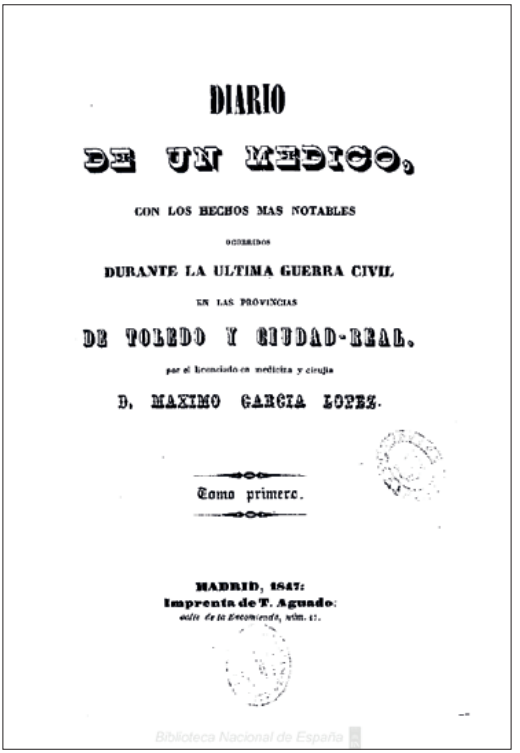
obras literarias,[5] ante todo, como testimonios de una realidad, si bien es cierto que algunos autores estaban muy bien informados sobre los retos a los que se enfrentaron los médicos rurales, al ser varios de ellos miembros de este maltratado colectivo. Las novelas y los cuentos protagonizados por los médicos rurales son, al mismo tiempo, espacios en los que se expresaron las tensiones entre lo rural y lo urbano; se manifestaron, cuestionaron, y redefinieron las diferencias de clase y sus significantes; se desplegaron las dudas sobre el desarrollo rural, sobre la relación entre la tradición y la modernidad, sobre la naturaleza de la autoridad y un largo etcétera.[6] Hay que entenderlas no solo como una fuente de información para los historiadores, sino también como vehículos de articulación de un discurso, como espacios de creación de representaciones y de autorrepresentaciones.

Así, no es casualidad que las obras literarias protagonizadas por médicos rurales situadas en el siglo XIX y a principios del siglo XX creen un lugar de la memoria muy potente en torno a las penurias del médico rural de la época, su falta de autoridad incuestionable y su posición precaria en una comunidad a la que inicialmente el médico era ajeno. Es esta una representación que absorbe los elementos principales del discurso profesional de los médicos decimonónicos en torno a la figura del médico rural (*médecin de campagne*, *Landarzt*, *medico condotto*, *vesnický lékar*), que analizaremos a continuación. Presentamos y analizamos esta imagen no solo como un reflejo de la realidad que vivían los médicos rurales, sino también como una figura retórica, una arma discursiva en la pugna de los médicos decimonónicos españoles (pero también franceses, italianos o checos, para nombrar solo algunos casos que conocemos gracias a las

5 Dotar de protagonismo a un médico rural es un fenómeno transversal en la literatura europea, que arranca con el escritor francés Honoré de Balzac y su obra *Le médecin de campagne* (1833); tiene su apogeo en las décadas de 1910-1930 y continua hasta los años 1960, cuando disminuyó en gran parte de Europa la brecha entre lo urbano y lo rural. Citemos autores, como los españoles Pío Baroja (*El árbol de la ciencia*, 1911) y el ya citado Felipe Trigo y su libro *El médico rural* (1912); el judío checoslovaco germanoparlante Franz Kafka y sus cuentos publicados en un volumen bajo el nombre *Ein Landarzt* (*Un médico rural*) en 1920; el ruso Mijáil Bulgakov, con su *Записки юного врача* (*Notas un joven médico*), publicadas por partes en los 1920 y recogidos en forma de libro en 1963; el turco Burhan Cahit Morkaya, *Köy Hekimi* (*El médico rural*), de 1931; el neerlandés Antoon Coolen con su novela *Dorp aan de rivier* (*El pueblo en el río*), de 1936, o el alemán Hermann Friedl y su *Der Landarzt. Roman* (*El médico rural. Una novela*), de 1962. Francia no solo era pionera en este tipo de obras, sino que se desarrolló allí todo un subgénero, la novela médica (Tonnellier, 2009, 57-63).

6 Para esta forma de entender las obras literarias (novelas, libretos de la ópera u obras de teatro) no solo como una fuente de información, sino como un espacio de articulación de discursos y de expresión de ansiedades, véase: Sommer, 1993; Guardia et al., 2020; Andreu, 2017, pp. 65-92.

investigaciones existentes)[7] por monopolizar la autoridad en el campo de la salud y afianzar su posición social entre las élites de las nuevas sociedades burguesas. Es sumamente relevante comprobar que las obras de ficción, incluso las escritas por personas que no eran médicos, amplificaron este discurso, reforzando su difusión y su legitimidad.



DIARIO

DE UN MEDICO,

CON LOS HECHOS MAS NOTABLES

OCURRIDOS

DURANTE LA ULTIMA GUERRA CIVIL

EN LAS PROVINCIAS

DE TOLEDO Y CIUDAD-REAL,

por el licenciado en medicina y cirujía

D. MAXIMO GARCIA LOPEZ.

Tomo primero.

MADRID, 1847:
Imprenta de T. Aguado:
calle de la Encomienda, núm. 47.

Biblioteca Nacional de España

Figura 1. Máximo García López, Diario de un médico, con los hechos más notables ocurridos durante la última guerra civil en las provincias de Toledo y Ciudad Real, Madrid, 1847. (BNE Digital)

7 Entre ellas: Rambousková, 2021, pp. 443-471; Fournier et. Al., 2019; Cosmacini, 1998.

El médico municipal (médico titular) en el medio rural. La lucha por la autonomía y la autoridad

La medicina rural y los médicos rurales han sido escasamente tratados por la historiografía española, aunque hay algunas aportaciones desde un enfoque local abordando estudios de caso concretos.[8] La mayoría de las investigaciones publicadas se centran en el siglo XVIII y las primeras décadas del XX (como los excelentes, pero poco conocidos y difícilmente accesibles trabajos de Victoria Blacik, 2012, 2013), dejando el siglo XIX en un lugar secundario escasamente tratado, al margen de algunos sólidos trabajos como los ya clásicos de Agustín Albarracín (Albarracín, 1974, 132-204; Albarracín, 1971, 119-186). El objetivo de este capítulo no es presentar un estudio exhaustivo de la medicina rural como realidad asistencial en el siglo XIX, un trabajo que, en gran parte, queda por hacer. Aquí nos conformamos con analizar las representaciones sociales del médico rural durante el siglo XIX, examinando el discurso profesional de los médicos en diálogo con las representaciones de los médicos rurales en la ficción y en la iconografía. En nuestros trabajos anteriores, hemos observado la centralidad de los temas vinculados al ejercicio de la profesión médica en las zonas rurales en el discurso corporativo-profesional de los médicos españoles. A lo largo del siglo XIX, la defensa de las condiciones profesionales y socioeconómicas de los médicos rurales se convirtió en uno de los lugares comunes de una estrategia discursiva más amplia, encaminada a situar el grupo profesional en una posición de autoridad, prestigio, respetabilidad, y honor dentro de sus entornos sociales y en la práctica profesional, ya fuesen zonas rurales o urbanas, y a insertar a los médicos entre las élites dentro de la emergente sociedad liberal en España. Todo ello en una época de grandes transformaciones y de reconfiguración de la propia profesión de médico, destacando como elemento más importante la fusión profesional entre la medicina y la cirugía. Los debates en torno a la situación de los médicos rurales y de la regulación por ley del empleo de los médicos por parte de los ayuntamientos, alimentaron algunas representaciones y autorrepresentaciones de la profesión médica, e informaron de la pugna por situar la profesión entre la vocación, el oficio y la ciencia, y por definir el lugar que debía ocupar en la sociedad.

8 Sobre los médicos rurales y otras cuestiones relacionadas con la medicina rural véase: Astrain, 2002, pp. 461-472; Albarracín, 1987; Galiana y Bernabéu-Mestre, 2006, pp. 139-164; Fernández, 2013; Schmitz, 2022; Alonso et al., 2000, pp. 101-107; Zafra et al., 2016, pp. 54-62. Para el siglo XX, véase Comelles et al., 2020, pp. 63-124.

Durante el siglo XIX, la reivindicación de la mejora de las condiciones profesionales y materiales de los médicos rurales fue una constante en la prensa profesional médica y en otros ámbitos de sociabilidad profesional, como academias médicas o asociaciones científicas. La prensa profesional, como medio de expresión de las inquietudes de la autodenominada *clase médica* —un grupo que se esforzaba por cohesionarse para reforzar su autoridad colectiva en la esfera pública—, actuó como catalizadora de una estrategia discursiva donde confluían denuncia y reivindicación. El médico rural fue presentado como una figura que aguantaba heroicamente las adversidades a las que se enfrentaba en su día a día, a la par que víctima de unas condiciones socioeconómicas y de práctica profesional injustas, que atentaban contra su decoro y su dignidad. Durante el Trienio Liberal, ya se denunciaba con claridad esta situación: «Si miramos á los de los pueblos, los veremos casi á todos dependientes de la ignorancia y arbitrariedad de los concejos, y en medio de la esclavitud y la indigencia».[9] A partir de la década de 1820, se aprecia una marcada dimensión colectiva en la estrategia discursiva del grupo profesional médico, de ahí la solidaridad mostrada por los periódicos profesionales de Madrid o Barcelona y por los médicos urbanos, normalmente mucho mejor remunerados, para con los médicos rurales, quienes sufrían económicamente por estar a merced de unos ayuntamientos que les pagaban poco y tarde, y también sufrían de falta de independencia, por su dependencia de las élites locales para que los ayuntamientos les contratasen, y de la buena opinión de estos potentados locales (caciques, líderes clientelares, terratenientes y otras *fuerzas vivas*) para ganarse un prestigio profesional y social que les permitiera labrarse una clientela privada que pagase honorarios.

Para la prensa médica, era un problema de primer orden que las cuestiones de salud pública en las zonas rurales estuviesen en manos de personas sobre cuya selección la comunidad médica no tenía ninguna influencia, fuese directa o mediada por el Estado. La prensa médica veía con recelo la potestad de los ayuntamientos para elegir entre los candidatos presentados a médico municipal según sus propios criterios y opinión, ya que no existía una normativa estatal que regulase este proceso selectivo según criterios científicos y profesionales. De hecho, durante el siglo XIX la práctica más extendida era que estos médicos fuesen elegidos a través de una votación de *vecinos notables* o directamente se contrataba

9 Idea general de la medicina española del siglo XVIII, y hasta el presente. (1820). *Décadas Médico-Quirúrgicas 1*(2), 63-64.

al candidato que señalaba el cacique local (Zafra et al., 2016, 56). Esta falta de control se presentaba como un problema de calidad de la atención sanitaria, al afirmarse que de este modo ejercían como médicos rurales personas «sin capacidad, conocimiento ni posición»,[10] que obtuvieron sus cargos por amistad, clientelismo o servilismo. Sin embargo, no existía consenso entre los médicos sobre cómo gestionar la asistencia sanitaria en las zonas rurales. Las posturas variaron desde la liberalización radical de la atención sanitaria, hasta las distintas formas de regular por ley los llamados *partidos médicos*, limitándose así el poder de los ayuntamientos y reforzándose, preferiblemente, la autorregulación profesional.[11]

Si nos trasladamos a finales del siglo XIX, la situación no parecía haber mejorado mucho, o al menos la línea discursiva en la prensa médica seguía la misma dinámica. En ese sentido, fue habitual que en importantes periódicos, como *El Siglo Médico* y en otras cabeceras, se publicasen cartas y artículos de médicos rurales donde testimoniasen sus penurias y dificultades. Así E. Muñoz, médico titular del partido de Valmaseda, en 1880 nuevamente explicitaba los problemas estructurales que habían sufrido y seguían sufriendo los médicos rurales a lo largo del siglo XIX:

> Los médicos de partido, los que uno y otro día, uno y otro año sienten cómo se va gastando su agitada vida, entre la duda del porvenir y su precaria situación presente: los que de algún tiempo atrás palpan como se van esterilizando sus esfuerzos, como se merma su peculio, como se regatea hasta lo más sagrado, cual es la salud del pobre enfermo; los que en fin, sufren con heroica, más todavía, estoica resignación e impasibilidad (si quieren comer y vivir) las inconveniencias, fiscalizaciones, a veces insultos, no pocas vejaciones, y para acabar, todo el cúmulo de contrariedades de mil géneros que proporciona en pueblos rurales el ejercicio de la profesión […].[12]
>
> Y en efecto, no hay institución, no hay clase alguna en la sociedad que, como la médica, haya abandonado sus intereses morales

10 Lúcia, C. (1854, abril 2). ¿Cuál es la política más conveniente a los profesores de partido en las actuales circunstancias? *El Siglo Médico*, 107-108.

11 Para la defensa de una reforma liberalizadora, véase Llanos, B. de. (1820). Observaciones médico-políticas sobre la estimación, vicios y defectos que han tenido y tienen las profesiones y profesores del arte de curar en España, por el licenciado don Blas Llanos, individuo del colegio de médicos de Madrid, y de número en su real academia médica. *Décadas médico-quirúrgicas, 1*(7), 299-303.

12 Muñoz, E. (1880, enero 2). Cuestión de partidos médicos I. *El Genio Médico-Quirúrgico*, (1272), 96-98.

> y científicos y haya echado, como suele decirse, la casa por la ventana, dejando por fieles custodios de sus sagrados intereses a alcaldes y caciques que —sin regatearles ninguna de sus supremas bondades ni negarles mucha, toda la competencia que ellos quieren atribuirse, para arreglar del modo más satisfactorio y cumplido la cosa del municipio y de la localidad— no les podemos hoy, ni mañana, ni nunca conceder, no ya la aptitud e inteligencia, sino la verdadera ciencia, y ciencia médica, para tratar acertadamente los asuntos que los médicos se refieren. […] ¿Basta la amistad, las simpatías, y quién sabe si las irritantes complacencias, con una o dos docenas de caballeros particulares de la población? ¿Y esta amistad, estas simpatías no le suelen costar crecidas sumas de vigilias, de sinsabores, de servicios hechos quizá contra su convicción y su conciencia? ¡Ah! ¡Cuántas veces pensando esto, meditando esto, hemos justificado in pectore los inocentes desahogos —que el vulgo llama escandalosos defectos en algunos médicos— y hemos venido a comprender que nadie atesora más paciencia; más resignación; nadie va más convencida al altar del sacrificio que la clase médica rural![13]

La posición vulnerable del médico rural en su entorno social y a la hora de ejercer su profesión se articulaba en términos de «esclavitud» y «servidumbre». Este tipo de quejas insistían en que el arreglo administrativo existente, que les dejaba a merced de los poderes locales, les restaba autoridad profesional y causaba, además, un grave déficit de autoridad ante los pacientes, quienes supuestamente trataban a estos médicos como sirvientes de los ayuntamientos. Las referencias a la esclavitud y la servidumbre eran unas armas retóricas habituales en aquella época (Simal, 2012, 137-178), y dejan entrever cómo los médicos percibían en la posición del médico rural una indeseable falta de independencia económica, que ponía en peligro la respetabilidad y el reconocimiento mismo del médico como un hombre «de cierta clase». Esta debilidad de un subgrupo muy numeroso dentro de la profesión ponía en peligro las aspiraciones sociales y de autoridad experta que compartía todo el colectivo, incluidos los médicos más privilegiados.

Queda patente que en estas argumentaciones se movilizaba el imaginario liberal en el que un ciudadano de pleno derecho era un varón económicamente autónomo (Sierra et al., 2010). Pocos médicos que

13 Muñoz, E. (1880, marzo 22). Cuestión de partidos médicos III. *El Genio Médico-Quirúrgico*, (1280), 149-153.

ejercían en zonas rurales podían alcanzar el nivel mínimo de contribución exigido por el sistema electoral censitario para ser elector —200 reales de vellón en la ley progresista de 1837 y 400 en la ley moderada de 1846—, un sistema que sustentaba la ciudadanía activa sobre la propiedad, si bien es cierto que esta situación se fue reequilibrando con el tiempo a través de la inclusión de las profesiones sanitarias entre las *capacidades* dentro de las normativas electorales.[14] En cualquier caso, los médicos rurales, por norma general, contaban con un sueldo bajo como facultativos titulares de los municipios; además, su potencial mercado de pacientes privados con los que negociar los honorarios por su actividad profesional era muy limitado, en comparación con las mayores posibilidades para lograr una solvente clientela privada en el ámbito urbano. Las condiciones económicas de los médicos rurales hacían difícil que sostuvieran un estilo de vida burgués y la debilidad de su posición se acentuaba debido a su dependencia de los ayuntamientos, dominados por las élites locales. Desde el último tercio del siglo XIX, el lenguaje de denuncia se fue adaptando al imaginario político y social de la época: se empieza a usar el término de proletariado médico para denunciar la situación tanto de médicos rurales, como aquellos médicos urbanos de posición más desfavorecida (Huertas, 1994, 45-55).

La precariedad estructural de algunos profesionales generaba un peligro para las aspiraciones de toda la *clase médica* a ser reconocida como una clase de caballeros y su profesión como honorable, en una época de grandes transformaciones, en la que se vieron cuestionados o eliminados los privilegios y las barreras protectoras que reforzaban la posición de los médicos durante el Antiguo Régimen. Un médico rural que no mostrase unas buenas maneras, una vestimenta digna y adecuada, o una buena montura cuando tuviese que desplazarse a visitar pacientes en el campo difícilmente podría convertirse en una figura respetada y de prestigio en su comunidad, en el pueblo donde desarrollara su profesión. Según la lógica discursiva de la *clase médica* española en el siglo XIX, la imagen negativa de un solo médico, urbano o rural, afectaba la reputación y el prestigio de todo el grupo profesional (Martykánová y Núñez-García, 2023, 171-198). Los medios activos en los espacios de debate profesional desarrollaron la

14 El derecho electoral español de mediados del siglo XIX introdujo diversas fórmulas híbridas para acceder a la ciudadanía activa. A partir de 1846, se incluyó un listado amplio de capacidades profesionales con derecho a voto: «los médicos, cirujanos y farmacéuticos con un año de ejercicio», pero acreditando el pago de al menos 200 reales de contribución directa anual, es decir, la mitad de lo que se exigía al resto de electores. Con la ley electoral de 1865, promulgada por la Unión Liberal, se incluyó entre las capacidades con derecho a voto a médicos, cirujanos y farmacéuticos, ya sin requerimientos económicos (Estrada, 1999, pp. 95, 104 y 116).

convicción de que debían representar a toda la profesión, e intentar presentar un frente unido para monopolizar la autoridad suprema en el campo de la salud y para consolidar el estatus social de la medicina como profesión. Existía una conciencia generalizada de la importancia que tenía la forma de presentarse ante los pacientes y sus familias para generar una imagen positiva, pero al mismo tiempo conveniente, para obtener la remuneración adecuada en un contexto cerrado y ajeno para el médico, ya que la asistencia médica se hacía visitando al paciente, en la cabecera de la cama del enfermo en su domicilio, nunca en una consulta propia y casi nunca en un hospital de la beneficencia municipal. Asimismo, también intervenían otros elementos de la praxis profesional: una buena actitud moral, evitar prácticas médicas transgresoras o acientíficas, no caer en las dinámicas de la charlatanería y mostrar solidaridad con los colegas, en vez de competir con ellos.

La reivindicación de mejoras en las condiciones materiales de los médicos rurales no entraba en contradicción con el hecho de presentarlos como héroes desinteresados, altruistas, abnegados, y valientes ante los envites de la dureza de la vida rural y de las enfermedades infecciosas. Estos argumentos interactuaban convenientemente y, además, se apoyaban en otros elementos que no eran secundarios en la estrategia discursiva: la utilidad de su ciencia, la formación difícil y costosa, y lo duro y penoso del ejercicio profesional. Así, se afirmaba que:

> […] las clases médicas muy difícilmente serán a la sociedad todo lo útiles que pueden y deben ser. En cambio, de los deberes penosísimos que esta les impone, deberes con la humanidad, con la administración, con la ciencia, con los tribunales de justicia, ¿no es razonable, no es justísimo que se las dispense algún amparo, que se disponga el ejercicio de las profesiones de tal manera que esos deberes se cumplan bien y los facultativos se vean indemnizados de sus estudios, de sus gastos, de sus penosas tareas y de sus amarguras? ¡Ah! ¡Qué mal comprende la sociedad cual es la situación moral y material de los hombres ocupados incesantemente en la asistencia de los enfermos, sin defensa contra las miasmas pestilenciales, sin descanso, sin hora de placer, y arrastrando para complemento de tantos infortunios una vida llena de desconsuelo y amargura la concurrencia de comprofesores tornados en enemigos por la fuerza invencible de la necesidad![15]

15 Los partidos médicos. Examen, explicación y defensa del Real Decreto de 5 de abril último. (1854, julio 30). *El Siglo Médico*, 235.

Este discurso profesional, cargado de connotaciones heroicas a la par que victimistas, podía parecer, *a priori*, eficaz a la hora de crear corrientes de opinión favorables entre los lectores de la prensa médica; sin embargo, también presentaba inconvenientes importantes. En primer lugar, la continuidad y la insistencia en estos argumentos, durante décadas, de la prensa profesional también mostraba la esterilidad de su estrategia discursiva; además, las autoridades, los miembros de otros ámbitos profesionales (abogados, periodistas, ingenieros…), y la opinión pública podían percibir este argumentario como un despliegue poco honorable de corporativismo victimista y defensivo. En segundo lugar, insistir en el carácter impuesto e indeseable de la pobreza y el sufrimiento manifiesto de los médicos rurales, planteándolos en términos de injusticia, también debilitaba su posición, alejándoles de la pobreza heroica —por voluntaria—de los misioneros y los sacerdotes, a los que a veces les gustaba asemejarse. La estrategia hacia la denuncia podía tener consecuencias negativas, al mostrar a los médicos rurales como figuras vulnerables y de una masculinidad débil (Martykánová y Núñez-García, 2020, 45-75). La construcción de un hombre como víctima estaba cargada de peligros para su honor y su virilidad.

Recapitulando, los principales problemas de los médicos rurales se centraban en su sustento económico y sus condiciones materiales, en su independencia y autonomía profesional, y en la escasa capacidad para alcanzar una autoridad indiscutida en su campo de desempeño científico y profesional, la medicina.[16] Aquí entran en juego otros factores, como la relación médico/paciente —el médico y sus vecinos—, o la ineficaz y enormemente cambiante organización administrativa de la medicina rural en la España del siglo xix. Por ello, otra de las estrategias principales de la *clase médica* en el siglo xix fue la apelación al Estado y a las nuevas instituciones liberales para la regulación de la práctica profesional de los médicos rurales, con especial protagonismo de la *eterna* reforma de los partidos médicos.[17] A pesar de que los debates y el imaginario aquí esbozados demostraron una longevidad que supera los límites del siglo xix, podemos adelantar que algunas de las estrategias colectivas de los médicos dieron sus frutos, ya que, desde finales del siglo xix, emergió con fuerza una imagen alternativa del médico rural, la de un notable local, integrante, junto con el cacique, el sacerdote y el

16 En Italia, la situación de los médicos rurales compartía muchos rasgos con España (Betri, 1984, 217).

17 Lluis Coromina Verdaguer muestra cómo algunos médicos de provincias veían en la colegiación obligatoria una herramienta para reducir las divisiones sociales internas que existían en la profesión (Coromina Verdaguer, 2026-85-103).

farmacéutico, de las llamadas *fuerzas vivas*, que dominaron las pequeñas y medianas poblaciones españolas.



Figura 2. A partir de mediados del siglo XIX, el médico rural se convierte en una figura reconocible en toda Europa. Charles-Émile Jacque, Le médecin de campagne, estampa, 1843 (Musée de Carnavalet, París)

La reforma de los partidos médicos: apelar al Estado para mejorar la situación de los médicos rurales

La asistencia sanitaria rural se organizaba en España, durante el siglo XIX, mediante el sistema de distritos o partidos médicos; estos podían constar de una sola localidad o de varias localidades, además de aldeas y amplios territorios en el campo, a los que el profesional se debía desplazar si se le

requería.[18] Cada partido médico, en función de su peso demográfico y sus recursos, podía contratar a uno o varios médicos titulares —así se les denominaba—, o cirujanos[19]. Los médicos contratados, a cambio de un salario, atendían a los pacientes pobres de la zona dentro de la beneficencia municipal con una disponibilidad de veinticuatro horas y cumplían algunas otras funciones relacionadas con la salud pública: acudir cuando se le requería a la casa de socorro o a la cárcel, si la localidad contaba con estos establecimientos, u ocuparse de recopilar los datos de contagiados y fallecidos en caso de epidemia. La reforma de los partidos médicos fue una de las reivindicaciones profesionales más insistentes en la prensa médica durante el siglo XIX. Para la *clase médica*, los principales problemas generados por este sistema fueron la dependencia del municipio, lo que en la práctica significaba estar expuesto a la arbitrariedad de las élites locales y los bajos sueldos. Esta situación repercutía especialmente en los médicos titulares de las comunidades rurales, quienes estaban obligados a hacerse con una clientela privada que les pagase honorarios para complementar sus ingresos procedentes del municipio, manifiestamente insuficientes. Otra opción de financiación para el médico rural eran las conocidas como *igualas*. La iguala era un contrato por prestación de servicios a gremialistas, donde todos aportaban por igual. En el ámbito rural, varias familias campesinas podían ligarse a un médico suscribiendo una iguala. Estas familias pagaban al médico una cantidad anual, que podía ser en especie (por ejemplo, una parte de la cosecha) o monetaria, garantizándose así la asistencia sanitaria que pudiesen necesitar (Lanero, 2021, 111-133).

La *clase médica* apeló al emergente Estado liberal para que regulase por ley la posición de los médicos al servicio de los municipios, buscando fórmulas más ventajosas para los profesionales. El Estado y las élites políticas en esta época comenzaron a asumir las cuestiones de salud pública como un asunto de su competencia y del que se tenían que ocupar. Esta actitud, enraizada en las nuevas ideas sobre la gobernanza que habían caracterizado la época de la Ilustración en Europa y en las colonias americanas (López-Ocón, 2008, 55-101), se vio reforzada en el siglo XIX, especialmente tras los estragos de las epidemias, las de fiebre amarilla a principios de siglo y las de cólera morbo asiático posteriormente, entre

18 Los partidos médicos no se originaron en el siglo XIX, ya contaban con una tradición de siglos (Albarracín, 1974, 134).

19 Como ha demostrado Alfons Zarzoso, ya en el siglo XVIII hubo una importante implantación de médicos universitarios en las zonas rurales de la Corona de Aragón, debido al sistema de la conducció o contratació, en el que los ayuntamientos contrataban a médicos, cirujanos y farmacéuticos universitarios para proveer de servicios a la población. Este sistema se fue implantando en todo el territorio (Zarzoso, 2006).

otras cosas, porque el control de las epidemias se convirtió en un asunto importante en la política internacional y repercutía sobre la imagen del país. La estrategia que desarrollaron los médicos de apelar al Estado trataba de fortalecer la autoridad experta de los médicos en el campo de la salud pública ante las élites y ante las instituciones, al postularse estos profesionales titulados como las personas más adecuadas, dada su formación y el conocimiento experto de su ciencia, para actuar desde la Administración y las instituciones en las políticas sanitarias. Además, al apelar al Estado, los médicos, más allá de sus posturas políticas individuales, contribuyeron a consolidar la legitimidad de las nuevas y emergentes instituciones del sistema político liberal —como el Congreso de los Diputados en el plano legislativo—, y a fortalecer al Estado en su papel de árbitro, creador de leyes y regulador.

Dos ejemplos óptimos los encontramos en las Cortes del Trienio Liberal (1820-1823) y las Cortes del Bienio Progresista (1854-1856), dos momentos políticos propicios para el liberalismo más avanzado. En ambos casos, los gobiernos del momento trataron de reorganizar la sanidad en España a través de las leyes generales de Sanidad, de 1822 y 1855, aparte de otras importantes normativas, como en materia de beneficencia. En las Cortes del Trienio hubo diez diputados médicos, entre ellos destacados miembros de la profesión en las primeras décadas del siglo XIX, como Mateo Seoane, José Pedralbes o Mariano Lagasca (Cardona, 2005; Cardona, 2005, 173-202; Martykánová y Núñez-García, 2022, 107-134). Años más tarde, en las elecciones a las Cortes Constituyentes del Bienio Progresista de 1854, consiguieron plaza en el hemiciclo catorce médicos y dos farmacéuticos, entre ellos Juan Mata, Pedro Calvo Asensio (periodista, director de periódicos y médico de formación) o Manuel Codorniu. En ambos contextos políticos, los médicos diputados adquirieron protagonismo en las sesiones y en el trabajo de las comisiones parlamentarias, abordando temas relacionados con su perfil profesional y actuando como expertos en salud en las instituciones, además de trabajar activamente en el diseño de las leyes sanitarias (Núñez-García y Martykánová, 2026, 71-107). En 1855, por ejemplo, la comisión del proyecto de nueva ley orgánica de sanidad estaba compuesta por cuatro médicos y dos farmacéuticos,[20] lo que muestra cómo, desde el poder político, se reconocía la posición de expertos de estos facultativos. La gran mayoría de estos médicos diputados, que colaboraron e influyeron en las normativas sanitarias, eran médicos urbanos, también

20 Diario de Sesiones de Cortes (DSC), 30 de marzo de 1855, 3392.

asumieron el compromiso de influir desde las instituciones de poder para mejorar las condiciones de los médicos rurales.

A pesar de logros parciales, como la presencia de algunos médicos en política, la organización administrativa de la medicina rural durante el siglo XIX fue muy ineficaz, dispersa y heterogénea. Muchas de las leyes que se planteaban resultaron tener un recorrido muy escaso por las pugnas políticas de la época, la coexistencia de visiones muy distintas que de la Administración sanitaria pudiesen tener los distintos grupos políticos —moderados, progresistas, unionistas o demo-republicanos— y, directamente, por la falta de voluntad para dotar de recursos los cargos e instituciones sanitarias.[21] A grandes rasgos, durante el siglo XIX, las distintas legislaciones sobre el conocido como «servicio de médicos de pobres» se centraron en sancionar las prácticas contractuales que existían desde antiguo (Comelles et al., 2020, 77), dando continuidad a la pauta de situar a los ayuntamientos en el centro de las decisiones sobre los médicos rurales. En la tabla 1 podemos observar lo prolijo de la legislación y las normativas, mostrando la gran inestabilidad administrativa que sufrieron estos profesionales.

Tabla 1. Leyes e iniciativas sobre la regulación de la medicina rural en España

Leyes e iniciativas	Aportaciones básicas
Fuero Real de Alfonso X. Siglo XIII.	El físico se adscribía a la villa donde iba a trabajar previo otorgamiento del alcalde, quien le confería un *título* para ello, de ahí procede la expresión *médico titular*.
Reglamento del Consejo Supremo de Castilla (1746).	El médico titular asistía a los vecinos que les llamasen de día o de noche, cobraba por cada visita a excepción de los pobres. Además, también podía ser solicitado donde procediera: hospital, cárcel, casa de misericordia… la elección del médico titular recaía en el alcalde y también en los vecinos.
Adiciones de Mateo Seoane a la instrucción sobre el Gobierno económico-político de las provincias (Ley de Ayuntamientos de 3 de febrero de 1823).	Medidas liberalizadoras para que el médico pudiese negociar sus honorarios ante los pacientes de pago.

21 Sobre las culturas políticas liberales a mediados del siglo XIX, véase Romeo y Sierra, 2014. Sobre los grupos demo-republicanos: Peyrou, 2008.

Leyes e iniciativas	Aportaciones básicas
Reglamento General de las Reales Academias de Medicina y Cirugía (1830).	Se establecen oposiciones para plazas de médicos titulares que se llevarían a cabo en las academias.
Decreto de 5 abril de 1854 de «arreglo de partidos médicos, cirujanos y boticarios».	Partidos médicos de primera categoría y de segunda categoría. Elección de médicos titulares por parte de los ayuntamientos a partir de una terna propuesta por la Junta Provincial de Sanidad. Establecimiento de un sueldo mínimo de entre 2.000 y 4.000 reales de vellón anuales para los médicos titulares.
Ley General de Sanidad (1855).	Incluye ordenamiento legal para los médicos titulares. Se devuelve el protagonismo a los ayuntamientos y élites locales en la medicina rural.
Reglamento de Organización de Partidos Médicos (Real Decreto de 1864).	«Todos los ayuntamientos de España tendrán facultativos titulares de medicina y cirugía para la asistencia gratuita de los pobres, socorro a las familias acomodadas y desempeño de los deberes sanitarios de interés general, provincial y local». Partidos médicos de primera, segunda, tercera y cuarta clase. • Sueldo base de entre 4.000 y 2.000 reales de vellón anuales, con opciones de aumentar si se excede el mínimo de familias atendidas.
Reglamento de Partidos Médicos (Real Decreto de 11 de marzo de 1868).	• Normativa continuista de las anteriores. • Sueldo base de entre 300 y 800 escudos anuales.
Reglamento de Médico Titular (1891).	Se reconoce en la normativa la futura creación de un Cuerpo de Médicos Titulares.
Instrucción General de Sanidad (1904).	Creación del Cuerpo de Médicos Titulares.
Ley de Bases de Coordinación Sanitaria (1934).	Se centralizan en Madrid las oposiciones para una nueva figura, el médico de APD (Asistencia Pública Domiciliaria).

Fuente: Elaboración propia a partir de Zafra et al., 2016, 54-62; Albarracín, 1974, 132-204; Comelles et al., 2020, 63-124; *El Siglo Médico* (abril 12), 1854; *Gaceta de Madrid* (diciembre 7), 1855; *Gaceta de Madrid* (noviembre 9), 1864.

A partir de este esquema general, vamos a analizar la cuestión de los partidos médicos en función de dos momentos históricos concretos,[22] tomando como referencia nuevamente el Trienio Liberal y el Bienio Progresista. En 1823, cuando se estaba discutiendo en las Cortes la instrucción sobre el gobierno económico-político de las provincias, el diputado médico y destacado partidario del liberalismo avanzado, Mateo Seoane, intervino sobre la posición precaria de los médicos dependientes de los consejos municipales para presentar adiciones dirigidas a reforzar la posición de estos facultativos. Sus propuestas fueron aprobadas y logró incluir, en el articulado de la nueva ley, que los médicos cobrasen del erario público solamente por atender a los pobres del municipio, mientras que los pacientes que podían permitirse pagar al médico lo harían «por privado», negociando los honorarios, con la esperanza de que estos honorarios fueran más altos que la suma que el médico recibía del Ayuntamiento. Desde una posición ideológica alineada con el liberalismo más avanzado, las nuevas reglas se sustentaban en la libertad de contrato para los vecinos con recursos y para los médicos, lo que suponía la limitación de la gestión comunitaria a una «beneficencia para los pobres».[23] Aunque estos planteamientos ya estaban recogidos parcialmente en algunas normativas procedentes del Antiguo Régimen, no carecía de importancia que se explicitaran en el nuevo entramado legal de corte liberal, especialmente en el reconocimiento legal a la negociación en un mercado «libre» de los honorarios entre el médico y el paciente con recursos, ya que la costumbre establecida era que el médico recibiera una suma del Ayuntamiento por atender a los vecinos, unos pagos que a menudo se retrasaban o se hacían en especie. Si los vecinos pudientes le pagaban algo por sus servicios al margen de lo que cobraba del Ayuntamiento, estos pacientes lo percibían prácticamente como un favor que le estaban haciendo al médico que les atendió, una situación que los médicos liberales denunciaban, movilizando términos como «servidumbre». La solución liberalizadora no era fácil de defender, porque garantizaba a los médicos únicamente el pago por la atención a los pobres. No es de sorprender que los médicos liberales hicieran uso de la prensa profesional para argumentar a favor y convencer a sus colegas escépticos, como lo intentó Blas de Llanos en *Décadas de medicina y*

22 Para tener una visión panorámica y completa de todo este proceso a lo largo del siglo XIX véase: Albarracín, 1974, pp. 133-204.

23 Las iniciativas de Seoane fueron reproducidas y defendidas en la prensa médica por Hurtado de Mendoza. Hurtado de Mendoza, M. (1823). Variedades médicas. *Décadas Médico-Quirúrgicas, 9*(2), 60-73.

cirugía prácticas, el periódico editado por otro destacado médico liberal, Manuel Hurtado de Mendoza, aliado ideológico de Mateo Seoane.

Los liberales obtuvieron un efímero éxito. En efecto, la Ley de Ayuntamientos de 3 de febrero de 1823, en su articulado sobre asistencia médica rural, daba un amplio margen a la libertad en el mercado de la salud. Respecto a los vecinos no reconocidos como pobres, especificaba: «Los facultativos serán acogidos y contratados por el Ayuntamiento, pero si los sueldos u honorarios se hubieren de satisfacer por igualas o repartimiento vecinal, sólo se sujetará a este pago a los que quieran servirse de los facultativos acogidos». Para Agustín Albarracín, este planteamiento perjudicó a los médicos titulares, ya que los vecinos pudientes tenían la libertad de elegir al médico titular o a cualquier otro médico de la localidad y esto, a su vez, repercutió en que los ayuntamientos convocasen menos contratos de médicos titulares (Albarracín, 1974, 137). Al ser la posición de los médicos frente a los pocos pacientes con recursos que había en zonas rurales francamente débil —no olvidemos que acudir a un médico que ejercía en una ciudad podía representar un símbolo de estatus para los habitantes pudientes de las localidades rurales—, la propuesta de Seoane, motivada por su convicción ideológica de que la liberalización generaría prosperidad, dejó a los médicos rurales en una precariedad económica aún mayor.

En cualquier caso, todas y cada una de las iniciativas legales del Trienio Liberal fueron revocadas tras la segunda restauración fernandina, incluyendo la iniciativa legislativa del diputado Seoane, por lo que se volvió a la situación administrativa anterior a 1820. Durante la Década Ominosa (1823-1833), dentro del proceso de cierta modernización administrativa descrito por Jean-Philippe Luis (Luis, 2002), los gobiernos absolutistas fomentaron progresivamente una serie de medidas en las que podían coincidir con las fuerzas liberales más conservadoras: la regulación por ley y la introducción de mecanismos de selección estandarizados en los que los criterios expertos jugaron un papel. En materia de medicina rural, en 1830, el nuevo Reglamento General de las Reales Academias de Medicina y Cirugía establecía que los médicos titulares en ciudades importantes debían seleccionarse por oposición a través de estas reales academias. Para las pequeñas localidades rurales, la Junta Superior de Medicina y Cirugía propondría ternas entre los aspirantes «más dignos y beneméritos» (Albarracín, 1874, 137). Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos por regular la contratación mediante procedimientos impersonales, en la práctica seguían siendo los ayuntamientos en manos de las élites locales los que elegían al candidato a médico titular. De hecho, los municipios opusieron una gran resistencia a esta normativa, y acrecentaron su autonomía en

esta materia conforme ganaron en importancia en el sistema político y administrativo liberal (Pro, 2019). Las diferentes normativas que se van planteando hasta la fecha no resolvían otro problema fundamental para las *clases médicas*, ya que continuaban dejando un amplio margen de maniobra a los municipios para despedir a los médicos titulares según sus propios criterios, necesidades o simpatías, y grado de satisfacción hacia el facultativo municipal. Asimismo, por decreto de octubre de 1836, se restableció la Ley de Ayuntamientos de 3 de febrero de 1823, apuntalando nuevamente la dependencia que los médicos titulares sufrían de las élites locales que dominaron los municipios.

A mediados del siglo XIX, era evidente la necesidad, dentro de la lógica de la construcción del Estado, de una normativa que homogeneizase la situación de la medicina rural en España y que regulase, con mayor claridad, los procesos de contratación y despido de los médicos titulares por parte de los ayuntamientos. En abril de 1854, llegó la tan reivindicada y deseada reforma de los partidos médicos, a través del decreto de arreglo de los partidos médicos.[24] Este fue un intento de reformar el sistema en aspectos clave en el que se habían involucrado destacados e influyentes miembros de la *clase médica* española como Francisco Méndez Álvaro —redactor del decreto—y Mateo Seoane. La base de esta normativa era liberar a los médicos de la dependencia de los ayuntamientos, un esfuerzo que, a mediados del siglo XIX, parecía unir a los médicos de distintas sensibilidades políticas, lo que provocó, desde su presentación, críticas procedentes de políticos ajenos a la profesión médica, y los ayuntamientos opusieron resistencia activa y pasiva para no poner la nueva normativa en práctica (Albarracín, 1987, 3).

Esta normativa partía de la base de la convivencia entre los médicos titulares y la libertad de ejercicio, además de fórmulas híbridas para los titulares como el esfuerzo por regular la compatibilidad de su contrata para asistir a enfermos pobres, con el establecimiento de igualas con grupos de vecinos con recursos. Las principales novedades radicaban en: establecimiento de partidos médicos de primera categoría (más de 1.500 habitantes) y de segunda categoría (menos de 1.500 habitantes); elección de médicos titulares por parte del Ayuntamiento a partir de una terna propuesta por la Junta Provincial de Sanidad; establecimiento de obligaciones y deberes, como el número máximo de visitas diarias a enfermos; potestad de separación de cargo de médico titular en manos de los gobernadores civiles, a solicitud de alcaldes o subdelegados de sanidad, «mediando

24 El decreto completo en: Arreglo de partidos. (1854, abril 12). *El Siglo Médico*, (15; supl).

motivos justos y probados»; o la regulación de unos niveles mínimos de sueldo para los profesionales, que pagaba el Ayuntamiento. Estos niveles se establecieron entre los 2.000 y los 4.000 reales de vellón anuales en función del peso demográfico de cada localidad.[25] En localidades de mayor peso demográfico, recursos y necesidades asistenciales (casa de socorro, cárcel u hospital municipal) podía haber varios médicos titulares, además de cirujanos y boticarios, y podían disfrutar de un sueldo mayor. De hecho, por cada veinte vecinos que sobrepasasen el nivel mínimo de doscientos, el médico titular aumentaría su retribución en cien reales, en las localidades con mayor peso demográfico (entre 1.500 y 3.000 vecinos) divididas en distritos, el mínimo para cada médico titular de distrito se establecía en 4.000 reales, con opción de subir la retribución si la población aumentaba (Albarracín, 1974, 151-164).

Este decreto satisfizo, en líneas generales, a la *clase médica* y a la prensa profesional. Por el contrario, desde la prensa generalista, arreciaron las críticas «por favorecer a los médicos perjudicando otros intereses» o aduciendo que era demasiado costoso ponerlo en práctica. Además, los ayuntamientos y las élites locales comenzaron a movilizarse para no ponerlo en marcha (Albarracín, 1974, 157-158). Pasada la euforia inicial, entre la propia prensa médica comenzó a circular la idea de que el decreto era demasiado bueno para que se pudiese realizar. No obstante, el motivo por el que no se activó fue de índole política. En julio de 1854 se produjo la revolución que acabó con la Década Moderada —etapa de preponderancia política de los liberales moderados—, dando lugar a un nuevo período histórico donde los liberales progresistas tuvieron la oportunidad de poner en marcha su proyecto político. Durante la revolución de julio, la Junta Revolucionaria de Madrid derogó el «decreto sobre el arreglo de partidos médicos, cirujanos y boticarios».[26] Posteriormente, en las elecciones a Cortes de octubre 1854, se organizó una candidatura médica profesional alentada por la prensa médica y otras instancias profesionales. En la campaña electoral, los médicos, que debían integrarse en las candidaturas de los grupos políticos formados tras la revolución de julio para que sus «comprofesores» les votasen, apelaron a dos argumentos que presentaron como compatibles: la defensa del bien común y la defensa de los intereses

25 *El Siglo Médico* (1854, abril 4). Para hacernos una idea de qué significaban estas cifras en la época, el periódico *La Verdad* en los años 1840 cifraba los sueldos de los médicos de los hospitales de beneficencia entre 8.000 y 5.000 reales de vellón anuales para los de Madrid, y entre 4.000 y 1.000 reales anuales para el resto del territorio. *La Verdad* (1847, octubre 8). Citado en Núñez-García y Martykánová, 2021, 408.

26 Chinchilla, A. (1854, agosto 27). Señores redactores de El Siglo Médico. *El Siglo Médico*, 275.

profesionales. Por tanto, en la campaña electoral, la prensa médica se hizo eco de unas reivindicaciones que mostraban con claridad cuáles eran los asuntos que preocupaban al conjunto de la *clase médica*, poniendo nuevamente el acento en la situación de los médicos rurales:

> Antes de nada veamos cual es en la actualidad la suerte de las clases médicas en España, pero escusado es que la pintemos, pues por desgracia demasiado la tienen conocida por experiencia nuestros lectores: la obediencia en todo y continua a los pueblos por una mezquina recompensa y mal retribuida; la sumisión ciega a sus magnates tan presumidos como ignorantes, tan exigentes como soberbios.[27]

De hecho, uno de los objetivos de la candidatura era salvar el decreto, o al menos una parte del mismo, a través de una reforma que lograse mantener sus ejes rectores, por ejemplo, planteando unos límites a los topes máximos de sueldo para el médico titular, tema que preocupaba mucho a los ayuntamientos y las élites locales. Transcurridas las elecciones y formadas las Cortes Constituyentes, no solo no se recuperó el decreto del 5 de abril sobre partidos médicos, ya derogado durante las jornadas revolucionarias, sino que fue revocado, junto a toda la obra legislativa del ejecutivo moderado liderado por el conde de San Luis (Luis José Sartorius), un ejecutivo tachado de inmoral y corrupto por las élites progresistas. De hecho, en las Cortes se investigaron en profundidad y se juzgaron políticamente las acciones de aquel gobierno (Burdiel, 2010; Núñez-García, 2019, 283-309). El decreto se vio perjudicado por las dinámicas de enfrentamiento político entre liberales moderados y progresistas. La prensa médica insistió que el arreglo de los partidos médicos era fruto de la larga lucha de la *clase médica* por la mejora de las condiciones de los médicos rurales y de la atención sanitaria en los pueblos, y que los partidarios del gobierno surgido de la revolución no deberían derogar el decreto, aunque se hubiese presentado finalmente en el período del gobierno Sartorius, tal y como se lamentaba el médico de Madrid Anastasio Chinchilla:

27 «¿Es justo, útil y necesario que los médicos formen parte de los cuerpos gubernativos y legisladores para que ayuden poderosamente a resolver las cuestiones sociales que en ellos se ventilen, interviniendo en la formación de las leyes?». Escolar, S. (1854, septiembre 17). *El Siglo Médico*, 295-296.

> […] este decreto, lejos de ser obra del ministro Sartorius, algunas de sus bases estaban ya consignadas en los decretos de las cortes del año 20 al 23; que en este período de 35 años había trabajado para su formación más de cien ministros de diferentes matices y opiniones, médicos encanecidos en la práctica, las notabilidades médicas más ilustradas; que se le había discutido hasta la saciedad en los periódicos médicos y políticos, y revisado en el Consejo Real; y últimamente, que llegado a su término se aprobó por el Conde de San Luis, por una mera casualidad […].[28]

Este esfuerzo por desvincular el decreto de partidos médicos del gobierno moderado y por presentarlo en función de los criterios y los intereses de los médicos, independientemente de sus sensibilidades políticas, no dio frutos y, derogado el decreto, las clases médicas depositaron sus esperanzas en el proyecto de ley general de sanidad de 1855, presentado y aprobado en las Cortes del Bienio Progresista,[29] donde se incluyó un nuevo ordenamiento legal de los médicos titulares. No obstante, lo recogido entre los artículos 67 al 72 de la nueva ley, devolvía el papel protagonista a los ayuntamientos en materia de contratación, retribuciones y despidos, lo que pareció reavivar el malestar de los médicos y animar su lucha por un nuevo arreglo desde las instituciones, los periódicos profesionales y la prensa general. En las siguientes décadas, se siguieron sucediendo nuevas normativas: Reglamento de Organización de partidos médicos de 1864; Reglamento de 1868; Reglamento de Médico Titular, Cuerpo de Médicos Titulares de 1891; Instrucción General de Sanidad de 1904, donde se crea el Cuerpo de Médicos Titulares (Zafra et al., 2016, 57). Las quejas de la clase médica sobre la necesidad de una reglamentación que, a su juicio, realmente mejorase las condiciones materiales y profesionales de los médicos titulares se enmarcaron a menudo en una retórica crítica con el poder de las élites locales, tachada de retrógrada, egoísta o caciquil, que recibió un importante impulso con el regeneracionismo (Pro, 2000, 197-208; Moreno Luzón, 2006, 9-29). En cualquier caso, los heterogéneos esfuerzos legisladores fueron el exponente del fracaso a la hora de abordar este tema desde las instituciones políticas liberales, además de la falta de voluntad política generalizada a la hora de atender las peticiones del colectivo profesional de médicos. En la práctica, muchos médicos rurales seguían sufriendo, a finales del siglo XIX y a principios

28 Chinchilla, A. (1854, agosto 27). Señores redactores de El Siglo Médico. *El Siglo Médico*, 275.
29 El texto de la ley en: Ley General de Sanidad. (1855, diciembre 7). *Gaceta de Madrid*.

del xx, los mismos problemas que se comenzaron a denunciar en la prensa médica desde los años 1820 (Blacik, 2012 y 2013).

Al margen de las variadas y fallidas propuestas legislativas, y de la insistente denuncia en la prensa médica, los médicos rurales comenzaron a fomentar su propio movimiento asociacionista, en la segunda mitad del siglo xix, para dignificar y mejorar sus condiciones profesionales. Comenzaron —lenta y progresivamente— a tomar las riendas de una lucha que hasta ahora había estado en manos de una élite de médicos urbanos, los más activos en la prensa profesional y las instituciones políticas, cuya principal estrategia fue apelar al Estado, con limitado éxito, como hemos podido apreciar. Aparecieron varias asociaciones con un recorrido muy escaso e irregular: la Alianza de las Clases Médicas (1856), la Confederación Médica (1861, clandestina) y la Asociación de Facultativos Titulares (1888). Finalmente, en 1891 obtuvieron el éxito de la celebración del I Congreso Nacional de Médicos Titulares en Madrid y, en 1902, se fundó una asociación realmente sólida y con gran seguimiento por parte de este segmento profesional dentro de las clases médicas españolas: la Asociación de Médicos Titulares (Albarracín, 1971, 119-186; Zafra et al., 2016, 57).

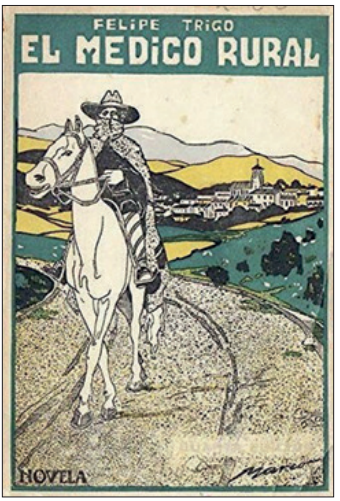


Figura 3. Portada de la primera edición de la novela de Felipe Trigo, Médico rural, 1912. (dominio público).

A modo de conclusión: ¿el cambio del siglo, un cambio de tendencia?

Las repetidas iniciativas reguladoras y el impulso al asociacionismo de los médicos titulares que se observan en la Restauración podrían interpretarse como un signo de que las preocupaciones en torno a la situación de los médicos rurales seguían marcando el discurso profesional de los médicos españoles. Es cierto que hay una importantísima continuidad en este discurso profesional, y también en las representaciones de los médicos rurales en la prensa y la literatura. Los médicos rurales se seguían moviendo en un mercado complejo y competitivo en el que se enfrentaban a charlatanes, curanderos y sanadores,[30] pero también a sus colegas, con los que competían por los pacientes dispuestos a pagar por sus servicios. El médico titular tenía una disponibilidad de veinticuatro horas, todos los días del año. La organización de turnos para tener días libres no se planteó hasta el siglo xx. En teoría, cuando se le mandaba llamar, el médico debía acudir de inmediato, fuese en el pueblo, en el campo o en sitios remotos, desplazándose a pie o a caballo. Los médicos no solían tener una consulta, sino que visitaban en el domicilio del paciente y le atendían postrado en su cama: de ahí viene la expresión *médico de cabecera*, y también la categoría analítica que identifica la asistencia médica predominante en los siglos xviii y xix como *bedside medicine*. Si en el centro de Europa, (Alemania y Austria-Hungría) la introducción del seguro médico obligatorio en los años 1880 reforzó la posición de los médicos y fomentó la proliferación de las consultas también en las provincias (Svobodný et al., 2023), en España, la asistencia a domicilio seguía siendo la pauta dominante del ejercicio profesional de los médicos rurales.

Era costumbre que, en la habitación del paciente, se reuniesen todo tipo de personas, la familia, los vecinos, e incluso las autoridades locales. De este modo, el médico fue observado y juzgado por gente que él mismo consideraba como ignorantes en medicina, pero que podían tener

30 Hay que subrayar que se observa una deslegitimación creciente de las prácticas curativas populares, no solo en el discurso profesional de los médicos, sino también en la prensa local: Grau y Pujol, 2023, 181-194.

muchas expectativas sobre las terapias y no dudar en expresarlas.[31] Estas situaciones se reflejan en las novelas de la época. En las obras literarias datadas en torno al cambio de siglo, observamos una clara identificación de los autores con el malestar de los médicos frente a tal supervisión, y ante la intervención de los no expertos durante el proceso de diagnóstico y terapia. El hecho de que los escritores, médicos de formación o no, compartieran la molestia que sentía el médico en estas situaciones, y que se pusieran de su parte al presentar la actitud de los pacientes y vecinos como molesta e ilegítima, confirma la difusión entre las élites intelectuales de la autoridad experta de los médicos y los cambios en la percepción del proceso terapéutico, desde la centralidad del paciente en la curación, hacia la consagración de la intervención médica y la expectativa, al menos entre los intelectuales urbanos y sus lectores, de que el paciente y su entorno adoptaran una actitud de respeto y obediencia.

Este proceso de reafirmación de autoridad recibió un impulso clave en el último tercio del siglo XIX, con el desarrollo de la medicina experimental. Es cierto que, en su esfuerzo por ganarse la confianza de los pacientes, los médicos seguían con la práctica característica de los siglos anteriores y adoptaron algunos de los remedios tradicionales usados por actores sin título que intervenían en el campo de la salud. Sin embargo, en el campo de la medicina, se estaban produciendo cambios importantes que iban a reforzar la posición de los médicos frente a las figuras heterodoxas del campo sanitario. A mediados del siglo XIX, la medicina era todavía muy limitada, los medios diagnósticos no eran muy avanzados, y apenas había medicación eficaz y aliviadora. Muchos medicamentos eran producidos y elaborados en farmacias locales o, en el caso de que no hubiera botica en el pueblo, eran importados de la ciudad. Esta falta de medios facilitaba que el médico cayese en el nihilismo terapéutico. El tipo de medicina era fundamentalmente conservadora, se basaba en la alimentación, encamar al paciente, observar y esperar a ver cómo evolucionaba. Se utilizaban terapias ancestrales y tradicionales sancionadas por la costumbre, que solían dominar los sanadores irregulares y que el médico titular no rechazaba: purgantes, sangrías, ventosas, vomitivos, cataplasmas, sanguijuelas… prácticamente no había medios para la cirugía y la práctica ginecológica,

31 El médico también debía trabajar si se le requería en establecimientos dependientes del Ayuntamiento, en función de la entidad del municipio: si había algún hospital de beneficencia o algún pequeño hospicio, se le podía requerir para trabajar (esto es más raro, en pequeños pueblos seguramente no había estos establecimientos), si había cárcel debía ir a atender a algún preso enfermo y lo mismo ocurría con las casas de socorro. En pueblos cabeza de partido judicial, también se le podía llamar para intervenir en juicios, realizando cometidos básicos de lo que hoy sería un médico forense.

pero igualmente se pedía al médico rural que las realizara. Con serenidad, conocimientos anatómicos, una asepsia *más o menos* rigurosa, algo de instrumental y suerte, el médico rural podía acometer logros quirúrgicos que cimentasen su reputación. Los fracasos en este apartado, por el contrario, podían restarle prestigio.[32] Los médicos también podían demostrar su utilidad promoviendo medidas de higiene: hubo algunos médicos rurales que incluso solicitaron laboratorios municipales para su comarca y, sobre todo, que se avanzase en la red de alcantarillado. En este último punto ya observamos los gérmenes del cambio: si bien es cierto que los médicos rurales seguían sufriendo por su impotencia frente a las epidemias y la mayoría de las enfermedades, su autoridad se fue reforzando, debido a los avances en la capacidad diagnóstica y las técnicas quirúrgicas, y también gracias a los efectos de su alianza con las autoridades públicas a la hora de acumular información (labores básicas de investigación y documentación, recogida de datos, y elaboración de estadísticas sobre afectados y fallecidos para el uso de la Diputación provincial), y de vigilar la implantación de las medidas de higiene (limpieza de aguas públicas e higiene en los hogares, alimentos, cementerios… desinfección de alcantarillas, letrinas, aguas fecales, e higiene en hospicios y colegios).

Si bien es cierto que los conflictos entre los médicos y los ayuntamientos seguían produciéndose a principios del siglo xx (Blacik, 2013), su tratamiento en la prensa general puede interpretarse precisamente como un signo del reconocimiento social de las aspiraciones de los médicos rurales. La actitud de los ayuntamientos, antes criticada sobre todo por los médicos en la prensa profesional, fue ahora denunciada por reformadores sociales como un síntoma del atraso (Blacik, 2012). A mediados del siglo xix, los médicos eran muy conscientes de la necesidad de engraciarse con la élite local, oficial e informal, porque su puesto de trabajo dependía de esta buena opinión y el Ayuntamiento tenía la potestad de separarlo de su cargo. Hemos podido apreciar que, a escala estatal, desarrollaron una serie de iniciativas para reforzar su situación, pero al mismo tiempo desplegaron estrategias de acomodación en los lugares donde ejercían, para ser cooptados entre las élites locales. A partir de 1904, los médicos titulares pasaron a considerarse funcionarios de la Administración pública, lo que reforzó definitivamente su posición frente a los ayuntamientos. Este éxito se puede considerar, en realidad, un resultado no solo de su movilización a

32 Estas operaciones de cirugía menor o no tan menor (por ejemplo, amputaciones) se les pedía a los médicos rurales hasta bien entrado el siglo xx, cuando aún no habían llegado las especialidades a la medicina española.

escala estatal, sino también de la integración *de facto* entre las élites locales que se había ido produciendo en las décadas anteriores.

Las obras literarias reflejan esta creciente pluralidad. Se perpetúa la figura del médico que luchaba heroicamente contra la ignorancia de su entorno, pero aparecen también numerosos personajes de médicos acomodados que forman parte de las élites locales. Asimismo, se observa cómo el puesto de médico titular podía ser, simplemente, un paso en la carrera de un joven médico, un rito de pasaje, pero no una «condena a perpetuidad» que exigiera un compromiso total o una rendición absoluta frente al estado de las cosas. Así, por ejemplo, el personaje principal de *El árbol de la ciencia*, de Pío Baroja, aprende y se endurece durante los años de su ejercicio como médico rural. Su historia no es una historia de la lucha titánica que puede acabar en un triunfo de las luces o en tragedia; sus frustraciones tienen una salida relativamente fácil, el traslado a la ciudad, y su estancia en el pueblo se presenta como una experiencia transformadora, pero temporal, que hace a un médico, y a un hombre, más fuerte y duro, como lo simboliza su relación pasajera con una mujer casada del pueblo, instrumental, pero en absoluto fatal para el joven galeno. Del mismo modo, la medicina rural se fue transformando en uno de los posibles destinos para los médicos. Conservaba una dimensión misionera en la autorrepresentación y en la imagen pública, pero a título institucional, material y de autoridad, los médicos rurales del primer tercio del siglo xx gozaron de una posición mucho menos vulnerable que sus antecesores de mediados del siglo xix. Es más que probable que el auge de la medicina experimental, el éxito de las estrategias profesionales de los médicos como colectivo para monopolizar la autoridad experta e insertarse entre las élites sociales, y la creciente preocupación entre los reformistas sociales por la salud de todas las capas de la población jugaron a favor de esta mejoría.

Bibliografía

Albarracín, A. (1971). Las asociaciones médicas en España durante el siglo xix. *Cuadernos de Historia de la Medicina Española, 10*, 119-186.

Albarracín, A. (1974). La asistencia médica en la España rural durante el siglo xix. *Cuadernos de Historia de la Medicina Española, 13*, 132-204.

Albarracín, A. (1987). Pasado, presente y futuro del médico titular. Ponencia presentada en el *I Congreso Nacional de Médicos Titulares*, Madrid.

Alonso Roca, R. et al. (2000). El medio rural: una visión mirando al futuro (I y II). *Atención Primaria, 26*, 101-107.

Andreu Miralles, X. (2017). Nación, emoción y fantasía: la España melodramática de Ayguals de Izco. *Espacio, Tiempo y Forma. Serie V, Historia Contemporánea, 29*, 65-92.

Astrain, M. (2002). La práctica médica en el medio rural castellano. El Memorial de Vicente Crespo (1785). *Dynamis, 22*, 461-472.

Betri, M. L. (1984). Il medico e il paciente. En F. Della Peruta (Coord.), *Storia d'Italia. Annali 7. Malattia e medicina* (pp. 207-232). G. Einaudi.

Blacik, V. (2012). Murder, médicos titulares, and modernization in Restoration Spain: The campaigns in support of Dr. Alfredo Alegre, 1915-26. Ponencia presentada en el congreso de la American Historical Association, Chicago.

Blacik, V. (2013). Médicos titulares and municipal malfeasance: The local history of public health in Restoration Spain, 1904-23. Ponencia presentada en la *CXXVII Conferencia Annual de la American Historical Association*.

Burdiel, I. (2010). *Isabel II. Una biografía*. Taurus.

Cardona, Á. (2005). *La salud pública en España durante el Trienio Liberal (1820-1823)*. CSIC.

Cardona, Á. (2005). Los debates sobre la salud pública en España durante el Trienio Liberal (1820-1823). *Asclepio, 52*(2), 173-202.

Comelles, J. M., Perdiguero-Gil, E., Bueno, E., y Barceló-Prats, J. (2020). Por caminos y veredas: la práctica médica rural bajo el Franquismo (1939-1979). En J. Martínez-Pérez y E. Perdiguero-Gil (Eds.), *Genealogías de la reforma sanitaria en España* (pp. 63-124). La Catarata.

Coromina Verdaguer, Ll. (2026). El debate de la colegiación médica desde la periferia (España, 1898-1917). La interpretación del gerundense José Pascual y Prats. *Llul: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas, 49* (98), 85-103.

Cosmacini, G. (1998). *Storia della medicina e della sanità in Italia*. Editori Laterza.

Estrada, M. (1999). *El significado político de la legislación electoral en la España de Isabel II*. Universidad de Cantabria.

Fernández, R. (2013). *El médico, el paciente y la medicina rural de Ourense (1900-1975)* [Tesis doctoral, Universidade de Santiago].

Fournier, P., Grimmer, C., y Bolton, M. (Eds.). (2019). *Médecine et santé dans les campagnes. Approches historiques et enjeux contemporains*. Peter Lang.

Galiana, M. E., y Bernabéu-Mestre, J. (2006). El problema sanitario de España: saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo xx. *Asclepio, 58*, 139-164.

Gensollen, M. (2021). Epistemología aplicada a la medicina: el nihilismo médico. *Folia Humanística. Revista de Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, 5*(2), 1-18.

Granjel, L. S. (1974). Felipe Trigo. Medicina y literatura. *Cuadernos de Historia de la Medicina Española, 13*, 371-394.

Grau, J. (2023). La prensa tarragonina del segle XIX devant el curanderisme. *Gimbernat, 80*, 181-194.

Guardia, C. de la, Peyrou, F., y Toboso, P. (Coords.). (2020). *Escribir identidades. Diálogos entre historia y literatura*. Síntesis.

Huertas, R. (1994). Fuerzas sociales y desarrollo de la salud pública en España, 1917-1923. *Revista de Sanidad e Higiene Pública,* 68, 45-55.

Jütte, R. (Ed.). (2013). *Medical pluralism. Past-present-future*. Franz Steiner Verlag.

Lanero, D. (2021). Historia de una infraestructura menguante: la crisis terminal del hospital rural al final del franquismo (1960-1975). *Dynamis*, *41*(1), 111-133.

López-Ocón, L. (2008). La medicina en España y sus colonias americanas durante el siglo XVIII y primeros años del siglo XIX. En P. Naranjo y R. Fierro (Dirs.), *Eugenio Espejo: su época y su pensamiento* (pp. 55-101). Universidad Andina Simón Bolívar.

Luis, J.-P. (2002). *L'utopie réactionnaire: épuration et modernisation de l'État dans l'Espagne de la fin de l'ancien régime (1823-1834)*. Casa de Velázquez.

Martykánová, D., y Núñez-García, V. M. (2020). Ciencia, patria y honor: los médicos e ingenieros y la masculinidad romántica en España (1820-1860). *Studia Historica. Historia Contemporánea, 38*, 45-75.

Martykánová, D., y Núñez-García, V. M. (2022). Luces de España: las ciencias útiles durante el Trienio Constitucional. *Ayer, 127*, 107-134.

Martykánová, D., y Núñez-García, V. M. (2023). Sacerdotes en el mercado, héroes del progreso: los médicos y las transformaciones de la masculinidad liberal (1820-1900). En D. Martykánová y M. Walin (Coords.), *Ser hombre: Las masculinidades en la España del siglo XIX* (pp. 171-198). Universidad de Sevilla.

Moreno, J. (2006). A historiografía sobre o caciquismo español: balanço e novas perspectivas. *Análise Social, 41*(178), 9-29.

Núñez-García, V. M. (2019). Las élites en palacio. La monarquía y la corrupción en la corte isabelina. En R. Sánchez (Coord.), *Un rey para la nación: monarquía y nacionalización en el siglo XIX* (pp. 283-309). Sílex.

Núñez-García, V. M., y Martykánová, D. (2021). Charlatanes versus médicos honorables: el discurso profesional sobre la virtud y la buena praxis en España (1820-1860). *Dynamis, 41*(2), 391-414.

Núnez-García, V. M. y Martykánová, D. (2026). La ciencia en la tribuna: los médicos, la representación política y los saberes expertos en el primer liberalismo español. *Historia y Política: Ideas, Procesos y Movimientos Sociales,* 55, 71-107.

Perdiguero, E. (2004). El fenómeno del pluralismo asistencial, una realidad por investigar. *Gaceta Sanitaria, 18*(4), 140-145.

Peyrou, F. (2008). *Tribunos del pueblo: Republicanos y demócratas en la España isabelina*. CEPC.

Pro, J. (2000). Caciquismo y manipulación electoral en la España de la Restauración (1880-1907). En R. Sánchez Mantero (Ed.), *En torno al 98: España en el tránsito del XIX al XX* (pp. 197-208). Universidad de Huelva.

Pro, J. (2019). *La construcción del Estado en España: una historia del siglo XIX*. Alianza.

Rambousková, B. (2021). The doctor and his patients: The intergenerational dispute concerning the ideal physician, the Czech Lands 1840s-1890s. *Dynamis, 41*(2), 443-471.

Romeo, M. C., y Sierra, M. (Coords.). (2014). *La España liberal: 1833-1874*. Marcial Pons/Prensas Universitarias de Zaragoza.

Schmitz, C. (2022). Travelling for health: medicine and rural mobility in Early Modern Spain. En R. Salzberg y P. Nelles (Eds.), *Connected mobilities in the early modern world*. Amsterdam University Press.

Sierra, M., Peña, M. A., y Zurita, R. (2010). *Elegidos y elegibles. La representación parlamentaria en la cultura del liberalismo*. Marcial Pons.

Simal, J. L. (2012). Más allá de la metáfora: el lenguaje de esclavitud y libertad en el primer liberalismo español. En M. Pérez Ledesma (Ed.), *Lenguajes de la modernidad en la Península Ibérica* (pp. 137-178). Universidad Autónoma de Madrid.

Sommer, D. (1993). *Foundational fictions: The national romances of Latin America*. University of California Press.

Svobodný, P., Cerný, K. et al. (2023). *Lékarství*. En *Velké dejiny zemí Koruny ceské*. Paseka.

Tonnellier, F. (2009). Le médecin de campagne, ou l'ambiguïté des symboles. *Les Tribunes de la Santé, 23*(2), 57-63.

Zafra, M. A. et al. (2016). La medicina rural a principios del siglo xx. A propósito de la Martínez Saldise (1855-1937), socio de honor de la Sociedad de Pediatría de Madrid en 1927. *Atención Primaria, 48*(1), 54-62.

Zarzoso, A. (2006). *L'Exercici de la medicina a la Catalunya de al Ilustració (segle XVIII).* PAHCS.

Este libro colectivo ofrece una visión panorámica sobre el papel de los lugares de memoria y la cultura material en la construcción de las identidades profesionales en el campo de la salud, en especial de médicos y farmacéuticos, en la España contemporánea (siglos XIX, XX y XXI). Se estudia un gran y diversificado elenco de lugares de memoria en sus respectivos contextos políticos y sociales: monumentos, nomenclátor de calles, biografías y necrológicas, galerías de ciudadanos ilustres, museos, oficinas de farmacia, hospitales, funerales, obras literarias e historiográficas. El principal objetivo es mostrar el papel proactivo de múltiples instituciones (reales academias, facultades universitarias, cátedras de historia de la medicina y la farmacia, colegios profesionales) en la promoción de sendos lugares de memoria para dar mayor legitimidad social e histórica y visibilidad pública a las profesiones sanitarias. El libro no soslaya las cuestiones teóricas y conceptuales, ya sea sobre el propio concepto historiográfico de lugar de memoria, las diferencias entre historia y memoria o el rol de los profesionales liberales como intelectuales.

Documenta Universitaria
@DocUniv
documentauniversitaria.com

Universitat de Girona

Fundació Girona
Regió de Coneixement