

PRESENTACIÓN

VÍCTOR M. NÚÑEZ-GARCÍA

Universidad de Sevilla

victorm@us.es

CEREN GÜLSER İLİKAN RASIMOĞLU

Acibadem Mehmet Ali Aydinlar University

ceren.rasimoglu@acibadem.edu.tr

Cómo citar/Citation

Núñez-García, Víctor M. y İlikan Rasimoğlu, Ceren Gülser (2026).

Medicina y Estado en entornos imperiales y postimperiales:

un enfoque comparativo (presentación)

Historia y Política, 55, 17-29.

doi: <https://doi.org/10.18042/hp.55.01>

La peste... Así se solía llamar a un amplio abanico de enfermedades contagiosas que asolaban la humanidad e impactaban con particular fuerza en las grandes metrópolis. En los países cristianos y musulmanes era común interpretarlas como castigo de Dios por los pecados de los humanos, pero eso no significa que las autoridades y la gente común aceptasen pasivamente su difusión. Huir al campo era una de las medidas más habituales frente al avance de la enfermedad, pero, con mayor o menor vigor, las sociedades complejas fueron desarrollando métodos y políticas de prevención y contención, como la cuarentena en los puertos. De este modo, la gente se fue haciendo a la idea de que la intervención de las autoridades podía ayudar a mitigar la enfermedad y reducir las muertes¹. Otro asunto en el que tempranamente se entendió la utilidad de las medidas preventivas era la gestión de los cuerpos muertos. Las comunidades sabían que los cadáveres eran focos de insalubridad y por eso se apremiaban a enterrarlos, pero los médicos y las élites gobernantes tuvieron que enfrentarse a gran resistencia —en ocasiones

¹ Podemos ver algunos ejemplos en: Ayalon (2015) y Hays (2009).

armada— cuando quisieron disuadir a la población para que dejase de hacerlo en las iglesias, ya que costaba establecer la conexión entre un cuerpo en su tumba y la insalubridad. A partir de estas y otras intervenciones básicas se fue expandiendo la noción de que las autoridades podían y debían intervenir para mejorar la salud de la población. Algunas ciudades-Estado italianas fueron pioneras en la intervención sanitaria², ya que su reducido tamaño facilitaba la implantación sistemática de las medidas, algo sumamente difícil en reinos e imperios de gran tamaño, donde además coexistían diferentes sistemas jurídicos. En la Edad Moderna circularon ideas y propuestas sobre cómo mejorar la salud de la población y prevenir el contagio, pero no resultaba fácil convencer a las autoridades ni a las comunidades de la utilidad de su aplicación.

Durante el siglo XVIII se intensificó el interés de los Estados y de las élites por las condiciones de salud de los súbditos y por la medicina, y se fue generalizando la idea de que la salud pública era un asunto del que los gobernantes debían ocuparse. Los procesos históricos relacionados con esta tendencia, como la profesionalización de la medicina y la medicalización de la sociedad, aparecieron en Europa con diversidad de ritmos, de intensidad y algunas resistencias en función de cada caso, de cada territorio y país. Entre otras cuestiones se apostó por el perfeccionamiento de la formación en las profesiones del arte de curar (medicina, cirugía y farmacia), fomentando la mejora de las facultades ya existentes, creando nuevas instituciones educativas y construyendo nuevos hospitales generales, como el Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien (Viena)³, vinculado a una de las más importantes facultades médicas de la Europa de la Ilustración.

Más allá de la preocupación por la salubridad en las ciudades y zonas rurales, es indudable que la guerra fue un importante motor de la institucionalización en el campo de la salud. Con la mejora de las técnicas quirúrgicas debido al avance y difusión de los conocimientos de anatomía y a la oportunidad de poner estos conocimientos en práctica en los grandes conflictos interimperiales que marcaron el siglo XVIII, la eficacia de los cirujanos militares y navales quedó a la vista de todos. En los siglos XVII y XVIII se crearon en los estados alemanes, incluida Prusia⁴, los llamados *collegia medico-chirurgica*, que velaban por la calidad de la formación de los médicos y cirujanos. Prusia,

² Como el caso de Venecia y la creación de las primeras juntas sanitarias para combatir las epidemias de peste.

³ Fundado en 1784 por José II en plena época de la filosofía de las Luces, se ideó como un hospital «moderno» para enfermos sin función de hospicio, sino enfocado a la investigación y a la formación (Hudemann-Simon, 2017: 51).

⁴ Dorwart (1958: 335-347).

en particular, destacó por la creación dentro de sus ejércitos de puestos de cirujanos de guerra (*Kriegschirurgen*) y de médicos de campaña (*Feldärzte*) altamente cualificados. En España, Prusia, el Reino Unido y otros lugares se fundaron los reales colegios de cirugía por iniciativa de la Corona durante el siglo XVIII⁵ o se reformaron los ya existentes, como el antiquísimo Royal College of Surgeons de Edinburgo, fundado en 1505. Estos centros de formación especializada estaban destinados, entre otras tareas, a proveer al ejército y la marina de cirujanos para las guerras de la época. Mantener a las tropas sanas, salvaguardarlas de la amenaza de las enfermedades contagiosas y curar las heridas del combate, de forma que los soldados y oficiales pudieran volver al servicio, se convirtió en una necesidad esencial para los ejércitos. No es casualidad que fuera en los marcos institucionales de carácter militar donde se llevaron a cabo experimentos con el objetivo de mejorar la salud de las tropas, como fue el de James Lind a bordo de HMS Salisbury (1747) para determinar el método más eficaz de combatir el escorbuto⁶, y donde los resultados de estos experimentos médicos pudieron plasmarse en medidas aplicadas a gran escala.

Entre finales del siglo XVIII y la llegada del siglo XIX, con todas las transformaciones políticas que conllevaría el tránsito del Antiguo al Nuevo Régimen, observamos cómo las autoridades en el espacio europeo, ya sean absolutistas o liberales, continuaron tomando conciencia de la salud pública como un campo de su competencia y sobre el que tenían que actuar para mitigar los estragos causados por las epidemias (fiebre amarilla, viruela o cólera morbo asiático) y por los efectos de la revolución industrial, en los países en los que esta se desarrolló de manera más temprana. Cuestiones como el fortalecimiento de la policía médica y de la medicina rural, la creciente importancia de la medicina forense en el sistema judicial, la difusión de la vacunación antivariólica y, hacia finales del siglo XIX, también los primeros seguros obligatorios de salud, impulsados de manera pionera en Austria y en los Estados alemanes, avanzaron en las agendas de las élites políticas, siempre con distintos ritmos, sensibilidades y compromiso inversor por parte de las instituciones. De hecho, el espacio europeo en esta época se caracterizó por una enorme diversidad⁷. En Europa y en el mundo atlántico observamos además pautas de observación mutua, donde los expertos en el campo de la salud estudian los modelos organizativos, institucionales, legislativos y las

⁵ En el caso de España, estos colegios se fundaron en Cádiz (1748), Barcelona (1760) y Madrid (el Real Colegio de Cirugía San Carlos, en 1787).

⁶ Hughes (1975: 342-351) y Baron (2009: 315-332).

⁷ Hudemann-Simon (2017: 169-220).

estrategias de lucha contra las enfermedades infecciosas desarrolladas en otros países, dentro de un marco de circulación de expertos e intercambio de ideas, para poder poner en práctica algunas medidas beneficiosas en territorio propio. Los Estados absolutistas promocionaron la movilidad de los expertos, financiando viajes de estudio y *trips* científicos, en un contexto en el que se aspiraba a buscar soluciones en materia de salud a partir de modelos externos y en el que había una intensa competencia por los nuevos hallazgos y descubrimientos científico-técnicos, además de competencia geopolítica entre los imperios. Asimismo, las inestabilidades políticas propias de la era de las revoluciones y de los inicios del liberalismo fomentaron una movilidad forzada, la emigración política, lo que llevó a los profesionales de la salud y a los aspirantes a ello a tomar contacto de primera mano con los modelos sanitarios de otros países. En el caso español, destacan algunos exiliados de ambas restauraciones fernandinas (1814 y 1823) rumbo a Londres o a París, donde cultivaron redes de colaboración e intercambio con los colegas extranjeros o donde aprovecharon la emigración política para estudiar medicina en Reino Unido o en Francia, e incluso para realizar el doctorado. Tampoco debemos olvidar la importancia en la implantación de las medidas sanitarias de los movimientos contestatarios, como el movimiento obrero, feminista o de reforma social, que criticaron la insalubridad y la degradación de las condiciones de vida de algunos grupos sociales y acusaron a los industriales de descuidar la salud de los trabajadores y de las trabajadoras y de sus familias y a las autoridades de dejadez y complicidad. De este modo, los movimientos como el higienismo o más adelante, la eugenesia, podían integrar a personas de distintas sensibilidades políticas, a las que les unía la voluntad de mejorar la salud de la población, aunque pudieran discrepar en cuanto a las medidas y métodos para llegar a tal fin. Debido a la presión de estas personas y movimientos, además del miedo que tenían las élites del contagio que podía extenderse desde los barrios pobres, las autoridades municipales y el Estado central, pero también los industriales, empezaron a invertir en prevención y preocuparse más por la salud de las clases trabajadoras.

Los médicos como cuerpo profesional en Europa adquirieron conciencia de los retos de salud pública a los que se enfrentarían los Estados, absolutistas y liberales, en el tránsito del Antiguo al Nuevo Régimen. No solo hablamos de combatir a las nuevas enfermedades infecciosas, sino de la renovación de la formación y de la práctica médica, de reformar en profundidad y ampliar los débiles dispositivos hospitalarios de la época, o de impulsar un amplio programa de reformas en pro de la salubridad de las poblaciones dentro del ya mencionado movimiento higienista. De hecho, los programas higienistas atendieron problemáticas como la desigualdad

social, la pobreza, la sobremortalidad, las malas condiciones de vida de las clases populares y la aparición de diferentes variantes de protesta social, por lo que las soluciones propuestas desde una mirada clínica y médica fomentaron las políticas de control social, como plantean las aportaciones de Campos y, en menor medida, Liepoldová en el dossier para diferentes casos y cronología. Ante estas complejas sinergias los profesionales médicos en Europa debieron adaptarse en una época de reconfiguración de la profesión y buscar reconocimiento de su *expertise* por parte de las élites políticas y de la sociedad, logrando establecer su autoridad suprema en su campo de conocimiento, la salud, y su monopolio sobre el desempeño profesional, la curación⁸.

El surgimiento del parlamentarismo constitucional abrió una ventana de oportunidad para que los médicos colocaran su agenda en las nuevas instituciones políticas, en una época también clave a la hora de reorganizar la sanidad a través de los poderes legislativos, creando nuevos marcos organizativos, institucionales y legislativos, como las nuevas leyes sanitarias nacionales. Esto no fue óbice para que desde los Gobiernos absolutistas se implementaran medidas sanitarias en muchas ocasiones más eficaces. No obstante, la llegada del liberalismo abrió nuevos espacios de negociación, nuevas posibilidades de influencia y de participación en la toma de decisiones. Para los médicos era fundamental que las élites de poder los escuchasen como expertos, por lo que la relación entre el Estado y el cuerpo profesional debía ser estrecha y fluida.

Además, a medida que se estableció la libertad de expresión, prensa y asociación, los médicos se esforzaron por influir en la opinión pública, pero, al mismo tiempo, encontraron sus ideas y prácticas explícita y públicamente cuestionadas por colegas expertos y legos. Por eso mismo no se puede afirmar que los regímenes liberales fuesen más eficaces en implantar las políticas sanitarias. Las vacunas son un claro ejemplo: a pesar de tratarse de un método desarrollado por un médico inglés, Edward Jenner, la monarquía absoluta de los Habsburgo alcanzó en la primera mitad del siglo XIX unos niveles de vacunación muy superiores a las islas británicas, no solamente debido a la actuación decisiva de los médicos municipales coordinados desde el poder central, sino también por la difusión limitada de las opiniones antivacunas que tuvieron una plataforma inmejorable en la prensa y en la producción panfletaria en el

⁸ Rabier (2007); Backouche (2008: 2-3); Macleod (2003), y Brint (1994). Aparte de los médicos, otros profesionales debieron adaptarse en Europa a nuevas dinámicas en la que la posición del experto se está reconfigurando en el contexto del avance del liberalismo (Sánchez y Martínez-Vilches, 2022).

Reino Unido⁹. De hecho, las nuevas medidas y métodos médicos fueron a menudo aplicadas primero en contextos coloniales, sobre una población sometida con poca capacidad de una resistencia eficaz, antes de desplegarse en la metrópoli. Así, por ejemplo, los esclavos en Cuba o los pueblos siberianos bajo el dominio del zar no pudieron resistirse a la vacunación contra la viruela de la forma que sí lo hicieron poblaciones metropolitanas.

El nacionalismo surgió como una fuerza abrumadora que los médicos tuvieron que enfrentar y que a menudo sortearon hábilmente para su beneficio profesional y personal, en entornos imperiales en crisis debido a la competencia interimperial y al florecimiento de los movimientos nacionalistas, entre otros factores. La creación de los Estados-nación implicó muchas veces un necesario reajuste de las medidas y leyes sanitarias y de la organización de las comunidades médicas. En nuestro monográfico examinamos las diferentes formas en que los médicos, como individuos y como grupo profesional, se vieron impactados por estas grandes crisis del largo siglo XIX y comienzos del siglo XX y cómo las aprovecharon como una oportunidad para mejorar su autoridad experta y su posición social. Desde el punto de vista metodológico, consideramos que el enfoque de este monográfico es un fértil punto de encuentro entre la historia política y la historia de la medicina, dos campos que tradicionalmente han seguido una trayectoria historiográfica más de separación que de colaboración. Por otra parte, en nuestra propuesta queremos fomentar la interdisciplinariedad a través de un enfoque comparativo y transnacional, con dos aportaciones sobre España, una de ellas además centrada en el campo de la psiquiatría, una sobre el Imperio austrohúngaro, otra sobre uno de sus territorios centroeuropeos, los países checos, y otra contribución que aborda al Imperio otomano.

La relación entre el poder y la ciencia médica estaba condicionada por la posición prominente y dinámica que adquirió la figura del experto en la época¹⁰. Los siglos XVIII-XX suponen una gran reconfiguración de la relación entre las tres lógicas de poder: la lógica del mercado (oferta y demanda), la lógica del poder político (sea democrática o autoritaria) y la lógica de la verdad científica, aunque sea siempre provisional, basada en conocimientos especializados. El reconocimiento implícito del conocimiento y saber hacer expertos de los médicos en el campo de la salud también conllevaba el reconocimiento

⁹ El movimiento antivacunas tuvo una mayor incidencia en el Reino Unido y culminó en el final del siglo XIX con la aparición de la Anti-Compulsory Vaccination League y posteriormente en 1896 la National Anti-Vaccination League (Hudemann-Simon, 2017: 200-201).

¹⁰ Rabier (2007); Backouche (2008: 2-3); Macleod (2003), y Brint (1994).

del principio de su autoridad suprema en este campo¹¹ y el inicio de un camino largo y complejo hacia la conquista del prestigio social¹². Esa autoridad experta debía ejercerse con firmeza, además de dulzura y empatía, ante los pacientes (y sus familiares), en una época en la que la mayor parte de la asistencia era domiciliaria, y ante las autoridades y élites políticas durante un tiempo en el que la medicina como ciencia estuvo avanzando en algunos campos como el diagnóstico y la nosología, pero seguía lastrada por la baja incidencia de la eficacia terapéutica hasta la llegada de la medicina experimental y de laboratorio a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. De hecho, las epidemias de cólera del siglo XIX acabaron con el optimismo por el avance científico y pusieron de manifiesto dramáticamente los límites de la medicina¹³. Asimismo, las soluciones para contener el contagio que propusieron los médicos y aplicaron las autoridades a menudo generaron gran resistencia debido a su carácter clasista, lo que lastró más que reforzar la confianza de la sociedad en los médicos y en su autoridad experta, aunque este contratiempo tuviese un efecto solo pasajero sobre el avance de la lucha de los médicos por monopolizar la autoridad en el campo de la salud.

Respecto al creciente reconocimiento de la autoridad de los médicos ante las élites de poder y ante el Estado, en los diferentes aportes de este dossier permea directa o indirectamente el concepto *boundary work*, acuñado por el sociólogo Thomas F. Gieryn¹⁴, y que se articula como una versátil herramienta analítica¹⁵. Este concepto ha sido utilizado fundamentalmente por la historiografía para analizar cómo los actores implicados (los médicos, en este caso) construyen y tratan de imponer la visión de lo que es ciencia y lo que no es ciencia. Así, por ejemplo, presentan la homeopatía como pseudociencia frente a la medicina científica, excluyéndola de los saberes legítimos. Sin embargo, según Gieryn habría tres tipos de *boundary work*: a) expulsión, en el que las autoridades rivales compiten por el estatus científico y por delimitar las fronteras de la ciencia en un momento histórico determinado; b) expansión, que busca extender los

¹¹ Un campo de acción condicionado por el pluralismo asistencial, donde multitud de agentes actuaban en el ámbito de la salud. Para los médicos era vital tomar protagonismo y potenciar esa autoridad suprema en un mercado de la salud muy competitivo (Jütte, 2013).

Para explorar el caso español, véase Núñez-García y Martykánová (2021: 391-414).

¹² Malatesta (2006); Barrière y Leuwers (2020), y Bourdieu (1989).

¹³ Porter (2004) y Snowden (2019).

¹⁴ Gieryn (1983: 781-795); 1995; 1999).

¹⁵ Una explicación básica sobre el uso historiográfico del concepto en Graus (2015: 200-202).

dominios de la ciencia a otros dominios, y c) autoridad, donde enlaza directamente la ciencia con la política y los poderes del Estado. Es decir, no se trata solamente de definir el corpus del conocimiento experto, sino también las fronteras del campo profesional y las funciones de los profesionales. Los médicos pugnan entre sí y con otros actores para establecer el alcance de su autoridad y las formas de ejercerla: para establecer las fronteras entre la lógica tecnocrática y la lógica del poder político a la hora de tomar las decisiones.

En los siglos XVIII-XXI observamos un creciente afán de instrumentalizar la autoridad de los científicos en el campo político, poniéndola al servicio de intereses sociopolíticos y económicos, lo que otorga a los médicos un poder de actuación sin precedentes, pero, a la vez, puede llegar a comprometer su labor, su autoridad y socavar la confianza de algunos grupos sociales en ellos. Lo muestra claramente el artículo de Campos al abordar la configuración de la mirada clínica de los psiquiatras sobre los problemas sociales y los movimientos revolucionarios en España, y cómo las propias inquietudes y estrategias profesionales de los psiquiatras españoles de finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX marcaron su visión de la protesta social. Esta visión, presentada como científica y por ende neutral, proporcionó a las autoridades instrumentos para el control social en una época en la que las élites temían a los comportamientos subversivos de la clase trabajadora y al socialismo. El caso del estudio de Ramboušková, por su parte, muestra cómo las luchas nacionalistas impactaron seriamente en la pugna por redefinir la relación entre los médicos y los pacientes y también por reforzar la posición de los médicos frente a las autoridades políticas, y cómo se movilizaron los argumentos científicos y de ética médica en estas luchas nacionalistas. Las rivalidades nacionalistas dentro de la monarquía de los Habsburgo entre germanohablantes y checohablantes supusieron que la enseñanza de la medicina y la práctica médica en las clínicas universitarias de los países checos se dividiera en dos grupos diferenciados y habitualmente enfrentados por la autoridad profesional, el prestigio y también por una buena cartera de pacientes.

La aportación de Liepoldová ejemplifica muy bien el *boundary work* en el sentido de crear y delimitar los campos de actuación de los expertos en el ámbito de la creciente intervención estatal en la vida de la gente. Austria es un caso paradigmático a la hora de considerar la política de sanidad pública como un asunto de Estado desde el siglo XVIII, incluyendo en estas políticas a los territorios del imperio como la Lombardía o los Países Bajos austríacos. La higiene, la salud pública y la policía médica (*medizinische Polizey*) adquirieron un lugar central en la ley Generale Normativum in Re Sanitatis de 1770, promulgada durante el reinado de María Teresa de Habsburgo, donde se

implementaron reformas para modernizar y centralizar los sistemas de sanidad pública y de educación médica. Las medidas se basaron en una larga tradición del pensamiento cameralista, que tuvo gran implantación en los Países Bajos y en las tierras del Sacro Imperio, y contribuyó a sistematizar ese afán de intervención. Los pensadores cameralistas, entre ellos numerosos médicos, como el holandés Gerard van Swieten, que estuvo al servicio de la emperatriz y se considera el principal artífice de la ley de 1770, propusieron a los soberanos una serie de medidas que debían implantarse para mejorar la salud de la población y promovieron no solo la reforma de la formación de los médicos, sino también la creación de una red de médicos en sus dominios con el propósito de encargarse de su ejecución y de la supervisión constante de la salud pública. La interrelación entre la política y los expertos confluía en un interés por la mejora por la salud pública, aunque con muchas limitaciones a la hora de dotar de recursos en la práctica a instancias como el cuerpo de policía médica¹⁶, o a la hora de un acceso igualitario a la atención médica.

El artículo de Rasimoğlu contribuye al dossier centrándose en el Imperio otomano, donde analiza la relación compleja entre la profesionalización de la medicina y la transformación política en el periodo tardo-otomano. Desde los inicios del reinado de Abdulhamid II hasta la revolución de los Jóvenes Turcos de 1908, una nueva generación de alumnos de la Escuela Imperial de Medicina en Estambul, moldeada por el surgimiento mundial de la medicina moderna, entendía la modernización como clave para salvar el imperio, en claro declive en términos geopolíticos. Al ser el Gobierno incapaz de cumplir con las crecientes expectativas de estas jóvenes élites patrióticas, acentuó aún más su politización. El hecho de que la Escuela Imperial de Medicina fuera el lugar donde nació, clandestinamente, el Comité de Unión y Progreso (el movimiento de los Jóvenes Turcos) muestra cómo las instituciones de enseñanza superior pueden convertirse en focos de oposición organizada. El artículo, además, desentraña la lucha por la autoridad profesional en el contexto otomano, mostrando cómo el reemplazo de los médicos no musulmanes por turco-musulmanes fue producto de la creciente tendencia de las élites gobernantes de asociar el saber médico con la lealtad política. La intersección de los ideales de la modernización, la identidad profesional y el poder político convirtió a los médicos en símbolos de la modernización del Estado y del país y, al mismo tiempo, en pioneros de la oposición al régimen absolutista de Abdulhamid II. De este modo, la medicina como práctica y como saber era indisociable de la autoridad política, de la modernización y de la producción de identidad profesional en un contexto imperial de la periferia europea.

¹⁶ Hudemann-Simon (170-272).

En el Imperio otomano y en muchos otros contextos imperiales y postimperiales, definir la relación entre la ciencia y el poder político desde el principio de autoridad experta era un proceso en el que intervinieron distintos actores. Es más, los médicos podían actuar desde distintas posiciones, entre ellas cargos políticos, líderes revolucionarios o representantes de la nación. En la aportación de Núñez-García y Martykánová apreciamos cómo los esfuerzos del colectivo médico español de mediados del siglo XIX por ingresar en las instituciones estaban dirigidos a llevar a las instancias de poder una agenda científica propia, y a cultivar influencias en las cercanías del poder que pudiesen beneficiar a los médicos como cuerpo profesional. En esta manifestación de *boundary work* multidireccional destaca, por una parte, la voluntad de los médicos de instrumentalizar la política a favor de sus propios intereses como médicos y como hombres políticos y, por otra, la tendencia de las instituciones como el Parlamento de usufructuar la presencia de expertos a la hora de abordar nuevas leyes sanitarias o a la hora de tratar temas especialmente delicados, como las epidemias de cólera. Todo ello en una época como el siglo XIX, cuando las fronteras entre lo político y lo profesional estaban por definir, igual que las nociones de representación política. El enfoque del artículo dialoga, además, con la sociología de las profesiones. Los Parry, especialistas en esta materia, identifican una serie de prácticas que los médicos desarrollaron durante el siglo XIX como colectivo y cuerpo profesional. En primer lugar, instrumentalizaron las instituciones públicas para promover los intereses profesionales (prestigio, posición social, principio de autoridad en el campo de la salud o mejora de las condiciones materiales). En segundo lugar, activaron mecanismos para controlar e influir en las políticas relacionadas con su campo de especialización. En tercer lugar, lucharon por convertirse en la voz experta en el debate público sobre la salud y la medicina: en la prensa, publicaciones, academias profesionales y, ¿por qué no?, en las nuevas instituciones liberales, como el Parlamento. En cuarto y último lugar, el auge del liberalismo y de los movimientos constitucionales supuso que muchos médicos activos en el espacio público, desde España hasta el Imperio otomano, desde Dinamarca hasta Egipto, encarnaron a la vez en su persona al hombre de ciencia, al experto y al hombre público¹⁷. El activismo en la esfera pública en calidad de experto y a la vez hombre comprometido con uno u otro proyecto político es uno de los rasgos más reconocibles en algunos médicos europeos durante el siglo XIX, sobre todo médicos urbanos en grandes centros de poder, como las capitales de los Estados o imperios, con influencias y con una distinguida clientela. Para los médicos rurales, en cambio, era

¹⁷ Parry y Parry (1976) y Martykánová y Núñez-García (2023: 171-198).

mucho más complicado convertirse en personas influyentes por sus más que deficientes condiciones profesionales y materiales, por mucho que a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX comiencen a ser reconocidos entre las *fuerzas vivas* de sus poblaciones.

Para concluir, el dossier muestra que la figura de experto no está en los márgenes de la historia política, no se reduce al saber hacer tecnocientífico, sino que aparece en la intersección de diversos campos, desde el conocimiento especializado hasta el protagonismo político, pasando por la autoridad social. En este marco, el experto médico se convierte en un actor clave a la hora de moldear las políticas estatales, guiar la opinión pública y legitimar no solo la intervención gubernamental, sino también los movimientos contestatarios. De este modo, el conocimiento experto no es únicamente un indicador de la capacidad profesional, sino que funciona también como parte de la estructura que media en las relaciones de poder entre los que generan el conocimiento y las élites gobernantes, y sirve como plataforma en la que se negocia la autoridad en el espacio público.

En general, el dossier muestra el carácter dinámico en la época contemporánea de la relación entre la lógica tecnocrática y la lógica del poder político, con la figura del experto, en este caso en medicina, salud pública y también en psiquiatría, en una posición de intermediación y de activismo para que su agenda entendida como profesional o científica sea tenida en cuenta en las políticas de salud. Los debates internacionales en todo tipo de foros, también en las instituciones, sobre la naturaleza contagiosa o no contagiosa de la fiebre amarilla o del cólera morbo durante buena parte del siglo XIX muestran esta pauta, por ejemplo. Los médicos procedentes de los países europeos y de otras regiones del mundo plantearon desde su posición experta, en un tema tan controvertido como las epidemias de cólera, las políticas que se debían seguir en torno a la necesidad o no del cierre de fronteras, de activar cuarentenas o el aislamiento¹⁸, al mismo tiempo que apuntalaron posturas políticas enraizadas en movimientos políticos de su época o chocaron con sus sensibilidades ideológicas en temas como el control territorial, la circulación libre de personas y bienes y el fomento de la riqueza del país. Conforme fue avanzando el siglo XX esta posición de intermediación y de activismo desde dentro de la política se fue reorientando hacia una concepción del experto como alguien que influye en las decisiones políticas en materia sanitaria desde fuera de la política, desde una posición externa, neutral y, quizá, indiscutible. Todo ello supondría que el anhelado reconocimiento de la autoridad experta y la integración entre las élites sociales ha llegado a buen término, y

¹⁸ Huber (2006: 453-476).

que la nueva medicina experimental y de laboratorio comenzó a lograr éxitos difícilmente imaginables para los médicos de los siglos XVIII y XIX. Sin embargo, las últimas tendencias que vuelven a convertir al paciente en cliente apuntan a que esta posición de los médicos como autoridad experta indiscutible es reversible.

Bibliografía

- Ayalon, Yaron (2015). *Natural Disasters in the Ottoman Empire*. Cambridge: Cambridge University Press. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/CBO9781139680943>.
- Backouche, Isabelle (2008). Devenir expert. *Genèses*, 70, 2-3. Disponible en: <https://doi.org/10.3917/gen.070.0002>.
- Barrière, Jean Paul y Leuwers, Hervé (2020). *La construction des professions juridiques et médicales. Europe occidentale, XVIIIe-XXe siècle*. Paris: Presses Universitaires du Septentrion. Disponible en: <https://doi.org/10.4000/books.septentrion.102857>.
- Baron, Jeremy Hugh (2009). Sailors' scurvy before and after James Lind-a reassessment. *Nutrition Reviews*, 67 (6), 315-332. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2009.00205.x>.
- Bourdieu, Pierre (1989). *La noblesse d'État. Grandes écoles et esprit de corps*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Brint, Steven (1994). *In an Age of Experts. The Changing Role of Professionals in Politics and Public Life*. Princeton: Princeton University Press. Disponible en: <https://doi.org/10.1515/9780691214535>.
- Dorwart, Reinhold A. (1958). Medical Education in Prussia under the Early Hohenzollern, 1685-1725. *Bulletin of the History of Medicine*, 32 (4), 335-347. Disponible en: <https://is.gd/b0no8H>.
- Gieryn, Thomas F. (1983). Boundary-Work and the Demarcation of Science from Non-Science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists. *American Sociological Review*, 48 (6), 781-795. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/2095325>.
- Gieryn, Thomas F. (1995). Boundaries of Science. En Sheila Jassanoff, Gerald E. Markle et al. (coords.). *Handbook of Science and Technology Studies* (pp. 393-332). London/New Delhi: SAGE Publishing. Disponible en: <https://doi.org/10.4135/9781412990127.n18>.
- Gieryn, Thomas F. (1999). *Cultural Boundaries of Science: Credibility on the Line*. Chicago: University of Chicago Press. Disponible en: <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226824420.001.0001>.
- Graus, Andrea (2015). Ciencia y pseudociencia: el boundary-work como herramienta historiográfica. En Vicente Bellver, Francesco D'Amaro et al. (coords.). *Otras voces, otros ámbitos: los sujetos y su entorno. Nuevas perspectivas de la historia sociocultural* (pp. 200-202). Valencia: Universidad de Valencia-Asociación de Historia Contemporánea.
- Hays, Jo Nelson (2009). *The Burdens of Disease: Epidemics and Human Response in Western History*. New Jersey: Rutgers University Press.

- Huber, Valeska (2006). The Unification of the Globe by Disease? The International Sanitary Conferences on Cholera, 1851-1894. *The Historical Journal*, 59 (2), 453-476. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0018246X06005280>.
- Hudemann-Simon, Calixte (2017). *La conquista de la salud en Europa. 1750-1900*. Madrid: Siglo XXI.
- Hughes, Richard E. (1975). James Lind and the Cure of Scurvy: An Experimental Approach. *Medical History*, 19 (4), 342-351. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0025727300020469>.
- Jütte, Robert (ed.) (2013). *Medical Pluralism. Past-Present-Future*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag. Disponible en: <https://doi.org/10.25162/9783515104722>.
- Macleod, Roy (ed.) (2003). *Government and Expertise: Specialists, Administrators, and Professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Malatesta, Maria (2006). *Professionisti e gentiluomini: storia delle professioni nell'Europa contemporanea*. Torino: Editoriale Einaudi.
- Martykánová, Darina y Núñez-García, Víctor M. (2023). Sacerdotes en el mercado, héroes del progreso: los médicos e ingenieros y las transformaciones de la masculinidad liberal (1820-1900). En Darina Martykánová y Marie Wallin (coord.). *Ser hombre: las masculinidades en la España del siglo XIX* (pp. 171-198). Sevilla: Universidad de Sevilla. Disponible en: <https://doi.org/10.12795/9788447224654>.
- Núñez-García, Víctor M. y Martykánová, Darina (2021). Charlatanes versus médicos honorables: el discurso profesional sobre la virtud y la buena praxis en España (1820-1860). *Dynamis*, 41 (2), 391-414. Disponible en: <https://doi.org/10.30827/dynamis.v41i2.24536>.
- Parry, Noel y Parry, José (1976). *The Rise of the Medical Profession. A Study of Collective Social Mobility*. London: Routledge.
- Porter, Roy (2004). *Blood and Guts: A Short History of Medicine*. New York; London: WW Norton and Company.
- Rabier, Christelle (ed.) (2007). *Fields of Expertise: A Comparative History of Expert Procedures in Paris and London, 1600 to Present*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.
- Sánchez, Raquel y Martínez-Vilches, David (eds.) (2022). *Respectable Professionals. The Origins of the Liberal Professions in Nineteenth-Century Spain*. Oxford: Peter Lang. Disponible en: <https://doi.org/10.14198/pasado.23649>.
- Snowden, Frank M. (2019). *Epidemics and Society: From the Black Death to the Present*. New Haven; London: Yale University Press. Disponible en: <https://doi.org/10.12987/9780300249149>.