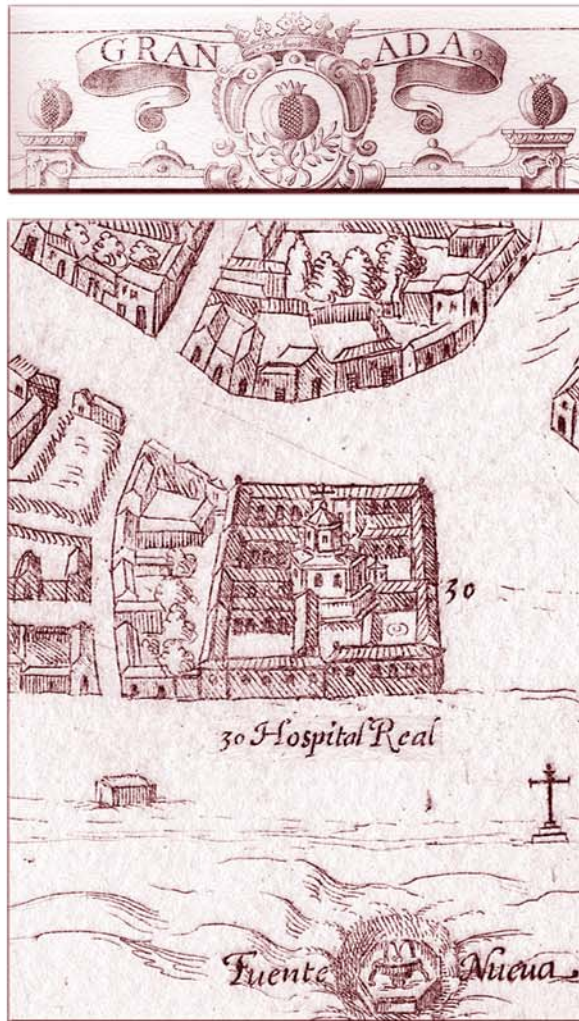


MARÍA DOLORES FERNÁNDEZ MÉRIDA

APROXIMACIÓN A LA HISTORIA DE LA ARQUITECTURA HOSPITALARIA



Cuadernos de ARTE e ICONOGRAFÍA

MADRID, TOMO XV, NÚMERO 29
PRIMER SEMESTRE DE 2006

Cubierta: Composición elaborada a partir de la *Plataforma por Ambrosio de Vico Maestro Mayor de la Insigne Iglesia de Granada: Francisco Heylan Fecit*. En ella puede verse como era el Hospital Real a fines del siglo XVI.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA ESPAÑOLA
SEMINARIO DE ARTE E ICONOGRAFÍA “MARQUÉS DE LOZOYA”

Alcalá, 93. 28009 MADRID

Teléfono 914 311 193 ☆ Fax: 915 767 352 ☆ E-mail: arte@fuesp.com ☆ w.ficonofue.com

ISSN-0214-2821

Depósito Legal: M-18.993-1988

MARÍA DOLORES FERNÁNDEZ MÉRIDA

**APROXIMACIÓN A LA HISTORIA DE LA
ARQUITECTURA HOSPITALARIA**

ÍNDICE

María Dolores Fernández Mérida: *APROXIMACIÓN A LA HISTORIA
DE LA ARQUITECTURA HOSPITALARIA*

INTRODUCCIÓN	5
I. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO ASISTENCIAL	9
II. ARQUITECTURA HOSPITALARIA EN LA EDAD MEDIA	25
III. ARQUITECTURA HOSPITALARIA EN LA EDAD MODERNA	44
IV. ARQUITECTURA HOSPITALARIA EN LA ILUSTRACIÓN	58
V. ARQUITECTURA HOSPITALARIA EN EL S. XIX	88
VI. LOS HOSPITALES Y LA TRADÍSTICA ARQUITECTÓNICA	108
VII. LOS HOSPITALES Y LAS REALES ACADEMIAS	138
NOTAS	168
FUENTES DOCUMENTALES	206
BIBLIOGRAFÍA	208

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN Y ENVÍO DE ORIGINALES	247
FICIONOFUE	248
PUBLICACIONES DE ARTE DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA ESPAÑOLA	250

La evolución de la arquitectura hospitalaria y asilar ha estado estrechamente relacionada con la evolución del concepto de asistencia. En este trabajo se realiza un acercamiento al largo proceso de búsqueda de una tipología adecuada a las funciones que debían cumplir los centros sanitarios y de acogimiento desde la Edad Media hasta el s. XIX. En este sentido cabe destacar la labor de los tratadistas y de las Reales Academias en ese camino de exploración y experimentación de modelos que llevaría al diseño del hospital en pabellones propio del s. XIX, donde encontrarían su expresión los principios de higiene y ventilación.

TITLE: An approach to the history of the hospitals architecture

ABSTRACT: The evolution of the hospitals and asylums architecture has been closely related to the evolution of the concept of assistance. In this job we make an approach to the complicated process of finding a proper typology for the specific functions of hospitals and asylums from Middle Age to XIX century. It is necessary to emphasize the work of the writers of treatises and the Royal Academies in that research among several models that led to the design of hospitals with pavilions, which had a great significance because assumed the principles of the hygiene and ventilation defended in the XIX century.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene su origen en la Tesis Doctoral dirigida por la Catedrática de Historia del Arte de la Universidad de Málaga D^a Rosario Camacho Martínez y que llevaba por título *Política de Beneficencia en Málaga. Historia y arquitectura de los hospitales (s. XV-XIX)*, defendida en el año 2000 ante el tribunal presidido por el Dr. D. José Manuel Pita Andrade junto a los doctores D. José Enrique García Melero, D^a Victoria Soto Caba, D^a Marion Reder Gadow y D. Francisco José Rodríguez Marín, y que obtuvo la máxima calificación de Sobresaliente cum Laude.

En dicha Tesis Doctoral, previamente a la investigación histórica de los centros asistenciales y asilares de la ciudad, se procedía, desde una perspectiva general, al estudio de la arquitectura hospitalaria desde la Edad Media hasta finales del s. XIX, tema que constituye el contenido del presente texto.

La evolución de la arquitectura hospitalaria ha estado estrechamente relacionada con la del propio concepto asistencial, dominado por el binomio enfermedad-pobreza que desembocaría en la significación actual de los términos hospital y hospicio. Se asiste a un complejo proceso de búsqueda de una tipología propia y adecuada a las funciones que debían cumplir los centros asistenciales y de acogimiento, resultando de gran interés los plantea-

mientos que fue ofreciendo la Tradadística y su proyección en la práctica constructiva así como el papel desempeñado por las Reales Academias.

Para Benevolo la palabra «arquitectura» no designa un concepto inmutable sino una noción que varía con el tiempo siguiendo las experiencias particulares que ella misma encuadra; las obras arquitectónicas son eminentemente públicas y forman el escenario físico en el que vive la comunidad¹. Señala cómo una de las prerrogativas más admirables de la arquitectura es la de no estar ligada a una precisa forma originaria, sino que puede contener un margen para otras utilizaciones; el edificio podría soportar, sin perder su carácter e individualidad, ciertas transformaciones de orden formal. Las construcciones hospitalarias parecían ceñirse bien al reto que planteó la arquitectura civil pública.

Los términos hospital, hospicio, hostería y hotel derivan de la palabra latina «hospes» (huésped). Esa pluralidad de términos representaba la diversidad de funciones que mostraba el hospital medieval y que, al igual que ocurrió en el caso de los ayuntamientos, juzgados, mercados, etc., su desarrollo fue consecuencia de la diversificación². En concreto, el hospital presentaba un abanico benefactor tan amplio que dificultaba la definición de su función puesto que al asociársele a albergue y ver en él la fe cristiana una casa de Dios para la protección de los que buscaban auxilio, se destinaba a esta exigencia un edificio modesto. El vocablo «Hospital» se ha conservado hasta nuestros días en los idiomas europeos, así en los Países Bajos se empleó el término «gasthuis» para designar el hospital en el sentido de albergue, pero que también se aplicó a casas para asistir enfermos. En la terminología se conserva asimismo el espíritu religioso de estas instituciones: «God's house» en Inglaterra; «Godshuis» en los Países Bajos; «Maison-Dieu» o «Hôtel-Dieu» en Francia. En el ámbito monacal predominaba la denominación latina «Enfermería» (infirmitorium) que se ha mantenido en Inglaterra como «Infirmary» o en Francia «Infirmierie» que está más ligada al concepto moderno de hospital³. Esta diversidad de instituciones mantenían entre sí el objetivo de atender a menesterosos priorizando las funciones de alojamiento y aislamiento sobre la asistencia médica.

En los inicios de la evolución occidental de la arquitectura hospitalaria, prescindiendo de los antecedentes del mundo antiguo, se encuentran los diseños basilicales y claustrales, destacando el esquema benedictino de Saint-Gall. Las salas de los hospitales medievales, en su afán de brindar al enfermo la ayuda espiritual, buscaban facilitar la comunicación acústica y óptica entre cama y altar –principio que ha perdurado hasta el s. XIX-, de hecho, en la arquitectura de los hospitales ha primado durante siglos resolver este problema por encima de otras dificultades como podían ser las exigencias higiénicas, sociales, médicas, etc.⁴. Con el Renacimiento se aumentaron las dimensiones de éstos hasta adoptar las formas de palacios con nuevos elemen-

tos arquitectónicos, grandes logias, patios y extensas salas para enfermos, a veces en forma de cruz, destacando en este sentido los hospitales italianos y los hospitales reales españoles. El Barroco tendió a acentuar los rasgos propios de las iglesias y las plantas radiales y, por último, la historiografía relativa a los hospitales señala que no fue hasta la segunda mitad del s. XVIII cuando, con criterios higienistas, aquellos asumieron el espacio propio de atención a los enfermos reservando el hospicio o asilo para los menesterosos⁵; si bien este concepto se implantó en el s. XIX –donde para los hospitales se optó generalmente por el sistema constructivo de pabellones-, en ocasiones los edificios construidos para este fin no vieron cubiertos sus cometidos y fueron frecuentes las reutilizaciones como asilo, prisión, casa de expósitos o manicomio⁶.

Esta práctica se asocia a una serie de interrelaciones tipológicas que de largo tiempo ha ligado, en los hospitales, los elementos religiosos con los propios del alojamiento, orden o control, por lo que mantuvo puntos de contacto con la arquitectura conventual, palaciega, doméstica, carcelaria o escolar, elementos que se diluyeron cuando el hospital adquirió un carácter estrictamente sanitario. Esta ambigüedad de funciones plantea otras cuestiones que van más allá del análisis de la pura funcionalidad (la coherencia entre el edificio y el uso a que se destina), ya que afectan, aparte de la propia construcción, al urbanismo, sanidad, conflictos bélicos, mecenazgo, etc.. Si la tradición tipológica ha sido un factor decisivo para justificar la función de los hospitales no lo ha sido menos la historia de la medicina, cuyos avances han forzado la actualización de usos. Junto a esto, la historia de los hospitales aparece muy relacionada con la política sanitaria que los creó; encontramos ocasiones en que es ésta la responsable de una adopción tipológica consciente y, en cambio, en otras se nos revela con falta de previsión o de afán de intervención, sin directrices claras, ocasionando cierto caos hospitalario, no tanto por la escasez de fundaciones como por la dispersión, lo que también tuvo sus repercusiones desde el punto de vista arquitectónico⁷. Todo ello es comprensible si se recuerda que, prácticamente, habían sido los conventos y monasterios los que habían asumido la función de hospitales. Cada construcción civil, a poco que fuera de cierta consideración, era una suma de agregados heterogéneos, a veces dispares, lo que dificulta aún más trazar la síntesis de su historia arquitectónica. La falta de edificios tipos que resuman periodos o escuelas y la ausencia de una evolución continuada y progresiva hacen imprescindible incardinar las obras arquitectónicas en las condiciones históricas en que han nacido. La reiterada demolición que ha sufrido la arquitectura civil en España destroza el hilo de su evolución, así los hospitales, lonjas, carnicerías, etc. quedan muy mermadas de ejemplos para su estudio⁸. De hecho, según Lampérez, en España, hasta el tránsito del siglo XIV al XV era excepcional la construcción de un edificio público ex profeso para un

organismo colectivo como era el hospital, siendo lo más frecuente la utilización de locales de ocasión donde se mezclaban las funciones y lo más habitual el buscar «el amparo de una de las dos instituciones basamentales de la Edad Media: las monásticas y las militares», así la hospitalidad se prestaba en los claustros del monasterio o en las naves de las iglesias⁹. Fue necesario llegar, en el caso de España al gran esfuerzo de la política asistencial desarrollada por los Reyes Católicos en un afán de centralización y de programa de prestigio, o a la llevada a cabo por las reformas borbónicas para alcanzar una clarificación y racionalización en este sentido que conduciría al despliegue higienista del s. XIX.

Dado que el hospital es una institución compleja que requiere un abordaje multidisciplinar se han revisado para este trabajo los fondos bibliográficos relativos a Historia del Arte, Historia de la Medicina, Edad Moderna y Contemporánea que contemplaban de una u otra perspectiva el tema asistencial. Han sido de enorme utilidad las obras de Lampérez y Romea, Chueca Goitia, Bonet Correa, Soto Caba, Díez del Corral, Félez Lubelza, Rosende Valdés, Sambricio, Pevsner, Leistikow, Jetter, Vidler, Sainte Fare Garnot, García Guerra, Labasse, Laín Entralgo, López Piñero, Riera, Granjel, Domínguez Ortiz entre otros.

Asimismo se han consultado los textos relativos a higiene, salud pública, epidemias, proyectos de construcción, ordenanzas, instrucciones sanitarias, memorias de médicos y arquitectos o informes de las Reales Sociedades Económicas y Reales Academias de Bellas Artes.

La revisión de las fuentes manuscritas ha sido lenta y laboriosa. En el Archivo General de Simancas se han consultado fondos del Patronato Eclesiástico, Patronato Real, Guerra Antigua, Moderna, Secretaría de Marina, Secretaría de Guerra, resultando de gran interés la planimetría relativa a hospitales militares del s. XVIII de la Sección Mapas, Planos y Dibujos. En Madrid se han consultado, además de los fondos de la Biblioteca Nacional, los del Archivo Histórico Nacional (secciones de Consejos, Estado, Serie General del Ministerio de la Gobernación), los del Archivo de la Real Academia de S. Fernando (legajos relativos a los hospitales y asilos, actas de la Sección de Arquitectura, proyectos y memorias de hospitales), los del Gabinete de Dibujos de la Real Academia de S. Fernando (planimetría de los proyectos de hospitales presentados para premios y pruebas de examen para el título de Arquitecto) y los del Servicio Histórico Militar y su Cartoteca (planos de hospitales militares y acuartelamientos con posterior uso hospitalario).

Somos conscientes de las limitaciones inherentes a un estudio como éste, de carácter general, en el que son numerosas las parcelas de cada uno de los periodos históricos en los que no se ha podido profundizar, por lo que no dudamos que la posibilidad de acceder a nuevos fondos y las futuras revisiones documentales permitirán avanzar en este campo de investigación.

Finalmente quiero expresar mi agradecimiento a la Dra. D^a Rosario Camacho Martínez por todas sus enseñanzas, su disponibilidad permanente y el empeño puesto para que este trabajo viera la luz. Asimismo quiero agradecer al personal de los archivos y bibliotecas consultados su profesionalidad y las facilidades dadas durante la investigación y, por su puesto, a mi familia y amigos por su apoyo y colaboración.

I. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO ASISTENCIAL

Podemos afirmar que hoy día el término ‘hospital’ resulta esclarecedor en su significado y se asocia sin dificultades a un centro sanitario en el que los miembros de la sociedad obtienen servicios encaminados a devolverle la salud. Según Sigfrid Bopp, el hospital es el establecimiento en el que «gracias a la ayuda de los médicos, se intenta diagnosticar las enfermedades, curarlas y aliviar los sufrimientos que origina»; para Louis Veyret «es un centro de acogida, de diagnóstico y de terapéutica»¹⁰. El hospital constituye un elemento importante del equipamiento de la ciudad, es un reflejo de los problemas de salubridad de la comunidad humana, que tiende a ubicarse en las zonas de crecimiento de la ciudad donde dominan los usos institucionales¹¹ y su calidad como edificio depende del grado en que satisfaga las necesidades de la vida actual y su grado de correlación con el conjunto en el que se emplaza¹².

La percepción que del hospital tiene la ciudad, su presencia simbólica, varía muchísimo si está instalado en una gran o pequeña aglomeración, pero generalmente las referencias se centran más en la función que en el propio edificio; es una institución un tanto ambigua ya que genera tranquilidad su proximidad pero también pavor por los riesgos que entraña la enfermedad¹³. Sin llegar a ser el hospital un conjunto que logre una centralidad eficaz o que llegue a tener un impacto organizador sobre su entorno inmediato, sí es uno de los servicios colectivos más destacados en los planes urbanísticos y un importante agente económico, no sólo por los costes del personal, sino por lo relativo a las obras, equipamiento de mobiliario, consumo, etc.¹⁴. Por sus necesidades de tipo burocrático y administrativo cumple un papel similar al de las instituciones cerradas despojando al paciente de su identidad¹⁵. El hospital hoy día es también un centro de enseñanza y de aplicaciones técnicas que requieren la intervención de diversas empresas y de distintos sectores industriales; su número de camas es índice de desarrollo en relación con la población; por su especialización, el hospital se ha convertido, prácticamente, en el único centro de servicios con material necesario para la curación de enfermedades graves y, aunque hay hospitales en zonas rurales, éstos

imprimen un carácter urbano, se convierten en atributo de la ciudad. Dado que la ciudad es el lugar de consumo colectivo, el hospital también lo es¹⁶.

La imagen que se tiene del hospital no deja de ser sino el resultado de un proceso de evolución, de burocratización y secularización¹⁷; fue una depuración de toda una serie de formas institucionales que a lo largo de los siglos se han cobijado bajo el vocablo «hospital»; pese a las notables diferencias que había entre ellas tenían el factor común de estar reservadas durante mucho tiempo a los indigentes, donde se primaba el hospedaje y, a veces el aislamiento, sobre los tratamientos médicos; en realidad, pocos cuidados se ofrecían que no hubiesen podido prestarse igualmente a domicilio. Dentro del hospital se acogían no sólo enfermos sino seres humanos necesitados de alojamiento como viudas, expósitos, locos, ancianos, peregrinos o pobres. El hospital, dentro de su amplio contexto social, daba respuesta no sólo a la asistencia y hospedaje sino también a la problemática social que la pobreza creaba, recluyendo a personas que podían generar conflicto a la propia sociedad.

La pluralidad asistencial se remonta a una serie de establecimientos de diverso carácter y origen lejano. Ya en la Grecia clásica existía una desigualdad asistencial que bajo distintas formas se ha mantenido hasta nuestros días¹⁸. A la hora de hablar de hospital propiamente dicho, el primero que tuvo esta consideración fue el fundado en Bizancio en el s.IV d.C., por Basilio el Grande, como establecimiento de carácter filantrópico dedicado al cuidado de enfermos. Los orígenes en el mundo antiguo presentan graves lagunas para los investigadores a la hora de establecer la cadena que conduce hasta la institución caritativa por excelencia que fue el hospital medieval¹⁹. Se ha planteado que el paso decisivo para el nacimiento del hospital fue la cristianización de las casas de peregrinos paganas. Esta postura tuvo detractores dentro del propio grupo cristiano pues se había subrayado tanto el carácter novedoso de la caridad cristiana hospitalaria que era poco probable el que se pudiera adoptar desde instituciones paganas. También se opusieron los judíos que creían poder probar que sus casas de hospitalidad eran más antiguas y los indófilos que se remitieron a los hospitales del rey Asoka (s.III a.C.) dando la primacía al budismo en este tema. Parece una constante de la hospitalidad, desde los orígenes a la actualidad y en distintas culturas, la relación entre medicina y creencias; el enfermar era expresión del pensamiento mágico-religioso donde las enfermedades podían considerarse como un castigo de los dioses²⁰.

Hoy se señalan cuatro precedentes hospitalarios en el mundo antiguo: - los «asklepeia» (casas de peregrinos relacionadas con el culto a Asklepio); - los «valetudinaria» romanos en sus dos versiones (las casas para esclavos enfermos y los lazaretos militares)²¹; - los «iatreia» (consultorios médicos) y -el «demosieuoentes iatroi» (colectivo de médicos públicos). Ni los

valetudinarios ni los templos de Asklepio tuvieron ningún tipo de relación con los hospitales bizantinos, que fueron los primeros reconocidos como tales, ni los «iatreia» ni los médicos públicos originaron directamente los nosocomios, pero sí contribuyeron a configurar éstos tras la cristianización del imperio romano en el s.IV²².

Estos primeros hospitales quedaron bien asentados en la sociedad bizantina manteniendo una estrecha relación con la comunidad y llegando a ser, a partir del s.VI, uno de los edificios básicos de toda polis. Las autoridades central y local garantizaban su mantenimiento pero, sobre todo, contaban con el apoyo de la Iglesia (tanto obispos como líderes del monacato favorecieron la fundación de establecimientos hospitalarios como una muestra principal de amor al prójimo)²³. Las instituciones benéficas adoptaron diversos nombres según su función: «orphanotropheion» (orfanato); «brephotropheion» (casa de expósitos o inclusa); «gerokomeion» (albergar ancianos sin recursos); «nosokomeia» (hospitales propiamente dichos con asistencia al público en general o a un grupo, como los monjes de un convento); «ptochotropheia» (atención a pobres indigentes); «xenodocheia» (recepción de huéspedes o extranjeros, teniendo a veces carácter de posada u hospicio).

Con la evolución de los términos a partir del s.VIII, la palabra «xenon» sustituyó casi completamente a la de «nosokomeion» para identificar hospitales; «xenon» indicaría hospital público y «nosokomeia» una enfermería monástica. La diversidad de instituciones filantrópicas bizantinas refuerza la posición de que los hospitales medievales se desarrollaron sin duda a partir de las instituciones cristianas que atendían la pobreza²⁴. Se ejercitaría una asistencia bastante plural que recordaba la diversidad de establecimientos de que provenía (atención a enfermos, refugio de viajeros, mendigos, crianza de huérfanos o expósitos, asilo de ancianos, etc.). De esta forma el hospital medieval asistía al pobre en un sentido amplio, no sólo a los que carecían de bienes sino a los que estaban en una situación de debilidad física, social y jurídica. Era ante todo un establecimiento para la práctica de la caridad (algo que comparte con el mundo islámico) y no la consecuencia del interés del estamento dirigente por la salubridad²⁵. Enfermedad y pobreza fueron conceptos muy unidos en la institución hospitalaria pues la enfermedad era una forma de manifestarse la pobreza, ya que aquella suponía la incapacidad para el trabajo²⁶.

La proximidad con que se ubicaba el hospital respecto a la iglesia no era fortuita; aunque se insiste en la importancia de las iniciativas de los obispos que potenciaron los hospitales cerca de su lugar de residencia, también hay que reflejar la relevancia de las raíces monacales (desde el punto de vista cronológico hay una proximidad entre los hospitales cristianos del 370 d.C. con los primeros monasterios del 320 d.C.)²⁷. En el occidente europeo las

fundaciones hospitalarias fueron algo posteriores, así en Hispania la primera que se conoce fue el «xenodoquio» fundado por el obispo godo Masona en Mérida el año 580, en el que se reunían peregrinos y enfermos²⁸. La Iglesia jugó, por tanto, un papel muy destacado ya que prácticamente los establecimientos de beneficencia fueron controlados por eclesiásticos, incluso cuando su creación dependía de donaciones particulares²⁹. El aumento económico de la Iglesia incrementó su intervencionismo y esto se reflejó en los Concilios³⁰. El Sínodo de Aachen en 816-817 declaró deber de todo obispo tener hospedaje para pobres y viajeros y que cada canónigo debía asignar una décima parte de sus ingresos para ello³¹. Los caminos de peregrinación fueron lugares especialmente propicios para el surgimiento de hospederías de peregrinos, así a lo largo del camino de Santiago se multiplicaron los hospitales amparados por órdenes monásticas³². En la península ibérica, a pesar del importante papel de la medicina árabe y hebrea, se puede decir que la asistencia estuvo en manos de los monjes, y aún así, el arte de curar apenas fue una práctica más dentro del carácter polifuncional de los hospitales medievales. La propia Iglesia limitó el desarrollo de la medicina monacal, valga como ejemplo el Concilio de Letrán en 1139 prohibiendo que los eclesiásticos realizaran intervenciones quirúrgicas; de hecho el interés de estos hospitales se concentraba más que en la salvación del cuerpo en la del alma³³.

Mientras las comunidades pequeñas podían satisfacer las necesidades de sus miembros, al aumentar su complejidad y las desigualdades físicas, económicas y sociales, se hizo necesario crear medidas para paliar la situación de grupos marginales. En general, durante la Edad Media la pobreza se inserta en una sociedad jerarquizada, de patrones fijos y fuertemente sacralizada en la que se anuncian atisbos hacia la secularización, pero donde el pobre no podía cambiar de estado porque alteraría el régimen de distribución establecido por Dios³⁴. Hasta el s.XII la situación de los pobres no empezó a ser un problema social al ser considerada la pobreza como una condición individual, una desgracia permitida por Dios para dar ocasión de ejercer la caridad. En sociedades rurales se atendía a los que lo necesitaban ya que estaban entre iguales, pero los progresos económicos crearon grupos de desarraigados que ocasionaban disturbios y obligaban a la Iglesia a intensificar las instituciones asistenciales y el uso de la limosna. El aumento de las agitaciones sociales llevó a la desaprobación de la mendicidad y la pobreza perdió valor ante amplios sectores de la opinión pública³⁵. La situación se vería empeorada con las sucesivas epidemias de peste negra que diezmaron la población, sobre todo urbana³⁶.

Especialmente del s. XIV al XVI se asistió en España a una profusión de fundaciones benéficas, entre ellas las hospitalarias que, dadas sus habituales insuficiencias económicas no representaban una mejor asistencia por lo que la figura del pobre era una estampa inevitable³⁷. Fueron promovidas

tanto por la Corona como por los prelados, nobleza, cofrades, autoridades locales y particulares³⁸. Esta intensificación de las fundaciones hospitalarias se analiza hoy como una pieza importante en el programa político y de prestigio que la monarquía desarrolló en la formación del Estado Moderno ya que los hospitales, al igual que el tribunal del Protomedicato, eran parte del engranaje del poder³⁹; aquellos se integraron en los programas constructivos de la arquitectura pública y en la propia problemática de las ciudades, donde las razones higiénicas fueron cobrando interés. Cuando en ocasiones se plantean las reunificaciones de los pequeños hospitales diseminados por el interior de las ciudades, aparte de intentar eliminar problemas asistenciales y económicos, se buscaba sacarlos de la propia urbe; la concentración iba asociada a la «limpieza social y al encierro de los menesterosos que podían ser germen de conflictos»⁴⁰.

Hubo un afán por parte de los humanistas cristianos de establecer normas que ordenasen la asistencia pública. En la Edad Moderna cabe distinguir tres perspectivas distintas a la hora de abordar la pobreza: de carácter teológico y moralista en el s. XVI; de tipo económico en el XVII y de signo utilitario en el XVIII⁴¹. Pero no conviene perder de vista la estrecha relación entre sanidad y gobierno y, cómo de hecho, en el Estado Moderno se asumió una política de población, lo que supuso, efectivamente, una preocupación por la salud del pueblo. Los Reyes Católicos introdujeron importantes medidas de salud pública para las ciudades, los heridos en guerra, etc. El gran estado del s. XVI necesitaba soldados y mano de obra. Un mejor nivel de salud de la población generaba más volumen de trabajo y mayor riqueza. Los planteamientos que más adelante veremos en los humanistas sobre la pobreza insistirán, en realidad, también en la sanidad, ya que suprimirla suponía eliminar enfermedades. La sanidad era un fin de Estado, por ello, se conjugó la reducción de pobres con medidas de seguridad como elementos para un programa político⁴².

Centrándonos en el s. XVI, el pensamiento de los humanistas se dividía entre los que avalaban la necesidad de que los pobres fuesen bien tratados y socorridos, para los que se crearían centros asistenciales, y los que llamaban la atención sobre los vicios, ociosidad, delincuencia, etc. que se fomentaría con la erección arbitraria de asilos⁴³. Dentro del mundo católico los autores revelaban en sus obras matices dispares que indicaban hasta qué punto las reflexiones sobre este tema eran de extensa preocupación. Oscilaban entre la benevolencia de Domingo de Soto y la dureza de Juan de Medina, sin descartar planteamientos intermedios, no exentos de utopía, como el de Juan Luis Vives. En ellos, el término hospital aún estaba ligado al de refugio de pobres sin especiales condiciones sanitarias. Juan Luis Vives poseía un concepto de caridad propio del cristiano clásico en el que socorrer a los pobres constituía una obligación moral de los que ostentaban la riqueza. En su obra

Tratado del socorro de pobres (1526), dedicada a los burgomaestres de Brujas, mostraba una república cristiana en la que la lacra de la pobreza debía ser remediada, especialmente la mendicidad -por su peligrosidad-, corrupción moral, alteración de la paz pública y riesgo de contagio de enfermedades. Hacía responsable de aniquilar esta situación a los dirigentes de la república, preconizando las figuras de «diputados de parroquias» como encargados de vigilar y orientar la beneficencia⁴⁴. Propuso en su obra métodos para evitar la mendicidad señalando cómo había que realizar investigaciones muy cuidadosas sobre el número de pobres, mendigos y vergonzantes, enseñar a trabajar a los útiles, remitir a los sanos a su lugar de origen, socorrer a los enfermos y prohibirles siempre pedir limosna. Pese al avance de su planteamiento mantuvo la tradición medieval de unir el término pobre y enfermo, de considerar el hospital como lugar de recogimiento de todo aquél que necesitase alguna ayuda ajena de carácter sanitario, alimenticio, etc.; de hecho, hablaba del hospital diciendo: «entre los pobres hay unos que viven las casas comúnmente llamados hospitales, en griego ‘ptochotrophios’, pero usaremos del primer vocablo como más conocido,... llamo hospitales aquellas casas en que se alimentan y cuidan los enfermos, en que se sustenta un cierto número de necesitados, se educan los niños y niñas, se crían los expósitos, se encierran los locos, y pasan su vida los ciegos; sepan los que gobiernan la ciudad que todo esto pertenece a su cuidado⁴⁵». Contó su doctrina con numerosos partidarios⁴⁶ mostrando las leyes de mendicidad de Carlos I y Felipe II una clara relación con sus ideas⁴⁷.

En oposición a Vives se situaba el dominico fray Domingo de Soto con su *Deliberación en la causa de los pobres* (1545), dedicada a Felipe II. Defendía la libertad de los pobres a pedir limosna y por tanto no creía conveniente que interviniese el poder público en cuestiones benéficas, lo que suponía un claro conservadurismo. Argumentó con citas de la ley natural y divina la necesidad de no alterar con medidas reformistas un orden sagrado, si bien hizo la distinción entre los verdaderos pobres y los fingidos, no siendo lícito para estos últimos la limosna sino la corrección. Con carácter práctico argumentaba contra la medida de que los mendicantes fuesen recogidos y no pudiesen pedir ya que ni en todos los lugares había suficientes hospitales para recogerlos ni era bueno mantenerlos en ociosidad⁴⁸.

Fray Juan de Medina, en el mismo año, planteó suprimir la mendicidad, no por medio de prohibición, sino trasladando el socorro de los pobres verdaderos a sus casas y ordenando las limosnas para encauzarlas hacia los establecimientos benéficos de los que se excluiría a los vagabundos y falsos pobres. Defendía la intervención gubernamental que, a través de ordenanzas y leyes, intentaba buscar soluciones a los males asociados a la pobreza (algo que Soto no admitía) «porque en España más que en otra provincia había falta de orden en ser socorridos los pobres verdaderos y en ser corregidos

estos burladores y holgazanes»⁴⁹. Uno de los grandes beneficios que la experiencia le había demostrado al aplicar las ordenanzas fue «*que los hospitales que están hechos para remedio de pobres verdaderos, gastavan sus haziendas y ocupavan sus camas en la gente vagavunda, y agora (como parece) están desocupados para que en ellos sean acogidos y remediados, sólo aquellos para quien se hizieron*»⁵⁰.

Medidas más radicales expresaba Juan de Mariana en su obra *De rege et regis institutione* (1559) defendiendo el derecho del Estado a intervenir regulando la distribución de la riqueza y la asistencia a desvalidos, considerando legítimo destinar a este servicio las rentas de la Iglesia⁵¹.

De gran interés resultó la propuesta del canónigo Miguel de Giginta, quien en su obra *Tractado de remedio de pobres* (1579) planteaba, a través de un diálogo, la fundación de casas de recogimiento de mendigos a las que llamaba Casas de Misericordia, término que adquirirá gran relevancia como elemento diferenciador para estos menesteres del hasta ahora vocablo común «hospital». Presentaba el método de erección de estas casas pormenorizando los recursos para el edificio, ocupación de los huéspedes, régimen de vida e incluso disposiciones arquitectónicas de distribución que revisten gran interés, pero poca originalidad. Él fundó Casas de Misericordia tanto en España como en Portugal, con lo que creía haber dado un paso importante en la resolución del problema de la mendicidad conciliando el doble planteamiento de respeto a la libertad del menesteroso y el de lograr la restricción de aquella a través de las leyes. Se planteaba que si el pobre tenía resueltas las necesidades de casa y comida y la obligación de trabajar (esparto, hilatura, seda)⁵² se lograba la mejora material y espiritual, dentro de un marco de libertad, de ingresar o abandonar la Casa; aquél que quisiera seguir pidiendo limosna sería un pobre fingido sobre el que la ley podría actuar. Desde el punto de vista económico, si el trabajo de los asilados no bastaba para su suficiencia, una cofradía se encargaría de buscar la limosna necesaria (esto no deja de ser un resabio medieval); se impuso el principio del trabajo como virtud para la regeneración del individuo.

Arquitectónicamente mostraba dichas casas como construcciones baratas, sencillas, de escaso presupuesto y centralizada pero sin describir la disposición de los talleres, oficinas, etc., sólo especificaba la de los dormitorios y la capilla, tal vez semejante al hospital de planta de cruz griega con lo que no se abandonaría el planteamiento claustral que tan buenos resultados había dado en el campo asistencial: «primeramente se avrán de hazer unas casas térreas a la ligera, que de tapias y teja vana bastarán para pobres, en quatro ataraçanas distintas que respondan en cruz a una capilla que ha de aver en medio con un retablo del Iuzio final e historia del impío mal rico con Lázaro mendigo. En las cuales casas por el principio, bastará que sean las camas de sólo xerjones y mantas grosseras ... quanto al gasto para fabricar y poner a

punto las dichas camas, podra salir por vía de unas fuentes, o de una demanda común prevenida por la Iglesia, quando no saliessen a ello algunos devotos particulares de generosa devoción, para dexar tan ilustre y meritoria memoria, para servir a Dios en sus pobres ... y creo que no faltará quien lo haga si quiera para su capilla o entierro, costando muy poco, por aver de ser las ataraçanas como están dicho, y no aver de dexar la renta que para otras cosas sería menester, ni conviene que la tengan estas casas, que en fin serán para Iglesia, casa de oración, collegio, convento»⁵³.

La construcción de Casas de Misericordia, según Giginta, favorecería a los propios hospitales. Del rendimiento del trabajo de los asilados (que bastaría para el alimento), así como de las limosnas para el centro, el llevar las hachas en los entierros, etc. se harían seis partes, una para el asilado y el resto para repartirlas en pobres vergonzantes, cautivos, dotes y hospitales; estos últimos además recibirían menos personas porque habría menos enfermos y los que ingresasen estarían mejor atendidos. La descripción que realizó de los hospitales del momento era desoladora y denunciaba el mal uso de rentas que se hacía en ellos contraviniendo las voluntades de los fundadores⁵⁴.

El doctor Pérez de Herrera pidió al rey, en su obra *Discursos del amparo de los legítimos pobres y reducción de los fingidos* (1598), profundizar en el tema de las Casas de Misericordia y en la necesidad de que el Estado interviniese para restringir la mendicidad, por ello insistía en los albergues de pobres para separar los verdaderos de los que no lo eran. También establecía medidas para socorrer a necesitados, educar huérfanos, reformar mujeres licenciosas, etc. Presentó su proyecto a Cortes como hiciera Giginta y contó con un eco favorable pues, de hecho, ya había albergues de pobres en Toledo, Granada, Sevilla, Córdoba y Valladolid⁵⁵, e incluso Carlos V había mandado se redujesen a uno en cada pueblo. Pérez de Herrera analizaba que estas casas sólo debían servir como dormitorio e iglesia ya que el pobre, durante el día, se dedicaría a mendigar con la correspondiente tablilla que lo acreditaba como pobre verdadero de la localidad (no prohibía la mendicidad como Giginta). Consideraba viable su planteamiento porque se conseguiría que la gente pudiente no sufriese el foco de contagio que suponían los pobres mal alimentados que corrompían el aire y engendraban «tabardillos y a veces pestes principalmente en el Andalucía»⁵⁶ y no significaría un coste excepcional el mantenimiento de estos albergues, que describe escrupulosamente desde el punto de vista arquitectónico, ya que tendrían una traza modesta con su iglesia: «que aunque no sean suntuosas, sino de tapias y portales alrededor de un patio espacioso, y salas baxas, y en lugares húmidos altas, donde aya en cada dormitorio lámparas encendidas que los alumbren toda la noche, para que se escusen algunos inconvenientes, y unas camas con xergones de angeo, con paja, o heno, sobre algunas tarimas, y almohadas de lo mismo,

o de algun otro lienço rezio, con una o dos fraçadas grosseras en esta primera fundación, que adelante, con ayuda de Dios, yendo creciendo la renta, podrá crecer el ornato de las dichas camas y casas; y en cada cama dos alhazenas en la pared con llave, la una para poner la comida o lo que sobrare de lo que les dan por las casas, la otra, para guardar sus camisas y la demás ropa, porque no se embaracen con arcas los dormitorios, y aya más limpieza en ellos»⁵⁷.

En estos albergues se admitirían sólo a los enfermos curables, el resto se llevaría a los hospitales, los leprosos al de S. Lázaro, los incurables, contagiosos o con llagas a los de bubas y los de otras enfermedades al hospital general. Especificaba claramente que sólo servirían estos albergues de dormitorio y nunca para curar⁵⁸. Al igual que Giginta, los correlacionaba con una mejor asistencia en los hospitales, que podrían encauzar de forma más adecuada sus fondos e incluso tendrían la posibilidad de levantar en ellos salas de convalecientes⁵⁹.

De especial interés resulta el discurso octavo en el que aparece la relación que hizo a Felipe II «en que escribe el fundamento y sitio de la fábrica del Albergue desta villa de Madrid». Justificaba la elección del terreno fuera del centro por su escaso costo (no hubo necesidad de expropiaciones), así como que estaba bien comunicado por su ubicación en un camino real muy concurrido «el que va a N^a S^a de Atocha»; era un lugar «alto y capaz» con buenas condiciones de aireación y soleamiento, lo que era importantísimo para la salud de los que allí durmiesen, y también por el agua suficiente «que puedan limpiar las oficinas del»⁶⁰; realizaba una descripción pormenorizada de la traza cruciforme de dicho albergue⁶¹. Dadas las dimensiones del Albergue y que los dormitorios y cuartos sólo ocupaban el piso bajo, que se doblaría con el tiempo, se podría trasladar a los dos patios de atrás el Hospital General, como de hecho ocurrió; la huerta permitiría obtener un rendimiento económico para las reparaciones y los gastos de leña y capilla; no aparecían las instalaciones de cocina, comedores, etc. dado que no se efectuaba ese servicio en el albergue. En un principio no se completaron los cuatro patios: «es tan grande y capaz esta casa de sitio y fábrica, que al presente por ser muy costosa, no se podrá edificar todo de una vez, sino la mitad de la parte delantera para executar luego el negocio de los pobres y el de los vagabundos; y espero en nuestro Señor que adelante en estando acabada en quatro patios que tiene se han de poder acomodar estas obras heroycas en el uno de la mano derecha a la entrada de la puerta principal los pobres mendigantes varones con tres o quatro dormitorios capaces para todos ellos y en el otro patio que está a la mano izquierda, que se entra por los corredores que dixe las mugeres pobres mendigantes y niños y niñas que han de asistir en ellas hasta edad de siete o ocho años con dos o tres dormitorios suficientes para todas ellas. Y en patio de la puerta principal de la mano izquierda que está

debaxo deste quarto, mandándose por puerta particular, se han de encerrar las mugeres vagabundas delinquentes de la casa del trabajo y labor, por averse fabricado con esta intención por consulta y mandado de V.M., teniendo calabozos a propósito para las incorregibles y las demás oficinas y dormitorios necesarios para su vivienda. Y en los otros dos patios a las espaldas de esta casa, que confinan con éstos, se podrá trasladar el hospital general desta Corte, porque al presente está en sitio muy estrecho y poco ayroso, y mas metido en la villa de lo que conviene para la salud de ella, sólo con doblarse dos dormitorios de los que están vezinos de aquel patio, para que con ellos se acomoden los pobres, para que en los quatro dellos se curen los del dicho hospital general, y en el otro convalezcan y se recojan los enfermos para salir convalecidos, pudiendo estas quatro obras y ministerios mandarse por diferentes puertas»⁶².

Es interesante el que el autor incluya un diseño de planta, monte y perspectiva de los cuartos de la delantera e iglesia del Asilo de pobres de Madrid, donde muestra una distribución propia de hospitales renacentistas de cruz griega con iglesia central y que él justificó «para que otras ciudades destos Reynos se aprovechen de la traça de ella y en las provincias de los estrangeros hagan lo propio ... a lo menos imiten en lo más que pudieren esta traça, por parecer que es acomodada para el intento que se lleva en este orden de recoger mendigantes a vida de concierto y christiana»⁶³. La primera piedra de este edificio (que salió del hospital de Antón Martín) fue colocada el 8 de septiembre de 1596 con toda la solemnidad propia de este tipo de construcciones.

En medio de la controversia sobre el tratamiento a los pobres realizaron una gran aportación a las funciones asistenciales órdenes hospitalarias como la de S. Juan de Dios; ésta, como otras similares que imitaron sus funciones, buscaba aliviar los efectos de la pobreza pero no atacaba sus causas, siguiendo así la tradición de las grandes órdenes hospitalarias medievales⁶⁴. La orden de S. Juan de Dios acabó acaparando la administración de numerosos hospitales⁶⁵.

En el s. XVII se abordó la pobreza desmitificando la figura del necesitado (éste ya no era necesario) y, si bien no se logró remediar la situación, sí se intentó analizar el origen de ésta y de hecho, se la relacionó con las variaciones coyunturales de la economía (fluctuaciones monetarias, importación de metales, etc)⁶⁶. Aún se escuchaban teóricos que mantenían planteamientos muy cercanos al s.XVI, como Pedro José Ordóñez en cuya obra *Monumento triunfal de la Piedad Católica* (1673) destacaba los logros de la Casa de Misericordia de Zaragoza, cuya organización sostenida por cuotas anuales de vecinos y el trabajo de los recogidos recordaba mucho a Giginta por el carácter voluntario de los asilados, pero también a Vives por la conveniencia de que los gobernantes se ocupasen de remediar a los pobres; se trataba de

suprimir la mendicidad y de atender a los verdaderos pobres, que se recogerían en hospitales (en cuartos separados los hombres y mujeres) mientras que a los vagabundos se les aplicaría la ley⁶⁷. No parecen observarse grandes cambios con respecto al s. XVI ya que el Estado no supo asumir con excesiva fuerza las funciones sociales que le correspondían, por lo que los centros sanitarios seguían manteniendo una fuerte impronta de caridad y carácter eclesiástico, pero pese a todo, los hospitales intentaban alejarse cada vez más de ser refugio de pobres para centrarse en la función asistencial⁶⁸. Aunque se logró una disminución de fundaciones hospitalarias, resultado de la política de reducción del s. XVI, ésta no se planteó para eliminar la pobreza sino para racionalizar el sistema hospitalario. Pese a profundizarse en ello, no se logró el gran cambio como en otros países de Europa (Italia, Francia) y se mantuvo el predominio de la concepción moral cristiana, pero no son despreciables en los siglos XVI y XVII los avances realizados en la organización hospitalaria tales como la arquitectura, los hospitales especializados (militares, bubas) y una incipiente centralización⁶⁹, así como el camino abierto por la sociedad moderna de ir paulatinamente transformando la institución asilar, basada en la caridad (de arraigo medieval), en una institución de reclusión al servicio del orden social, que se denominará en ocasiones Hospital General u Hospicio⁷⁰. Esta última se convirtió en una «institución moral encargada de castigar, de corregir cierta ausencia moral»⁷¹.

En España, no se puede decir que el s. XVIII, pese a su afán renovador, ofreciese originalidad en los planteamientos. Hubo nuevos intentos de hacer rentables las pequeñas instituciones a través de reunificaciones en Hospitales Generales⁷² pero la gran preocupación era encontrar medios para eliminar la plaga social (mendicidad y vagancia), así Ward, Ustáriz, Campillo, Pérez y López etc. eran partidarios de aplicar al vagabundo al trabajo y dar asistencia al enfermo o impedido⁷³ para lo que se hacía imprescindible la creación de hospicios y al mismo tiempo el fomento de cofradías, hermandades de socorro, montepíos, encauzamiento de limosnas, impulsar la industria, agricultura, etc.

Destacaron la obra de Ramón Cortines y Andrade *Discurso político sobre el establecimiento de los hospicios en España* (1768) y la de Nicolás de Arriquíbar *Recreación política* (1779). Ambos insistían en la antigua idea de establecer hospicios en todas las capitales de provincia del reino controladas por Hermandades provinciales de eclesiásticos y seculares⁷⁴. La misma idea de casas de trabajo (que procedía de la tratadística del XVI) la recogía Jovellanos. Dentro del planteamiento económico-liberal que éste defendía, deseaba se recogiesen en el hospicio los incapacitados, viejos, desocupados o mujeres y niños sin recursos para que con su trabajo fuesen útiles a sí mismos y al Estado dejando los enfermos y totalmente impedidos al sistema

de hospitales. Dentro de las reformas propugnadas en la Administración, incluyó con fuerza la de los hospicios en una memoria leída en la Real Sociedad Económica de Sevilla donde planteó el problema y la solución, con carácter extraoficial y académico, en el campo de la salubridad (aplicable a cualquier hospicio); citaba aquí al tratadista Alberti y a los higienistas franceses e ingleses y analizaba, no sólo temas de economía y buen gobierno, sino también la situación y distribución interior de los hospicios⁷⁵. El propio Campomanes también se declaraba en contra de la mendicidad.

Testimonio de la gran preocupación del XVIII por el tema de la pobreza y asistencia fue el concurso convocado en Madrid (1781) por la Real Sociedad Económica de Amigos del País sobre cuatro temas relacionados con el socorro de pobres: «Tratar del ejercicio de la caridad y del socorro de los verdaderos pobres, corrección de ociosos, destierro de la mendicidad voluntaria y fomento de la industria y aplicación»⁷⁶. Mención aparte merece la obra de Pedro Joaquín de Murcia, colector de expolios y miembro del Consejo de Su Majestad, en cuyo *Discurso político sobre la importancia y necesidad de los Hospicios, Casas de Expósitos y Hospitales que tienen todos los Estados y particularmente España* (1798) se mostraba favorable (para evitar la mendicidad) al recogimiento de pobres en Casas de Misericordia u Hospicios que debían proveerle de todas sus necesidades; las definía así: «Por Casas de Misericordia se entienden todas las destinadas para morada o asilo común de alguna clase de pobres, que por su corta o crecida edad, o por otra qualquier circunstancia estén inválidos o convenga a la causa pública, y particular vivan unidos por algún tiempo. Los reclusorios de niños huérfanos, o desamparados, de ancianos, de lisiados, de viudas, y de cualesquier personas miserables, son Casas de Misericordia. También lo son los Hospitales de enfermos, las Inclusas, o Casas de Expósitos, y las Galeras y Casas de Corrección para hombres y mujeres pobres»⁷⁷. Se aprecia cómo advertía de la necesidad de otras Casas de Misericordia distintas de las denominadas hospicios, que él reducía a los tres tipos ya mencionados -Casa de Expósitos, Casas de Corrección y Hospitales de enfermos-, sobre estos últimos aclaraba que no eran bastantes los existentes en el reino⁷⁸. En el apéndice de la obra expuso una idea general de cómo se debía construir a nivel material una Casa de Misericordia que, según Murcia, debía constar de siete departamentos enteramente separados: - para trabajos de hombres no recluidos, desocupados o ligeramente inválidos; - lo mismo para mujeres; - para niños huérfanos; - para niñas huérfanas; - casa de corrección para hombres vagos; - igual para mujeres y- departamento para prostitutas. Albergaría 500 ó 600 personas en un edificio sencillo con sótanos y, sobre éstos, las habitaciones, refectorios, cocinas, enfermerías, etc. bien ventiladas, coronado todo por desvanes-almacenes; contaría cada departamento con espaciosos patios,

huertas y abundante agua. Se procuraría su enclave en el extremo de la población para que contase con buena aireación⁷⁹.

La separación entre Hospicios o Casas de Misericordia y los Hospitales fue bastante más clara a lo largo del s. XVIII, ya que, de hecho, el hospital era el lugar a donde acudía sólo el enfermo. Es una manifestación más del interés generado por la salud pública, a lo que se asocia una abundante tratadística sobre reglas de higiene y salubridad y la importante labor ejercida por los ingenieros militares. En esta época fue el Estado, dentro de su economía liberal, quien se responsabilizaba de la vertiente hospitalaria por un lado y los hospicios por otro, quedando los primeros como instituciones sanitarias; esta doble vertiente se continuará en el s. XIX con el desarrollo de la Beneficencia. No se puede considerar, sin embargo, que hubiese una total afinidad de ideas dentro de la política hospitalaria de la Ilustración, ya que subyacían dos visiones en el planteamiento del control por el Estado de la Beneficencia. En un sentido se promovían grandes construcciones de hospitales, a los que se aplicaban los principios de sanidad pública (objetivo prioritario en la mentalidad dieciochesca), la reorganización y modernización de la Real asistencia y, en el otro, toda una corriente crítica con la labor sanitaria que se desarrollaba en los hospitales, a los que se llegaba a considerar como un auténtico peligro para la salud de los allí recogidos así como de la población cercana. Se defendía, por un lado, la necesidad de crear mejores instalaciones que evitasen la masificación y tuviesen en cuenta los preceptos higiénicos y, por otro, el potenciar la asistencia domiciliaria dejando los hospitales sólo para refugio de necesitados sin familia ni dinero como expresó Floridablanca en su *Instrucción reservada* (1787), quien decía: «En cuanto a los hospitales, encargo en que se ponga mucho cuidado en reducirlos a la curación de transeúntes o miserables que carezcan de casa o domicilio en el pueblo porque teniéndole es más conveniente asistirlos y curarlos en sus mismas casas, donde tienen mil consuelos». En la misma línea estaba Cabarrús con su defensa de la asistencia domiciliaria; la disparidad con Joaquín de Murcia era palpable⁸⁰, pero dentro de esa dualidad el hospital fue tomando forma y definiendo su papel dentro de la salud pública, algo que, por ejemplo ya en Inglaterra, se vio muy incrementado dentro del liberalismo⁸¹.

Cabría plantearse cómo se evolucionó a las posturas ilustradas desde la vigorosa religiosidad de los siglos XVI y XVII, patentes en - la propia entrada del enfermo en el hospital que requirió, durante mucho tiempo, además del reconocimiento médico, la presentación de la cédula del cumplimiento pascual e, inevitablemente, como orden implícita, debía cumplir con el precepto en su primer día de ingreso, - la misma disposición claustral de los hospitales - el hecho de las frecuentes limosnas que revertían en la beneficencia a través de los testamentos o encauzadas por los prelados hacia la creación de hospitales y que hicieron de la Iglesia una entidad magnánima en la

cual descansaba, casi con totalidad, el sistema hospitalario y benéfico junto a particulares y cofradías.

Por contra, la postura del Estado se limitó, prácticamente, a medidas restrictivas concretas en el campo asistencial. Las autoridades públicas sólo parecieron reaccionar con cierta energía cuando adoptaron medidas tendentes a mejorar las condiciones higiénicas urbanas en los brotes epidémicos -la mortandad se cebaba en la población más desarraigada-, si bien con escasa eficacia⁸². Si en la Edad Moderna a la pobreza (y por tanto al enfermo) se le hizo frente mediante un complejo sistema de caridad religiosa con la Iglesia como protagonista ayudada de la nobleza y otros particulares, con la llamada «teología de la caridad» (se justificaba la riqueza para poder ayudar al pobre convirtiéndose esta virtud en pieza fundamental para el mantenimiento de la estructura de la sociedad estamental y la paz social), la Ilustración y su orientación secularizadora y filantropía humanitaria atacó esa organización criticando la caridad mal distribuida como fuente de vagancia y retrasos económicos. Su afán de productividad buscó hacer útil a la mayor parte de la población; sólo los enfermos serían asistidos en los hospitales y los que no fueran capaces de otra ocupación se recluirían en hospicios, mientras el resto se reclutaría en levas, mano de obra para arsenales, obras públicas, etc. En el reinado de Carlos III se mantuvo una amplia legislación que perseguía la vagancia y la mendicidad voluntaria⁸³.

Prácticamente, hasta Carlos III no existió un verdadero plan de regularización de la beneficencia por parte de la administración civil. Se puede decir que hacia la mitad del s. XVIII la legislación dio por caducada la vieja disputa sobre la mendicidad con licencia y se logró que el Estado asumiera el papel de recoger a los desfavorecidos en asilos, como ya propugnaron la mayoría de tratadistas, y se considerase la mendicidad como un mal casi inevitable; no era de extrañar que Carlos III y sus sucesores tuvieran que reiterar órdenes y providencias sobre la recogida de los pobres, ya que debió entrañar harta dificultad⁸⁴. Pese a la renovación sanitaria y la labor de los ingenieros militares, la reforma hospitalaria no ganó la partida en el terreno asistencial sino que la reclusión de mendigos y vagos llegó a hacer del hospital, más que una enfermería, un asilo u hospicio⁸⁵ lo que supuso un giro hacia la asistencia domiciliaria. A la par que se fue incrementando la intervención estatal se iba restringiendo el campo de actuación de las instituciones filantrópicas⁸⁶.

Un fenómeno que, en España, irrumpió con grandes consecuencias en el campo asistencial fue la Desamortización. A finales del s. XVIII, Carlos IV, por Real Decreto de 19-IX-1798 dispuso la enajenación de «todos los bienes raíces pertenecientes a hospitales, hospicios, casas de misericordia, de reclusión, de expósitos, cofradías, memorias, obras pías y patronatos de legos» para colocar el producto de la venta en la Real Caja de Amortización

al interés anual del 3% para atender a la subsistencia de distintos centros y cumplir sus cargas⁸⁷. Esto habría sido beneficioso a los establecimientos, normalmente mal administrados, cuyas rentas no correspondían de modo alguno al capital que representaban sus propiedades⁸⁸. Era un intento de que el potencial económico que poseía la Iglesia en hospitales y hospicios no amenazase el bienestar del país, ya que se consideraba que esta riqueza no desarrollaba la economía; se acusaba a las fundaciones benéficas de mantener a los pobres en su condición en vez de convertirlos en ciudadanos útiles⁸⁹. La finalidad que se perseguía no se logró, como había ocurrido ya en anteriores intentos de reforma⁹⁰. Los hospitales apenas llegaron a recibir las anualidades que les correspondían, ya que en 1809 fueron desviados los productos de la venta para la Guerra de la Independencia, dejando a los centros benéficos, sin excepción, en una lamentable situación económica, lo que empeoró aún más el panorama asistencial⁹¹.

Este espíritu de secularización y control del Estado se plasmó en la Constitución de 1812 donde, en el artículo 321, confiaba a los Ayuntamientos el cuidado de los hospitales y en el artículo 335 a las Diputaciones la función supervisora de ellos⁹². Fue necesario esperar a la promulgación del 6-II-1822 de la primera Ley General de Beneficencia para lograr la regulación de las Juntas Provinciales y Municipales de Beneficencia, que también establecía la posibilidad de crear Juntas Parroquiales. Esta ley forzaba a las instituciones privadas a integrarse en un único sistema regido por las Juntas Municipales de Beneficencia, lo que limitaba bastante los centros de régimen cerrado⁹³. Pese al carácter laico de la legislación, el elemento religioso tuvo un importante peso en su funcionamiento, bien porque se encargase la administración de centros a órdenes religiosas especializadas, bien por la presencia de eclesiásticos en patronatos rectores de obras benéficas sin significación confesional⁹⁴. La ley presentaba una clasificación de centros -casas de maternidad, socorro, hospital de enfermos, convalecientes, locos, hospitalidad domiciliaria- y determinaba su funcionamiento y distribución. Aunque fue abolida en 1823, se restableció en 1836, pero la inestable situación política y el mal estado de la opinión fueron la causa de sus escasos resultados. La Ley de Beneficencia de 1849 vino a reordenar el sistema para armonizarlo con las leyes orgánicas de Ayuntamientos y Diputaciones de 1845; la beneficencia se insertó en las administraciones locales por las vías municipal y provincial⁹⁵. Sucesivos reglamentos, como el de 1852, permitieron ir construyendo a lo largo del siglo un servicio de beneficencia cada vez más ligado al aparato administrativo estatal, calificado por algunos de «deplorable»⁹⁶, en el que se incluían los hospitales, todo dentro del engranaje de la administración pública⁹⁷.

Pese a los avances en las teorías higienistas y científicas durante el s. XIX y comienzos del XX, el hospital continuó siendo un centro benéfico al

que acudían, en busca de atención médica, sobre todo los pobres, lo que parecía un resabio del pasado. Esto se relacionaba estrechamente con la estructura financiera de esos centros que, al vincularse a la Hacienda Pública y al Estado con el fenómeno desamortizador, en vez de impulsar su funcionamiento lo anquilosó, perdiendo autonomía; el patrimonio económico de los hospitales iba siendo alejado progresivamente de su función asistencial con el peligro añadido de depender de fuentes de ingresos menos diversificadas que en el Antiguo Régimen⁹⁸.

La multiplicidad de instituciones que la Edad Contemporánea heredó de la Edad Media y Moderna, sufrió una sistemática poda (crisis bélicas, hacendísticas, desamortización, legislación..), una reconversión en su reorganización y función social. Según Carasa, aunque se trasvasó al s. XIX el modelo ilustrado con una cierta especialización espacial, sanitaria y con algunos componentes de reclusión, el afán del poder central de controlarlos, desde el punto de vista económico, llevó a disminuir el número de hospitales y reunirlos en las ciudades en un intento de mejorar sus servicios. Las iniciativas municipales se centraban más en el bloque sanitario mientras las provinciales se dirigían hacia el asilar, que dependía de subvenciones para su funcionamiento. Observa cómo a nivel asistencial padecieron un declive cuantitativo y cualitativo con ciertos periodos de auge y recuperación hacia mitad y final del s. XIX; es en este momento cuando los hospitales se revalorizan gracias a la especialización y avances técnicos (hospitales generales de distrito, manicomio, hospitales antituberculosos, casas de maternidad, etc.)⁹⁹.

El gobierno, a lo largo del siglo, fue tomando las medidas legales para mejorar las condiciones higiénico-sanitarias de la población, revelando que la preocupación principal de la administración eran los graves brotes epidémicos de fiebre amarilla, cólera y otras enfermedades endémicas; la evolución de la organización y legislación sanitaria decimonónica intentaba adaptar la política sanitaria, cada vez más centralista, a las necesidades del país¹⁰⁰. Los higienistas intervinieron muy directamente en la elaboración de medidas sanitarias, así Mateo Seoane encabezó el movimiento que acabó imponiendo en España el modelo liberal del sistema sanitario¹⁰¹. Influyó mucho en la siguiente generación de especialistas en sanidad e higiene pública que colaboraron con él a partir de 1836, como Pedro Felipe Monlau, autor de los *Elementos de higiene pública* (1846)¹⁰² y Francisco Méndez Álvaro quien, además de realizar importantes estudios sobre la higiene de la vivienda y habitaciones de personas menesterosas, lo hizo de los hospitales en su informe sobre el estado de la beneficencia pública en 1849, donde abordó, no sólo los problemas administrativos de estas instituciones, sino el cumplimiento con su objetivo asistencial y adecuación a los adelantos de las ciencias médicas¹⁰³.

El progreso de la medicina, investigación, docencia, avances diagnósticos y terapéuticos y mejoras en las condiciones de salubridad e higiene, crearon el campo abonado para el desarrollo de los hospitales bajo un nuevo concepto¹⁰⁴. El hospital pasó de ser un centro benéfico a un elemento indispensable para la salud de los ciudadanos, la cual es ya considerada como un derecho fundamental que la administración debe preservar. Dentro de este planteamiento la arquitectura hospitalaria jugará también su papel diseñando éstos de forma cuidadosa, dejando atrás esa práctica habitual de acondicionar edificios que fueron creados para otras funciones, e intentará adecuarse a las nuevas necesidades que el sistema sanitario generará, convirtiéndose en un importante elemento del equipamiento urbano.

II. ARQUITECTURA HOSPITALARIA EN LA EDAD MEDIA

Desde el punto de vista arquitectónico, remontándonos a los orígenes del hospital en la antigüedad¹⁰⁵, si bien hoy día se descarta que los valetudinarios romanos sean precedentes de los establecimientos cristianos de caridad que surgieron en Bizancio en el s. IV, sí ha existido la tentación de relacionarlos a nivel formal -por su planta cuadrangular y distribución de habitaciones en torno al patio, con un carácter propio de albergue-, y a considerarlos como «protohospital»¹⁰⁶.

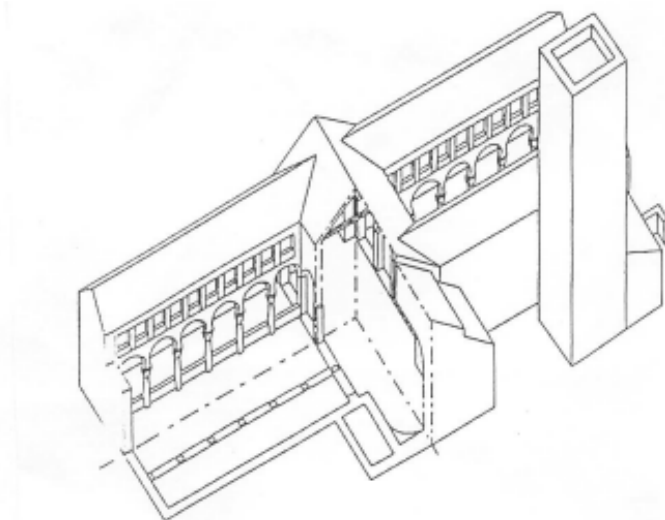
La primera noticia sobre el hospital cristiano fundado por Basilio el Grande ante las puertas de la ciudad de Cesaréa (Asia Menor) en el año 370, según relato de su amigo Gregorio de Nacianzo, tenía en el centro del establecimiento una iglesia rodeada de pequeñas casas, lo que se asemejaba mucho a las fundaciones de monasterios que tenían lugar en aquella época (año 320). Jetter señala las similitudes y conexiones que en este primer momento mantenían ambas instituciones, prácticamente coetáneas (monasterios y hospitales) por lo que aparte de las propiamente cronológicas, destacaba:

- su ubicación cercana pero fuera de la ciudad
- la iglesia en ambos casos era el centro de la vida de la comunidad
- al igual que los monjes, vivían de dádivas piadosas y de la mendicidad
- las cuevas, posteriormente celdas, en que habitaban los monjes se ordenaban desigualmente en torno a la iglesia como las casas del hospital
- los muros del monasterio mantenían la unidad del conjunto y sus puertas se convirtieron en un lugar de importancia, como también lo era la portería del hospital
- en ambos casos se aludía a la aplicación de reglas relativas al silencio, obediencia, trabajo, aislamiento y a ejercitar el amor a Dios y al prójimo¹⁰⁷.

Por tanto, resalta este autor las raíces monacales del hospital frente a las de origen episcopal, de hecho en occidente, desde el punto de vista tipológico

la disposición del convento se ha adaptado al ejercicio de la caridad y ayuda al necesitado influyendo en el desarrollo de la hospitalidad.

Las instituciones hospitalarias de tradición bizantina se fueron extendiendo por el territorio europeo, sobre todo en las zonas más romanizadas. No se poseen apenas referencias de la estructura arquitectónica de los antiguos «xenodochios». Los restos excavados del de Pammachio en Porto (año 398) no se pueden interpretar con la seguridad suficiente como para crear de ellos el origen y la evolución del hospital occidental. El tipo arquitectónico que muestra es una basílica de tres naves con un enorme atrio y largas salas rectangulares tras las columnatas del patio cuadrado; más que constituir el prototipo de un hospital se considera como un aspecto de la arquitectura sacra¹⁰⁸. Un biógrafo del obispo Cesáreo (quien fundó en Arlés, hacia el 500, uno de los primeros «xenodochios») dijo que la casa de pobres y enfermos era muy grande -por lo que se hablaba más de salas que de habitaciones individuales- y que se podía participar del culto divino sin esfuerzo¹⁰⁹; parece ser que el principio arquitectónico era la sala común y la comunicación acústica (tal vez óptica entre cama y altar) lo que ha perdurado en hospitales europeos a través de siglos. El modelo basilical en occidente fue, quizás, el que ha tenido un desarrollo más inusitado, ya que de él nació la arquitectura cristiana, primero bizantina luego medieval, y presentaba gran idoneidad en el campo asistencial por su sentido del espacio claro, coherente y continuo tan necesario en sus salas¹¹⁰. En el caso de España la fundación hospitalaria más antigua conocida fue la realizada por el obispo Masona en Mérida, el año 580, en el que se atendían y recogían peregrinos y enfermos; recientes excavaciones lo han descubierto a unos 350 metros al este de la Basílica de Sta. Eulalia. Según la reconstrucción ideal¹¹¹ (fig.1), era de un diseño senc-



1. Reconstrucción ideal del Hospital de Masona. Caballero; Mateos (1993).

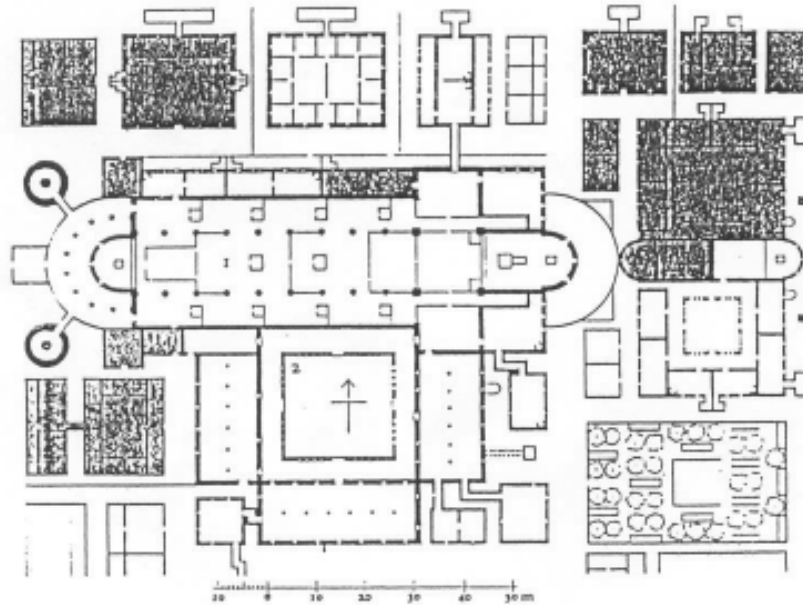
llo con dos crujías paralelas, que determinaban un patio rectangular entre ambas (con galería de arcos en el bajo y ventanas en el primer piso), enlazadas en el centro por una crujía perpendicular que, tal vez, ejercía las funciones de iglesia y un cuerpo prismático con cierto carácter de torre. Las camas para enfermos podrían ocupar las salas longitudinales. En el mismo entorno fundó dicho obispo un monasterio.

Conforme avanzaba la Edad Media, el desarrollo en materia de hospitales había sido importante y estaba estrechamente relacionado con el mundo monacal gracias a las enfermerías y salas incorporadas a los monasterios, al esquema benedictino de St. Gall, a los asilos y leproserías en el medio rural o a los hospicios de albergue temporal para peregrinos. Esta interrelación del hospital y monasterio muestra cómo, al igual que la arquitectura monástica dependía de las reglas monacales, la hospitalaria también se veía regida por ellas. Se mantenía un importante conflicto entre la contradicción que generaba el voto de pobreza por una parte, y el deseo de una ordenación visible del monasterio por otra. Se defendía la autarquía de la comunidad, así según las disposiciones de la «Regula Sancti Benedicti», consideradas como punto de partida de los monasterios de occidente, si era posible, se debía edificar el monasterio «de modo que tenga dentro de sus muros todo lo necesario; esto es: agua, molino, huerta y talleres donde puedan ejercerse los diversos oficios»¹¹². Aunque la regla no se refiera de forma directa a la obra arquitectónica o artística sí cita las edificaciones imprescindibles en el monasterio como marco donde se desarrolla la jornada. Para Braunfels, a excepción de la arquitectura bélica, no hay en la arquitectura profana medieval otro caso en que se haya reflexionado tanto sobre la correlación forma y función; cada actividad debía realizarse en el lugar idóneo y, por supuesto, la iglesia ostentaba el más alto rango dentro del monasterio pero también adquirió relevancia dentro de la comunidad la Sala Capitular, el refectorio, fuente, claustro, dormitorios y las estancias destinadas a la hospitalidad (hospital y hospicio).

En el comentario a la regla benedictina que hizo Hildemar de Corbie en el s.IX aclaraba la disposición de la enfermería y el albergue: «el abad ha de disponer el ámbito claustral de tal forma y de dimensiones tales que todo cuanto deba realizar un monje, tenga cabida allí: que cosa allí, lave la ropa, pasee para la lectura, que se encuentre allí la enfermería y todo lo demás... no puede tener lugar en este claustro, a saber, enterrar a un muerto o visitar un enfermo. Enfermería: «celda» como dice «S. Benito», no lo aplica a un único edificio, sino a un ámbito claustral (propio). Como pueden encontrarse en un solo recinto cuatro hermanos, uno de los cuales yace moribundo, otro vomita, el tercero quiere comer y el cuarto aguarda su muerte. Pero sin duda, si ha de ser así, un solo dormitorio no basta para todos, pues al que está comiendo no le conviene convivir con el que vomita en su presencia, y con el que aguarda la muerte o con aquél que ya está muriendo. Pues si así ha

de ser, se hacen precisas habitaciones separadas para cada uno y para las diversas enfermedades.. El hospital debe tener cerca un oratorio, en donde los enfermos puedan escuchar la misa por lo menos yaciendo, y recibir la comunión ... el abad deberá disponer de una celda de tal forma que, en caso de enfermedad, la pueda utilizar en vistas a despachar con los huéspedes y quienes vengan a verle, siempre que fuere necesario, sin estorbar a los enfermos y para que pueda comer junto con los enfermos que ya pudieran levantarse. Albergue de los huéspedes... comprenden que el dormitorio en donde han de ser cobijados los monjes debe estar separado del de los legos... y en consecuencia, también el dormitorio de los monjes huéspedes está situado junto al oratorio, allí donde puedan yacer sólo irreverentes»¹¹³.

En el plano ideal de San Gallen (h.820) el esquema monástico benedictino aparecía casi totalmente desarrollado y, dentro de su utópica perfección, se ordenaba el templo con el claustro al sur, y a su alrededor el dormitorio, refectorio, cocina, cilla, y fuera de ese núcleo la casa del abad, las dependencias para novicios y enfermos, las hospederías de peregrinos y huéspedes, los edificios de escuela, médicos, talleres y locales auxiliares (granero, cervecería, corral de animales, cementerio). La configuración estaba condicionada por el afán de reforma de la monarquía francesa de reforzar los monasterios para que cumplieran con sus tareas culturales, aprovisionamiento agrícola, defensa, hospedaje, etc., por lo que el monasterio se transformaba, en parte, en institución política¹¹⁴. Este plano (fig.2) es el dibujo arquitectónico más antiguo que se conserva, accidentalmente, de la Edad Media occidental siendo una copia libre de un original anterior. Fue realizado para el abad Gozberto de St. Gall por sus superiores con el fin de hacerle una valoración de las reuniones mantenidas sobre la reforma monástica en Aquisgrán donde se incorporaban los proyectos oficiales¹¹⁵. En una amplia visión que abarca cuarenta edificios concentrados en torno a la iglesia, claustro y refectorio, incluye el hospital y la casa de huéspedes entre otros¹¹⁶. En la iglesia, la regularidad del espacio basado en cuadrados submodulares, prefigura el procedimiento normal del románico dos siglos después. El trazado programático de St. Gall, donde las dependencias se reproducen a escala, sigue una característica traza en cuadrícula que recuerda a proyectos modulares del urbanismo antiguo; en la Edad Media no se vuelve a encontrar la regularidad de «un proyecto totalizador como ése donde se ha atendido a una zonificación en áreas específicas por especialidades, según conveniencia funcional»¹¹⁷. Es absolutamente meticuloso en la especificación de las funciones pero, sin embargo, es considerado como un esquema, ya que las divisiones de espacio se representan mediante líneas sencillas sin diferenciar casi nunca grosores de muros y se limita al trazado en planta sin alzados ni secciones, por lo que se piensa que es un proyecto tipo que podía ser empleado en las fundaciones de nuevos monasterios benedictinos, adaptándose en sus



2. Plano del monasterio de St. Gall (según Horn). Leistikow (1967).

alturas, materiales y técnicas constructivas a los usos de diferentes países; era por tanto un monasterio ideal¹¹⁸. En el plano se ven aislados entre sí los tres hospitales que le caracterizan: -la enfermería de monjes en la parte oriental de la iglesia, junto al noviciado; -el hospital para pobres y peregrinos, a poniente del templo junto a las puertas del monasterio y -la casa para huéspedes ricos, al norte de la iglesia, cercano al palacio abacial; más adelante se desarrollarían otras estructuras propias del hospital monacal como era la leprosería para enfermos contagiosos, lejos del monasterio, y el hospital para novicios y conversos. Se da el caso de que en algunos monasterios sólo se distinguen dos tipos de hospitales como en Metz («hospital pauperum ad portam monasterii» y un «receptaculum intra monasterii»), en otros se señalan albergues de paso o peregrinos, etc.

El «infirmarium» de monjes en el plano de St. Gall presenta una estructura claustral con varias habitaciones de mediano tamaño -para algunos identificadas como sala cálida, dormitorio, sala de enfermos, jefe de enfermería, refectorio y cámara- y una capilla, con ábside orientado a occidente, situadas alrededor de un patio interior sin que hubiera relación acústica y óptica, contraviniendo un principio importante en la arquitectura medieval, y que se explicaba por su relación simétrica con el noviciado; sin embargo, ambos diseños (enfermería y noviciado) se habían previsto como un pequeño monasterio en la trasera de la iglesia, cada uno con su claustro bordeado de

arcadas, capilla entre ambos, sus dormitorios, refectorios, salas de provisiones, cocinas y baños propios. Este conjunto se situaba cercano a la casa de los médicos, la casa de la sangría, jardín medicinal y cementerio. Según Adolf Reinle, estos monasterios menores de novicios y enfermos no fueron dibujados a la escala del pie carolingio (=32'16 cm., usada en la iglesia) sino con el más pequeño pie capitolino (=29'6 cm.), copiados de un esquema más antiguo y que parecían reproducir un monasterio doble para monjas y monjes como era frecuente en los inicios del monacato; la estricta separación entre ambos sectores (incluso las capillas no se comunicaban entre sí) se debía a razones morales y no higiénicas¹¹⁹.

Con respecto al hospital de pobres, y según los estudios sobre construcciones de madera de la Edad Media, Horn ha demostrado que estaba cubierto por un único tejado de madera (es decir, sin patio interior ni arcadas como la enfermería de monjes y noviciado). La distribución sería, por tanto, de salas laterales en la construcción cuadrangular que determinaban una gran habitación central con un hogar (también en el centro); el humo saldría al exterior por agujeros en el techo, actuando el aire caliente ascendente como ventilador. En estas casas de pobres se obtenían hospitalidad y limosnas pero no tratamiento médico. La disposición del albergue de huéspedes distinguidos era similar pero con letrinas (del que el otro carecía) y un cuerpo amplio para caballerizas y criados¹²⁰.

Para Leistikow, el autor del diseño de St. Gall se enfrentó al gran problema arquitectónico de trazar en el plano general del hospital la estructura de su iglesia que, por dimensiones, difería del de las restantes dependencias de dicho hospital. Cuando recurrió a la forma monástica de incluir la iglesia como parte del lado del cuadrado, estableció un esquema ejemplar para todos los hospitales construidos según el «principio claustral», siempre y cuando el templo mantuviese el papel de elemento arquitectónico decisivo; así surge en occidente «la primera solución obligada al tema capital de la arquitectura hospitalaria medieval, del acoplamiento entre hospital e iglesia, que en este caso se traduce en un claustro común como estructura de cuatro alas»; cree que este problema estructural de unión de edificio hospitalario con la iglesia (originado por la ideología espiritual de la Edad Media que quiere brindar al enfermo la ayuda de la fe) ha prevalecido durante siglos por encima de otras dificultades, como pueden ser las exigencias higiénicas, sociales, médicas, etc. La arquitectura hospitalaria de la Edad Media parece así algo estática ya que, más que experimentar una verdadera evolución, presenta un proceso de estructuración originado por aspectos espirituales y religiosos por una parte, y arquitectónicos por otro¹²¹.

Centrándonos en la enfermería de los monasterios, cabe resaltar cómo la reforma cluniacense marcó un punto de inflexión en la historia de los hospitales medievales. Las sucesivas enfermerías, cuya ubicación fuera de la

clausura se relaciona más con el problema de las excretas y la ventilación y calefacción, se limitaban a salas abiertas a una galería con la capilla de la enfermería separada, sin que se lograra el enlace visual cama-altar. La casa de huéspedes, en cambio, se instalaba cerca de la entrada del monasterio. A pesar de que los hospitales cistercienses se han conservado en mejor estado que los cluniacenses, la investigación arquitectónica les ha prestado escasa atención dada su poca monumentalidad y confusión con los almacenes¹²², situándose las enfermerías y albergues sistemáticamente en lugar apartado, detrás de la clausura en el este y delante de ella en occidente respectivamente. Difiere de esta solución la enfermería de Ourscamp sur Oise (construcción hacia 1220/40) que aparece con dirección norte y sur (también ocurre esto en las de conventos ingleses) así como por la propia disposición del altar¹²³ (fig. 3). Para Leistikow es la más importante enfermería conservada de la obra cisterciense; se trata de una sala de tres naves de igual altura y nueve bovedillas con un antiguo edificio de dos planta en la parte sur que, se supone, se trataba de la cocina, farmacia y otras dependencias¹²⁴. Presenta chimenea central y ventanales en tres zonas divididos en dos partes, la superior con cristales fijos para la iluminación y la inferior con hojas de madera fáciles de abrir para la ventilación.

En cuanto a las enfermerías de monasterios ingleses se observa cierta variedad; a veces, aquí es propio del Císter encontrar la enfermería con orientación norte-sur. A través del portal, colocado asimétricamente, se entraba a una gran sala que tenía al este una nave lateral (eastern aisle) separada por columnas y una capilla (monasterio de Rievaulx). Pero las ruinas de Fountains Abbey muestran un recinto elevado sobre un riachuelo (conducido por canales bajo el edificio) comunicándolo, por un pasillo techado, con el claustro del monasterio. Al este de la sala de enfermería se encontraría su iglesia flanqueada por la cocina y bodega mientras que el albergue para pobres y enfermería de legos se ubicarían en la zona opuesta, es decir, a la puerta del monasterio. También aparecen otras enfermerías orientadas al este con tres naves, la central peraltada (estilo basilical), como en Canterbury¹²⁵.

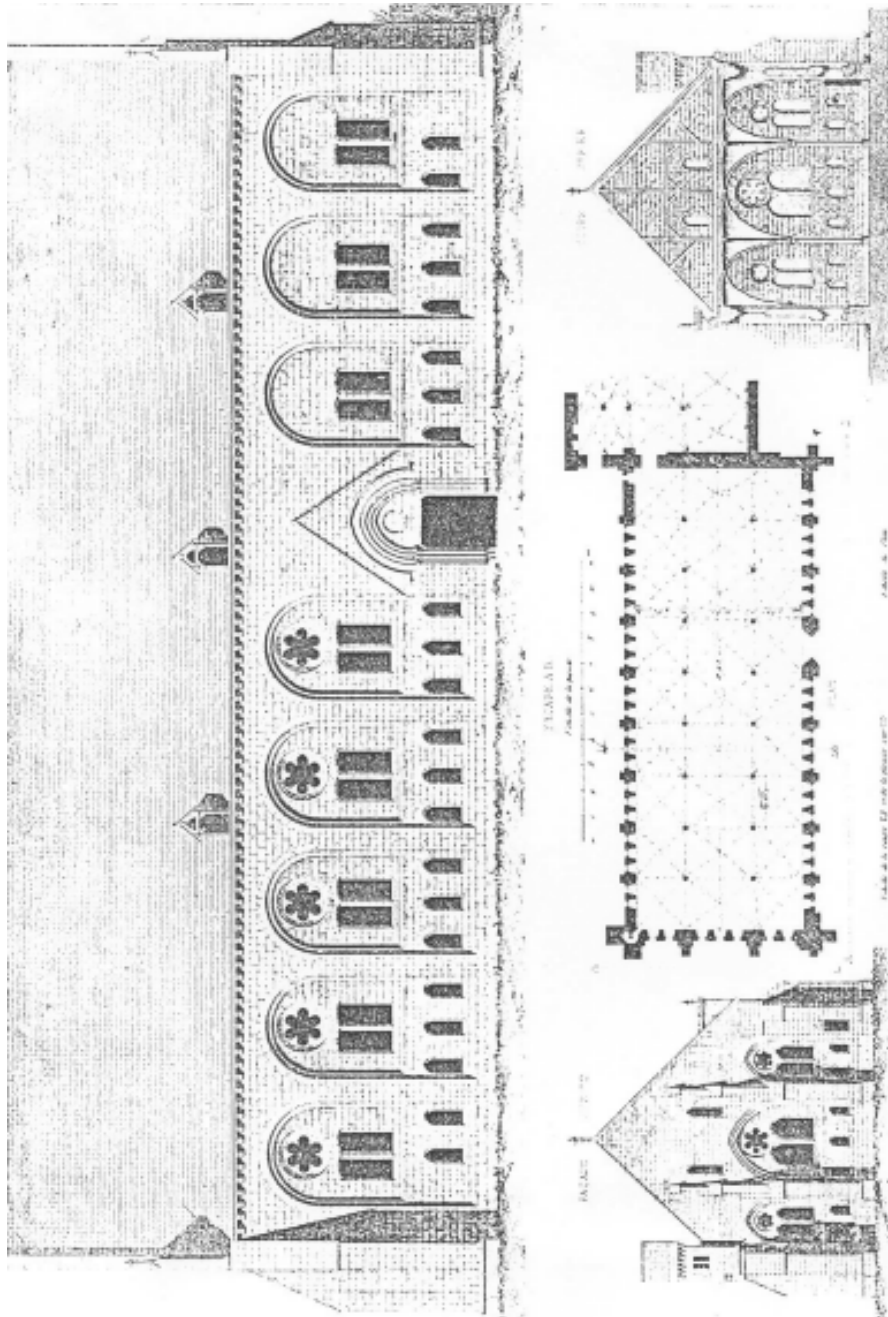
No faltan ejemplos cistercienses en Alemania como el de Eberbach, o en los Países Bajos (Villiers), o en Italia (Fossanova). En el caso de España cabe citar los de Poblet en Tarragona y Santes Creus en Barcelona, en los que se observa la particularidad de unir en el monasterio el palacio de los señores -algunos se hicieron enterrar en la iglesia del monasterio-; esa triple disposición (tumba-monasterio-hospital) recuerda a la tríada comnénica con la que también se ha relacionado el Escorial¹²⁶.

Si las enfermerías de monjes se originan en el sistema claustral que tienen por cuna las regiones mediterráneas, las salas de hospital parecen tener su origen en Europa occidental, tal vez en Francia. Éstas conforman

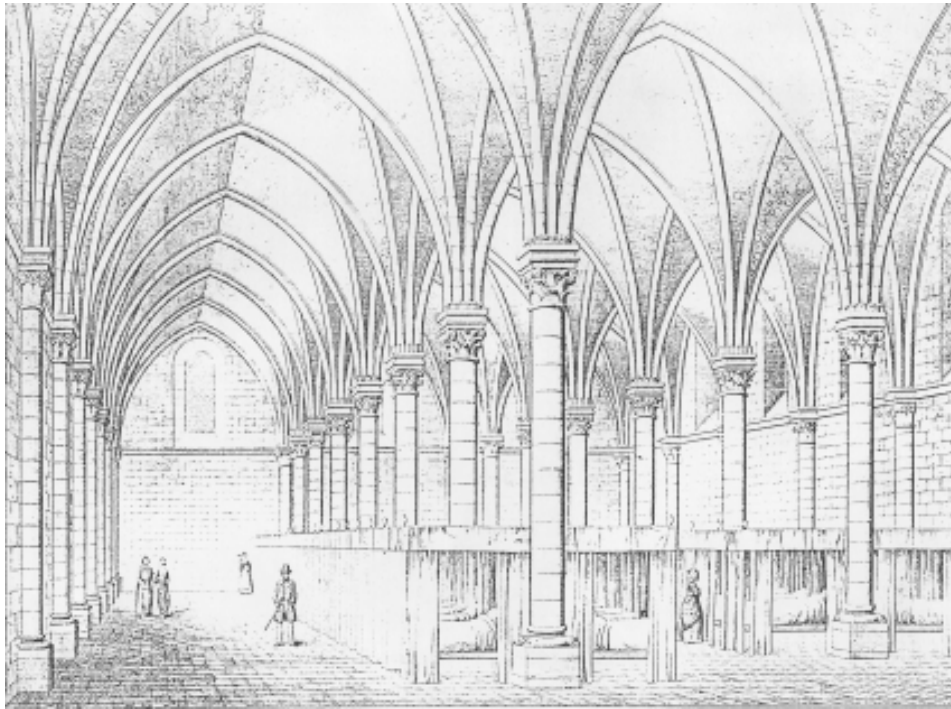
un tipo clásico en el hospital y con multiformes transformaciones dominan la Alta Edad Media. Se entiende por sala a «una construcción similar a una iglesia, de una sola planta, con una o varias naves que contiene un amplio espacio interior indiviso y que está dotado de ventanas por sus costados; en ocasiones hay también, aunque separado, un presbiterio; aparte de eventuales dependencias anejas, esta sala constituye el hospital que cumple todas sus funciones bajo un solo techo¹²⁷». Se cubrían con armaduras de madera o bóvedas de piedra. Las dimensiones eran variables pero similar la disposición fundamental. Los lechos se colocaban en filas siguiendo los puntos de apoyo y determinando pasillos; al principio no había separaciones de madera a modo de celdas (esto se adoptaría posteriormente); el requisito más importante era la posibilidad de mirar al altar desde cualquier punto, lo que fue el gran objetivo del hospital medieval, buscando la comunicación directa entre la esfera espiritual y la terrenal.

Queda por determinar de qué manera influyó en el tipo de sala de hospital la sala germánica antigua (espacio único que se contraponía a la disposición en celdas de los monasterios orientales). Por otra parte, no puede excluirse la idea de que la basílica constituyó el fundamento de la sala hospitalaria en la que los puntos de apoyo le confieren forma de naves; la estructura de dos naves recuerda a los refectorios y dormitorios de los conventos, así como a salas mundanas y graneros que también solían integrarse en el conjunto hospitalario; incluso se ha considerado la posibilidad de establecer una relación entre dichos edificios (que adoptan, prácticamente, la misma forma consagrada por el uso desde un punto de vista teológico). Verdier planteó si los edificios de fe (iglesia), de caridad (hospitales) y de esperanza (graneros) habían tenido entre ellos una conexión de intención determinada por los constructores; parecía reinar en la Edad Media una unidad de doctrina y creencia que resonaba en las artes. La vida del alma y del cuerpo se identificaban con la misma forma y los tres tipos de edificios se podían suplir uno a otro sin esfuerzo¹²⁸.

Esta forma arquitectónica alcanzó su cénit en los siglos XII y XIII y siguió usándose en el siglo XIV y XV; la sala hospitalaria con una o varias naves fue el elemento arquitectónico dominante en la Edad Media. Del siglo XII y XIII destaca en Francia, por su estado de conservación, la sala hospitalaria de Angers (1174-1181) con tres naves que presenta detalles de la estructura monacal ya que el conjunto se dispone alrededor de un patio claustral cerrado y capilla separada¹²⁹ (figs. 4, 7); Compiègne, cuya fachada expresa con claridad la disposición interior de dos grandes naves en la sala¹³⁰ y Tonnerre (1293-95) (fig.5), con una sola nave cubierta por bóveda de madera de medio cañón que le confiere un aire eclesiástico, resaltado por el hecho de que allí estaba enterrada la fundadora¹³¹. También son relevantes en Francia los hospitales medievales para ciegos, como el Quinze Vingts funda-



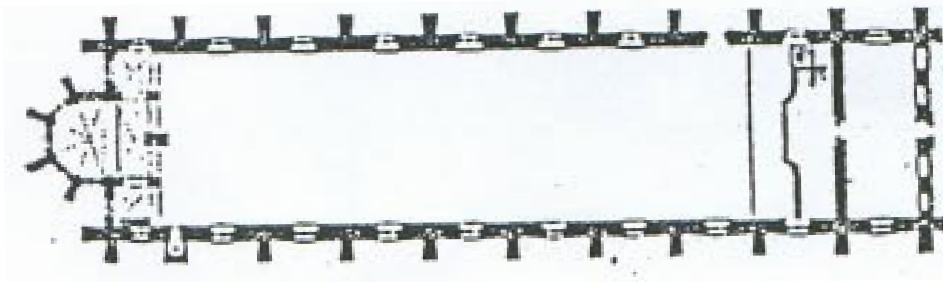
3. Planta y alzado del Hospital de Ourscamp. Verdier (1858/1864).



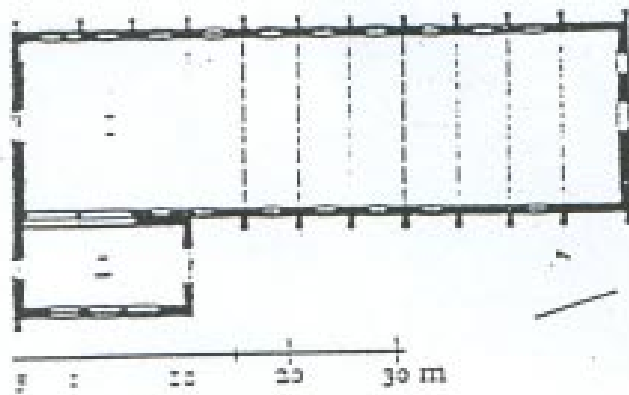
4. Interior del Hospital de Angers. Verdier (1858/1864).

do por Luis IX, la Trinitè para hospedería, o la Maladrerie du Tortoir para leprosos. Destacó también en Gante el hospital de la Biloque (1228) (fig.6) que se presenta como dos iglesias paralelas; la sala, de una nave y una gran bóveda de madera, tiene una capilla contigua; al ser una fundación relacionada con un convento su dirección se encargó a los cistercienses. Gran regularidad y simetría presenta el hospital alemán de Lübeck (1268-90) (fig.8), al que precede a la sala de enfermos la zona dedicada a los altares¹³². Esquema similar a éste muestra el hospital de Bourges, pero el espacio destinado a la capilla se distingue por la cubierta de bóveda de arista. De gran interés resulta la disposición del hospital de Cues sobre el Mosela, con estancias alrededor del claustro, lo que le da un aire conventual; en torno a él se abren amplias salas de enfermos y en un extremo de la galería la capilla con ábside poligonal; las celdas para los asilados ocupan la planta alta; su distribución en galerías, corredores, patios, salas, cámara y edificio para el culto sugiere un acercamiento a las necesidades modernas conjugando los caracteres de hospital de ciudad con el conventual¹³³ (fig. 9). El Hôtel-Dieu de Beaune (1443) se organiza en tres alas alrededor de un atrio con la capilla y el altar enlazados bajo el mismo techo de la sala de enfermos; destaca el diseño de arquitectura en madera del patio¹³⁴ (fig. 10).

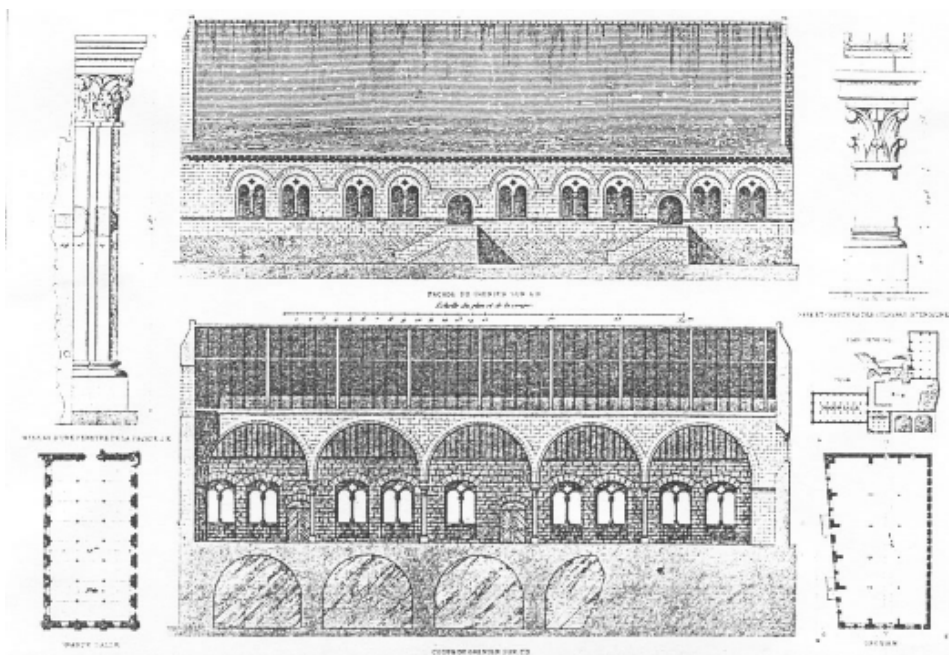
Pero tal vez el hospital más famoso fue el Hôtel-Dieu de París que, en su desarrollo desde el s. IX y con las sucesivas ampliaciones se extendió



5. Planta del Hospital de Tonnerre. Verdier (1858/1864)



6. Planta del Hospital Biloke en Gante. Leistikow (1967).

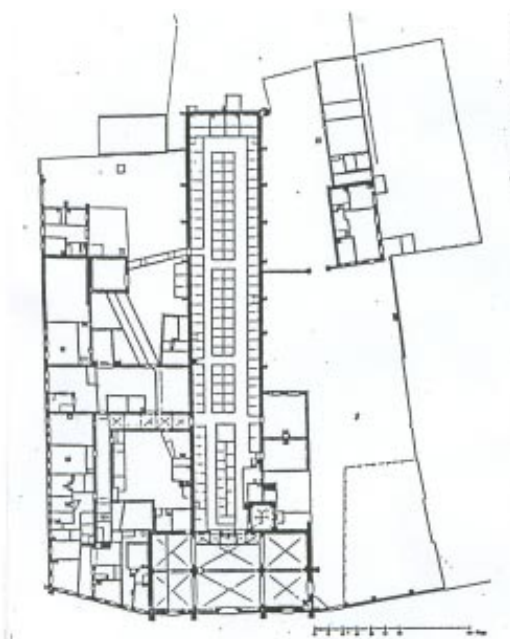


7. Granero del Hospital de Angers. Verdier (1858/1864).

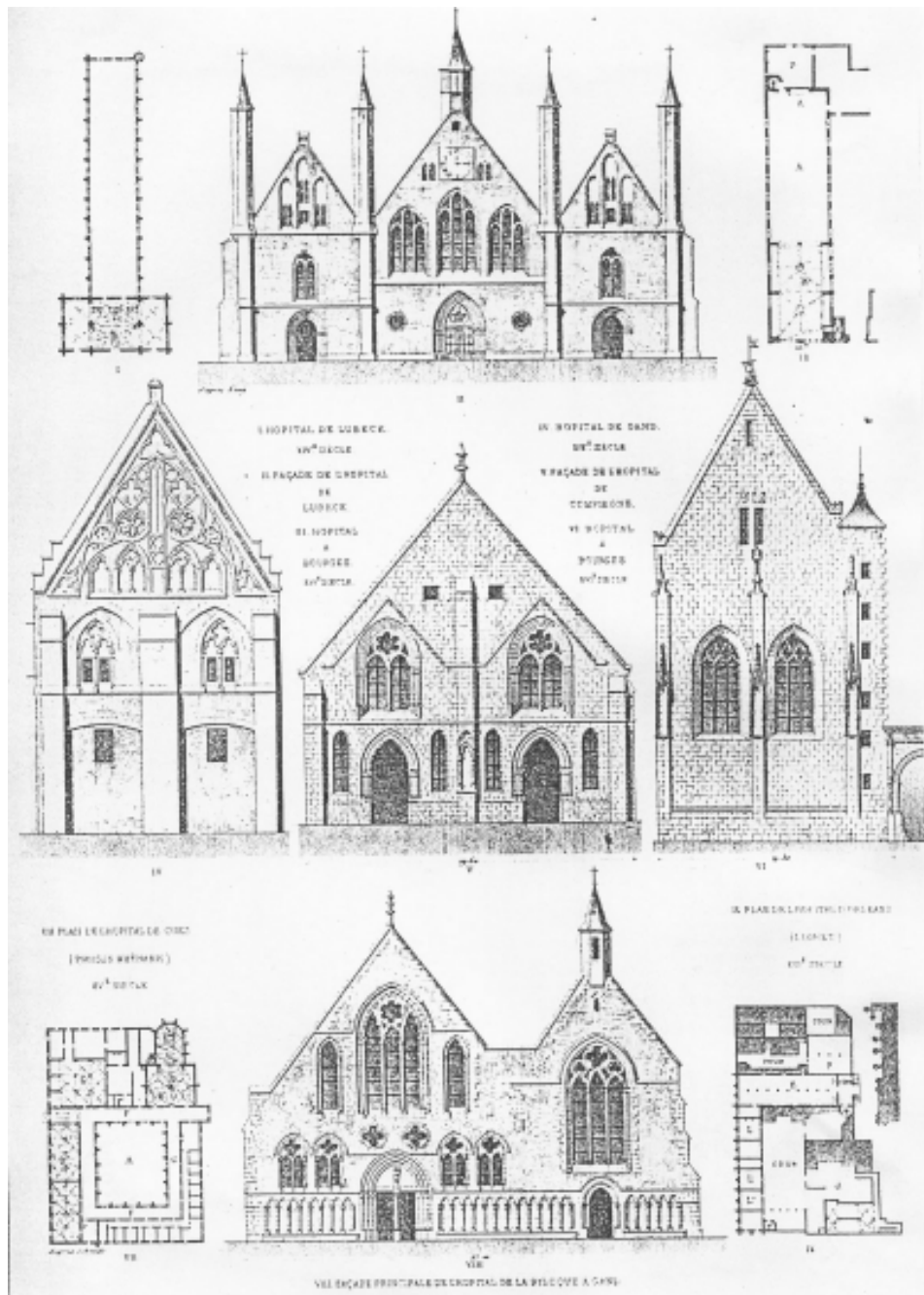
hasta la orilla sur del Sena (figs. 11, 12). El núcleo del complejo hospitalario eran diversas salas que, mediante claustros y edificios anejos, ocupaban una extensa superficie. Se disponían tres salas en línea y la cuarta en ángulo recto; ellas contaban con altares o presbiterios directamente comunicados con las salas de enfermos. El hacinamiento de pacientes, con tres por cama y sin discriminación de enfermedad, generaba altas cifras de mortalidad¹³⁵. Su ubicación al oeste de la catedral de Nôtre Dame indicaba su fundación episcopal; su nueva instalación, a la izquierda de la Catedral, tras el incendio, facilitó un gran proyecto urbanístico y mejoró el espacio libre entre dicho templo y el río; también se logró liberar el atrio de la catedral pues las reformas de Haussmann afectaban asimismo al hospital de niños, el cual interceptaba el desarrollo de la plaza ante su fachada¹³⁶.

En Inglaterra los edificios medievales que se conservan no pueden competir con las grandes salas francesas; destaca la sala hospitalaria del Saint Mary en Chichester, o del Savoy en Londres.

Las salas hospitalarias del sur de Europa no muestran tan claramente las características medievales, pero hay motivos fundados para suponer que, también en Italia y España, las salas de una o varias naves constituían la estructura fundamental del hospital¹³⁷. En Italia se ha conservado en el Ospedale di Santa Maria della Scala en Siena (frontero al Duomo) una gran sala para pobres y peregrinos íntimamente comunicada con la iglesia. La mayor parte de las construcciones actuales pertenecen al s. XIII, al que se han sumado aquellas que fueron necesarias para resolver problemas funcionales¹³⁸.



8. Planta del Hospital del Espíritu Santo en Lübeck. Jetter (1972).



9. Plantas y alzados de hospitales: Lübeck (s. XIV); Bourges (s. XVI); Gante (s. XIV); Compiègne, Cues, la Biloke en Gante, Orleáns (s. XVI). Verdier (1858/1864).



10. Planta y fachada del patio del Hospital de Beaune. Verdier (1858/1864).

En España hay restos arquitectónicos del s. XII y XIII en Vich, Burgos y Tarragona. Se observa una forma peculiar en las salas cuyo recinto se cubre con arcos transversales que, con muros de separación de forma regular, soportan las vigas del techo, sistema que presentará su máxima madurez en el hospital de la Sta. Cruz de Barcelona¹³⁹. Destacaba, por su planta rectangular de tres naves separadas por pilares octogonales, el Hospital del Rey en Burgos (fig. 13) que Lampérez consideró el ejemplo más conocido de tipo basilical, ya que ese diseño de naves abovedadas sugería una iglesia -lo que procedía de la costumbre medieval de aplicar a edificios civiles las formas consagradas para el culto-; de hecho, Amador de los Ríos confundió esta instalación con un templo, ya que en el frente de la nave central se instalaba un altar con pequeña hornacina para una imagen; en las laterales se colocaban las camas y la central serviría para aireación. Sufrió ciertas reformas en el s. XIV¹⁴⁰. Este hospital formaba parte de las estaciones del camino francés seguido por los peregrinos a Compostela y presenta una clara analogía con los de Angers y Chartres que Viollet-Le-Duc sitúa en el s. XII¹⁴¹. Sigue también el plan basilical el hospital de peregrinos de Sto. Domingo de la Calzada que plantea mayores interrogantes dado que presenta doble piso; en el bajo dos naves de desigual altura que hace pensar en una tercera destinada a vivienda y, en la planta alta, muy ruinoso, se aprecia la división de una de las naves laterales en departamentos para instalar camas y colocar el altar¹⁴².

Las peregrinaciones a Santiago de Compostela incentivaron numerosas obras públicas¹⁴³, entre ellas los hospitales, pero dado que no existe una

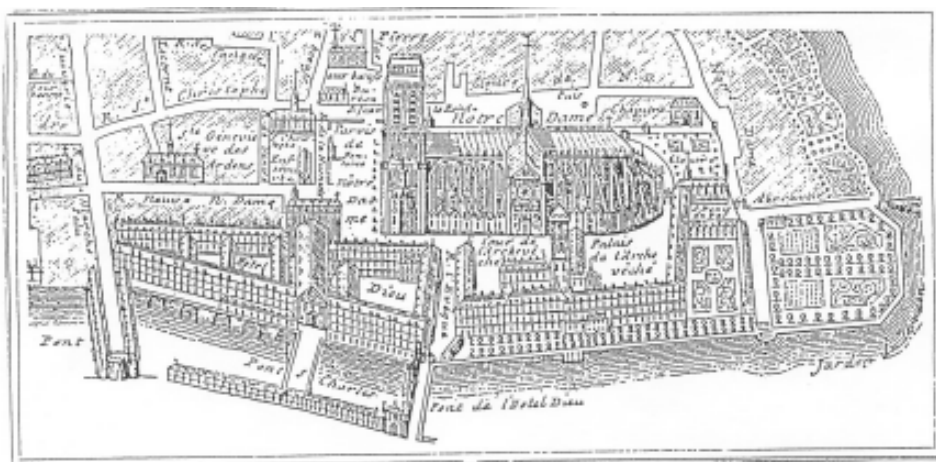
tipología específica de estas instituciones para peregrinos, según la disposición arquitectónica, aparte de los basilicales o cruciformes de indudable monumentalidad, Uría los clasifica en otros dos tipos más modestos:

a) los instalados en casas particulares destinados a nuevo fin (habilitando salas para camas y separando por sexos) o contruidos “ad hoc” de escasa capacidad y pocas dependencias accesorias que solían tener adosada o separada una capilla, pero no se cree que fueran del tipo basilical porque éste no aparecería hasta el s. XII (sabemos que anteriores a esa fecha, pero sin conocer la traza primitiva dadas sus sucesivas transformaciones, estaban los de Roncesvalles, Santa Cristina, Cebreros, etc.)¹⁴⁴

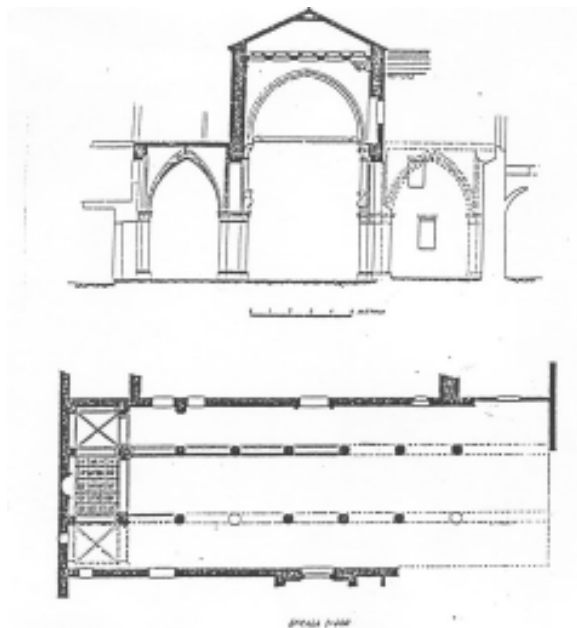
b) el formado por los intermedios entre los anteriores y los grandes hospitales, resultando difícil catalogarlos porque difieren de los primeros



11. Hôtel-Dieu de Paris (del plano de Husson, 1862). Jetter (1972).



12. Hôtel-Dieu de Paris (del plano de Lacaille, 1714). Cloquet (1984).



13. Planta y sección del Hospital del Rey en Burgos (según J. Moya). Uría Riu (1993).

sólo en que presentan salas de mayor capacidad y más dependencias accesorias (cocina, refectorio, despensa, granero, cuadras, huerta); ejemplos de éstos serían el de S. Marcos, con dos amplias salas y capilla sobre el portal de entrada, o el del Puente de Villarente en León, éste último usado para vivienda particular, que dispone de claustro interior en forma de peristilo, sobre él la galería, y dependencias separadas de las que no se conoce su uso¹⁴⁵.

Las trazas del hospital de Puente San Miguel muestran una larga sala sin divisiones y habitaciones separadas para bodega, cocina, etc.¹⁴⁶. Muy sencillo resulta el diseño del hospital burgalés de San Nicolás (s. XII) con una sala y capilla en la cabecera¹⁴⁷. Hay una clara desproporción entre los numerosos hospitalillos y albergues que funcionaron en la Edad Media en la ruta jacobea y los escasos restos que se encuentran en esta centuria¹⁴⁸. En general, las salas medievales que se fueron construyendo sucesivamente, representan el inicio, con pocas alteraciones, de las grandes salas de enfermos del Renacimiento.

Los hospitales que tuvieron menor vigencia, porque se inutilizaron al extinguirse las grandes epidemias a las que vincularon su creación, fueron las leproserías¹⁴⁹; éstas se extendieron por Europa durante y después de las Cruzadas e hicieron las veces de casas de beneficencia y de albergues para pobres sospechosos de padecer enfermedades contagiosas; su desmantelamiento supuso reordenar sus fortunas e inmuebles¹⁵⁰. No parece que arquitectónicamente fuesen especialmente destacadas ya que, en principio, serían pequeñas comunidades organizadas en chozas en el campo y que después pasarían a casas más sólidas buscando que tuviesen fuentes cercanas y se encontrasen lo suficientemente separadas de las viviendas de sanos, pero cerca de los caminos y ciudades para recibir limosnas (por lo que parece que no era un aislamiento por motivos higiénicos o epidemiológicos). Según la disposición del tercer Concilio de Letrán en 1179, las leproserías también podían disponer de iglesias y sacerdotes propios; las viviendas para

los enfermos solían ser celdas individuales que se completaban con pabellones secundarios para las dependencias económicas, con el cementerio y la muralla que los aislaba, lo que parece anticipar, por su dispersión, el futuro sistema de pabellones del s. XVIII y XIX. Conforme las leproserías disminuían se incrementaban los hospitales para apestados; estas medidas de aislamiento se desarrollaron especialmente para proteger el comercio y a los habitantes de las ciudades y destacaron en el s.XV los lazaretos viejo y nuevo de Venecia o el de Milán¹⁵¹.

Otras fundaciones estuvieron a cargo de las órdenes hospitalarias como fue la de los Sanjuanistas del Santo Sepulcro, institución que surgió en relación con las Cruzadas y las peregrinaciones a Jerusalén; estos peregrinos se alojaban en albergues que después se convirtieron en hospitales y, aunque se conserva poco de ellos, destaca el ubicado en la isla de Rodas, lugar en que se estableció la orden en 1308 tras perder Tierra Santa. El hospital de Rodas destaca por su gran bloque cúbico dispuesto en dos plantas alrededor de dos grandes patios; el núcleo es la larga sala de dos naves que, al igual que las cistercienses, se extiende de norte a sur y en la que un mirador de tres lados en la zona frontal señala el lugar del altar; la alta cimentación elevó el suelo de la sala de enfermos a la altura del primer piso; a lo largo de las fachadas hay pequeñas celdas sin ventanas que podían servir de letrinas. Puesto que la terapia de la Edad Media consistía en expulsar las impurezas mediante sangrías, purgantes o vomitivos, se dio gran importancia a la planificación de los lugares de evacuación en las salas de hospitales, como se veía en el plano de St Gall, en el futuro Hospital Mayor de Milán o en los diseños del XIX¹⁵². En la planta baja se disponen instalaciones que recuerdan a los caravanserrallos¹⁵³ (caballerizas, depósitos, almacenes, etc.); en torno al patio hay pequeñas habitaciones que recuerdan la distribución de un claustro conventual, pero donde también se advierten influencias islámicas como es el caso del Ribat de Sousse de Túnez¹⁵⁴.

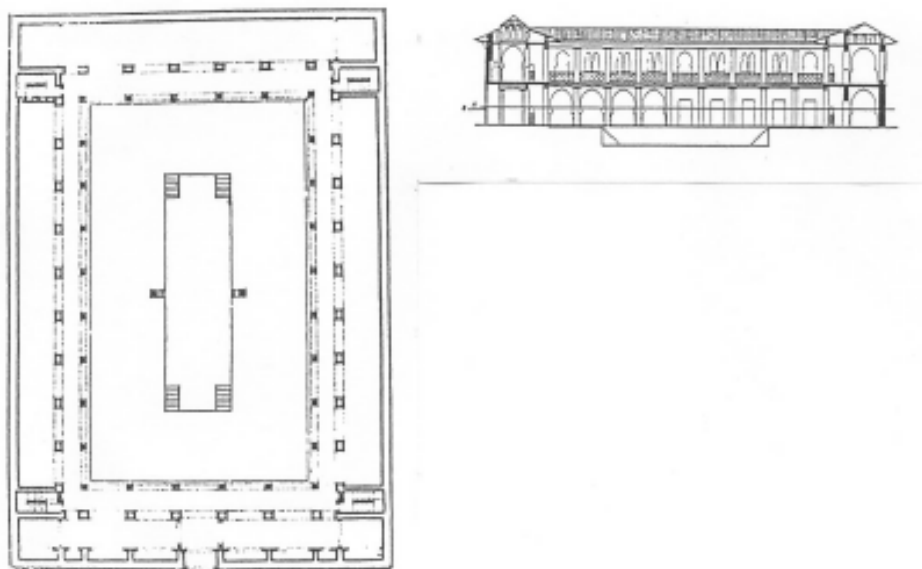
A propósito de estas relaciones, conviene puntualizar cómo sobre los hospitales islámicos hay grandes lagunas tanto en cuanto a su origen (albergue de peregrinos, estaciones de caravanas, modelos bizantinos) como a su desarrollo; destacó el bimaristán¹⁵⁵ de Damasco -Nuraddin-, que se organizaba en torno a un patio rectangular con fuente de agua al que se abrían cuatro salas abovedadas (liwan) y otras cuatro sin ventanas, en las esquinas del edificio, entre las anteriores; presentaba una entrada suntuosa y un vestíbulo que conducía al patio a través del liwan más próximo¹⁵⁶. Como ejemplo español tenemos el bimaristán de Granada (fig. 14) con planta rectangular, dos pisos y amplio patio con galerías que daban paso a naves alargadas y estrechas que, aunque en el plano figuran continuas se sabe que se subdividían en pequeñas habitaciones con disposiciones análogas a la alhóndiga conocida como Corral del Carbón en dicha ciudad; en la nave delantera ha-

bía cuatro pequeñas cámaras a cada lado del vestíbulo en la parte interior del muro de fachada¹⁵⁷. El desarrollo de la medicina del Islam en España, cuyo trasvase de ideas durante ocho siglos fomentó un creciente interés hacia el cuidado de la enfermedad, junto al camino de peregrinos a Santiago de Compostela, fueron motivos que impulsaron el desarrollo de los hospitales en la península; a esa influencia islámica habría que atribuir la temprana aparición de hospitales para recoger dementes (siglos XV y XVI) mientras Europa estaba ajena a ello¹⁵⁸.

Otras órdenes cristianas militares con espíritu hospitalario fueron: la Teutónica fundada en 1190, de la que citaremos el hospital de Nuremberg, Marburgo, Frankfurt, etc.; la orden del Temple, suprimida a principios del s. XIV; los Antonitas, para tratar enfermedades cutáneas -hospital de Iseheim-; la del Espíritu Santo, fundada por Guy de Montpellier a finales del s. XII, a quien el Papa Inocencio III entregó el antiguo albergue de los sajones en Roma, que sería más tarde el hospital de Santo Espíritu de Sassia, situado en el camino de la iglesia de S. Pedro. Esta denominación de Espíritu Santo fue muy utilizada para diversos hospitales pero eso no significa que todos pertenecieran a esa orden¹⁵⁹.

Los hospitales mencionados hasta ahora podrían también clasificarse en función de sus promotores según fueran fundaciones episcopales, de la nobleza, realeza, de la propia ciudad, etc. Cuando a lo largo del s. XIII-XIV la administración de los hospitales fue pasando a mano de las instituciones municipales, se llegó a una diversidad arquitectónica en cuanto a estilo, pero la disposición parecía atenerse a los mismos principios. Aparte del número de plantas que tuviese, el problema central era la unión de la capilla; a la antigua forma de anexión longitudinal (la capilla en el eje longitudinal del hospital) hay que sumar algunos casos de anexión paralela (capilla paralela al hospital), transversal (incorporación de la capilla al costado más amplio del hospital) y angular; como formas más tardías, en el caso de Alemania se dio la disposición en torno al patio. Esta directa relación de enfermería con iglesia y altar parece parte de una normativa de la arquitectura medieval hospitalaria que garantiza la asistencia espiritual de los allí acogidos, pero que revela también la escasez de medios de estos hospitales¹⁶⁰.

Los hospitales civiles o municipales se presentaban con gran extensión longitudinal y estrecha relación con la iglesia, destinando la parte superior de aquél a dependencias de cofradías o personal que, con el tiempo, se transformarían en alcobas de beneficiados (personas que ingresaban en el hospital anticipando cierto capital o pagando periódicamente cierta cantidad por manutención). Desde el punto de vista sanitario, pese a las críticas que la Edad Media recibió desde el s. XIX, ésta ofertaba, con la multiplicidad de hospitales, la compensación a las deficiencias de la casa medieval que, por



14. Planta y sección del Maristán de Granada. Martín García; García Granados (1984).

ausencia de espacios funcionalmente diferenciados, no disponía de medios para curar o aislar al enfermo¹⁶¹.

A partir del siglo XIV se buscaba una separación más manifiesta entre iglesia y hospital, lo que originaba que la ornamentación arquitectónica fuese utilizando recursos más profanos que lograban que el hospital se acercase, cada vez más, a la arquitectura doméstica burguesa por sus dimensiones. Resultaba significativa la afirmación de Nicolás de Metz, recogida en un documento del s. XIV, donde decía que el hospital «no es una iglesia»¹⁶². Otro cambio se percibió en el emplazamiento de los hospitales que, en el s. XIII, aún se encontraban en los caminos de acceso a la ciudad, y posteriormente se fueron incluyendo dentro del cerco de las murallas, pero no lejos de las vías principales y ríos¹⁶³.

La información sobre los hospitales del sur de Europa, en contraste con la abundancia de ejemplos alemanes, es mucho menor; en España se daban a conocer el Hospital del Rey de Burgos (1209), el de Valencia (1238) o la Santa Cruz de Barcelona (1401), que surgían como reunión de otras instituciones empobrecidas¹⁶⁴. Esta tarea de agrupar a casi todos los necesitados de las grandes ciudades en una institución obligó a los arquitectos y a las comunidades asistenciales a buscar nuevas soluciones. La imagen del hospital ciudadano fue, también en España, la de un hospital gótico con origen diverso y tendencia, desde el s. XV, a concentrar pequeñas instituciones en edificios apropiados que eran indispensables a la ciudad en la Baja Edad Media. El hospital de Sta. Cruz en Barcelona contaba con tres salas en forma de U alrededor de un patio, aunque tal vez tuviera cuatro salas, una en cada lado;

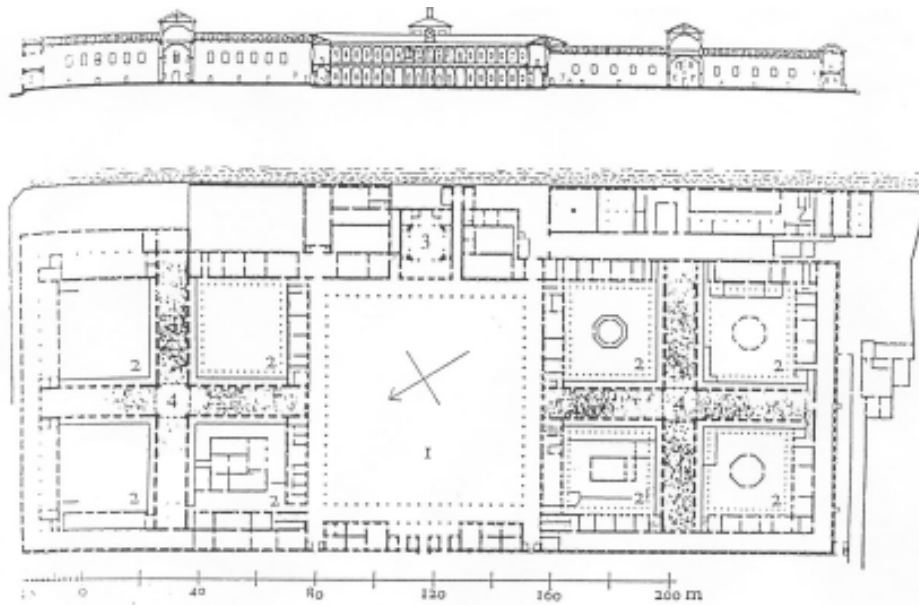
es uno de los ejemplos mejor conservados de arquitectura civil gótica en el que, prescindiendo de elementos decorativos, se buscó la economía y utilidad siguiendo el modelo de hospitales catalanes medievales construidos como los palacios de señores, alrededor del patio central cerrado por naves de una o dos crujías¹⁶⁵.

Era Italia la que estaba más encaminada hacia la solución del problema central (anexión hospital-capilla) ya que, desde el año 1334 existía en el hospital de Sta. María Nuova (Florencia) un pabellón de hombres con cuatro salas dispuestas en forma de cruz alrededor de una capilla, cuyo altar era visible para las camas. Este esquema supuso una revolución en el diseño de hospitales, aunque no de inmediato; se conocen salas cruciformes en Génova (1420), Mantua (1450-72), Milán (1457), Roma (1471), etc.¹⁶⁶. Este modelo italiano tuvo un importante desarrollo en la España de los Reyes Católicos (Toledo 1494, Santiago 1499, Granada 1504) y el Nuevo Mundo y, con cierto retraso, llegaría también a Francia (Lyon 1622, París 1634) decayendo con el periodo de la Reforma, pero se puede decir que fue un esquema que siguió vigente hasta el s. XIX.

III. ARQUITECTURA HOSPITALARIA EN LA EDAD MODERNA

La estructura arquitectónica de los hospitales en la Edad Moderna presentaba ya cierta diferencia con respecto a los hospitales medievales, no tanto por la evolución asistencial, en la que los objetivos eran los mismos, como por las circunstancias históricas, políticas y sociales que se fueron desarrollando en Europa. La arquitectura renacentista italiana influyó sensiblemente en la hospitalaria, si bien se ignora, en parte, el punto de arranque de ese proceso evolutivo que, ya en la Baja Edad Media, dio muestras de esquemas revolucionarios, como el cruciforme.

Siguiendo a Leistikow, en los primeros hospitales renacentistas destacaban tres elementos característicos: -la preferencia por la disposición del patio (normalmente con cuatro alas alrededor del patio con columnas), -salas cruciformes de enfermos y -desarrollo de la logia. Se observaba la dualidad de hospitales que estaban muy vinculados a la arquitectura conventual y ligados a estilos arquitectónicos sacros, con otros más secularizados, según principios de la arquitectura palaciega¹⁶⁷. El hospital de Sta. Ana de Ferrara (1440) seguía el esquema claustral enriquecido por una hermosa logia. Cuando se registra la primera intervención de Brunelleschi en un edificio público, el Hospital de los Inocentes en Florencia (1419), éste no logró configurar una nueva tipología hospitalaria; siguió los prototipos de Bonifacio Lupi y Guillermo Balducci pero era una empresa diferente a los hospitales medievales; este edificio no revelaba una investigación encaminada a una nueva tipología hospitalaria -dos claustros alrededor de los cuales se distri-

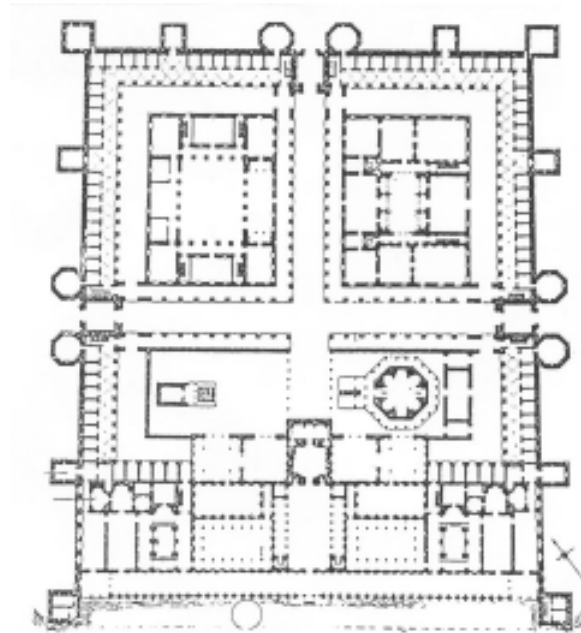


15. Planta del Hospital Mayor de Milán. Leistikow (1967).

buían dormitorios y servicios- pero sí la aplicación del vocabulario del nuevo lenguaje: el pórtico adquiriría el carácter de un elemento arquitectónico propio desde cuyo eje central se accedía al patio de columnas. Brunelleschi experimentó las posibilidades de la nueva cultura arquitectónica en un edificio para el que no había modelos clásicos y recurrió a una tipología preexistente al que aplicó el vocabulario arquitectónico clásico¹⁶⁸.

La tratadística (obras de Alberti, Antonio Averlino) se dejaba sentir en los edificios precursores, cuyas formas nuevas fueron imponiendo, con sus grandes dimensiones, el reflejo de cierta arrogancia y «sentido comunitario de autoseguridad»¹⁶⁹, ligado a un poder político que tendía a centralizar y controlar las funciones asistenciales como parte de su modernidad; se llegaba a la concepción del hospital del Estado. Este es el caso del Hospital Mayor de Milán (fig. 15), obra de Antonio Averlino (llamado el Filarete) quien expuso detalladamente en su *Tratado* el diseño con ingeniosos dibujos; en él se atendía a funciones propiamente hospitalarias, e integraba el edificio dentro del proyecto arquitectónico general de una ciudad ideal denominada Sforzinda¹⁷⁰. En el diseño de ésta cada edificio, y entre ellos el hospital, se concibe funcionalmente como un organismo global, como una empresa social, lo que supuso una gran evolución desde el punto de vista del planteamiento urbanístico, pero en el constructivo, el hospital de Milán se insertaba en un tejido urbano sin lograr la remodelación que en el planteamiento utópico se pretendía¹⁷¹. A pesar del lento proceso de construcción y los graves daños sufridos en la II Guerra Mundial así como su restauración para uso universitario y de administración hospitalaria, se muestra como el más im-

portante hospital del renacimiento italiano en esquema cruciforme. Consta de un rectángulo dividido en tres partes: la del centro -un gran patio en el que se ubica la iglesia de planta central- y en los tercios a derecha e izquierda las salas cruciformes con el altar en la intersección¹⁷². Fue fruto del encargo que en 1456 realizase el duque Sforza a Averlino¹⁷³, quien fue enviado especialmente a Florencia para estudiar Santa María Nuova, si bien tampoco le sería ajeno el diseño del palacio de Diocleciano en Spalato¹⁷⁴ (fig. 16). El programa arquitectónico de Filarete consistía en utilizar estructuras modernas más cúbicas, articuladas en horizontal, como apoyo de un sistema decorativo que combinaba los elementos en boga, anulando con esos motivos el juego de llenos y vacíos de la arquitectura toscana; esta nueva tendencia que muestra el hospital de Milán no se podría confundir con el gótico salvo por su exuberancia¹⁷⁵. Se ha señalado también el carácter modular de este diseño que lo mismo podía ampliarse o reducirse atendiendo a su unidad básica, las dos crujías que forman la cruz y el perímetro de cierre¹⁷⁶. En este edificio quedan reflejadas las características propias del hospital renacentista, especialmente en el aumento de proporciones, patios y logias de carácter palaciego y salas cruciformes. La aparición de estas formas arquitectónicas se explica por la continuidad de la tradición: el patio, con galería de columnas, que procede de la arquitectura antigua, fue usado por el claustro conventual y tal vez fuera adoptado por hospitales medievales italianos (Sta. María Nuova en Florencia, s. XIII y Sta. María della Scala en Siena, s. XIV), las salas

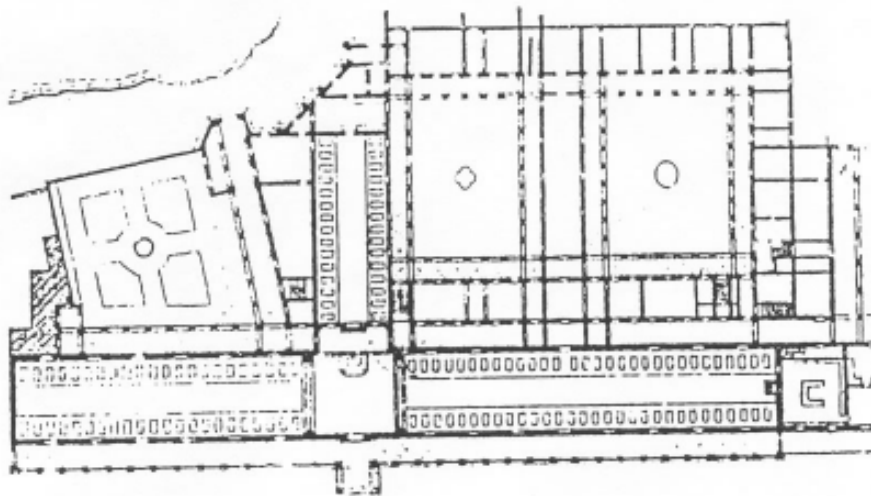


16. Planta del Palacio de Diocleciano en Spalato. Benevolo (1984).

cruciformes ya se encontraban en la de hombres de Sta. María Nuova así como logias a la entrada del hospital (S. Mateo en Pavía). Conviene resaltar cómo el hospital de Milán, compuesto a base de crujías en torno a patios, establece un esquema compositivo de gran importancia para la arquitectura occidental siendo el antecedente de numerosas e importantes construcciones¹⁷⁷. Se prestó gran atención a las instalaciones sanitarias, así en la zona de intersección de las salas cruciformes de una sola planta se elevaba una cúpula octogonal y cada sala disponía de dos chimeneas en las que el fuego no se interrumpía para purificar el aire; también se diseñó con cuidado el sistema de abastecimiento de agua, evacuación y acceso a los excusados. Este interés por los aspectos prácticos se observa en Filarete de una forma destacada y, frente a la visión de otros arquitectos, había en él un afán por mejorar las condiciones de vida del hombre normal¹⁷⁸.

La reforma del Hospital de Santo Spirito en Sassia (fig. 17), al ser reconstruido por Baccio Pontelli para Sixto IV entre 1474 y 1482, consistió en dos brazos de cruz alineados y separados (por lo que la cruz completa sería el crucero); en los siglos XVII y XVIII se amplió con otra sala en ángulo recto a las anteriores -determinando la forma de «T»- confluyendo en una cúpula elevada y se anexionaron los dos patios claustrales de los cofrades, el palacio del Comendador, la iglesia de Santo Spirito y el edificio de la Inclusa; contrastaba la ostentación externa con el escaso interés por las instalaciones sanitarias¹⁷⁹.

En Francia, aún en el s.XVI, se construían salas con fórmulas góticas, el tipo llamado hospital corredor (Bourges, Orleans), aunque teóricos como Delorme presentaron un modelo cruciforme con ciertas transformaciones al



17. Planta del Hospital del Santo Spirito en Roma. Leistikow (1967).

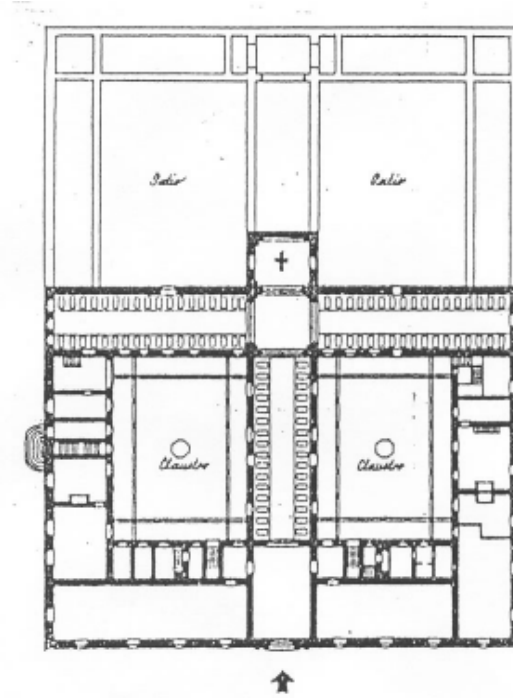
bordear las salas comunes con habitaciones particulares pero, sobre todo, al dejar correr el aire que quedaba encerrado en el núcleo central (problema general de ventilación en los hospitales cruciformes) gracias a la instalación de un patio que aseguraba la circulación mediante pórticos¹⁸⁰. También en el s. XVII, el teórico alemán Furttenbach presentó proyectos con salas de enfermos en forma de cruz¹⁸¹.

Donde se ofrecieron los ejemplos más brillantes y más tempranos sobre el tema de hospitales en forma de cruz fue en España, destacando por sus dimensiones y grandiosidad: Santiago de Compostela (1499 comenzando las obras en 1501)¹⁸², Santa Cruz de Toledo (1494 si bien no empezó su construcción hasta 1504)¹⁸³, Real de Granada (1504 iniciándose los trabajos en 1511), Valencia (1546), Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla (1546) o Sta. María de Gracia en Zaragoza. Este desarrollo estaba estrechamente relacionado con las variadas relaciones que se mantenían con el Papado, Nápoles y resto de Italia tanto a nivel diplomático y literario como político, todo ello avalado por el trasvase de artistas; ejemplos de estos contactos serían el hecho de que la biblioteca de Alfonso el Magnánimo y el legado del Duque de Calabria al monasterio jerónimo de S. Miguel de los Reyes permitieron acceder al tratado de Filarete, o la correspondencia de Pedro Mártir de Anglería con Juan Arcimboldi, arzobispo de Milán¹⁸⁴.

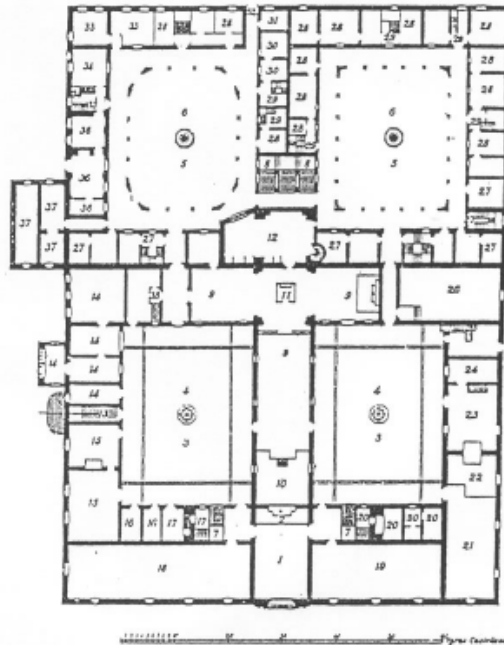
Destacan los dos hospitales reales (Santiago y Granada) y el de Toledo, promovido por el Cardenal Mendoza, que fueron realizados según trazas de los Egas¹⁸⁵. Enrique Egas siguió un modelo de cruz griega con salas en los amplios brazos de la cruz y, situada en la intersección o en uno de los extremos, la capilla -aprovechándose los espacios entre brazos para patios-, inscribiendo el conjunto en una crujía con forma de cuadrado donde se instalaban las restantes dependencias hospitalarias¹⁸⁶. Acerca de las influencias sobre los hospitales de Egas, se ha barajado como muy relevante el diseño en «T» del Santo Spirito en Sassia; los documentos sobre hospitales españoles hacen mayor mención a éste -del que eran filiales más de cien- que al hospital milanés. Tal vez Egas planteó la simplificación del modelo de Filarete o del Santo Spirito; desde luego, el diseño de Averlino no era el exclusivo en la difusión del tipo cruciforme. Azcárate se cuestiona ese origen y considera que el hospital de Santiago (figs. 18, 19) se concibió, inicialmente en 1499, sólo con tres naves que confluirían en el altar, es decir, como cruz latina con dos patios a los lados; el diseño se acercaría, con las transformaciones del barroco, a los hospitales de Granada y Toledo¹⁸⁷. Este planteamiento significa una revisión de la evolución del edificio hospitalario y su relación con el modelo italiano; esa planta de cruz latina en Santiago puede considerarse la fusión de los modelos medievales (el modelo basilical prolonga dos brazos como crucero para facilitar la estructura claustral)¹⁸⁸ y se ha planteado como un desarrollo progresivo del esquema constructivo desde la «T» de Santiago

a las cuatro alas del de Toledo (fig. 20) y el diseño de Granada con los cuatro grandes patios (fig. 21)¹⁸⁹; pero no se puede determinar una evolución única en la formación de una tipología.

La amplia política asistencial hizo necesaria la tipología propia de un edificio compartimentado en alas y patios, por lo que se consideró idóneo el de la Italia del quattrocento; esto permitió separar a mujeres, hombres, enfermos contagiosos, etc. racionalizando el espacio¹⁹⁰. La implantación del modelo cruciforme supuso para Egas la necesidad de inspirarse en una planta «moderna» y manejar un sistema que no conocía a fondo, lo que explica cierta rudeza en el hospital de Santiago de Compostela y que, en el campo decorativo, volviese a retomar el lenguaje que mejor conocía, el gótico tardío. Resultaba muy complejo hacer «en gótico» un hospital moderno cuando en Castilla no había aún costumbre de levantar grandes edificios civiles (como en Borgoña o Cataluña). En arquitectura era mucho más fácil adaptar a una planta novedosa una edificación utilitaria que hacer entrar una función concreta en las normas de un estilo que parecía poco apto a ese fin¹⁹¹. Si Egas conservó el gótico para edificios religiosos,



18. Planta del Hospital Real de Santiago de Compostela (Zuazo). Chueca Goitia (1965).



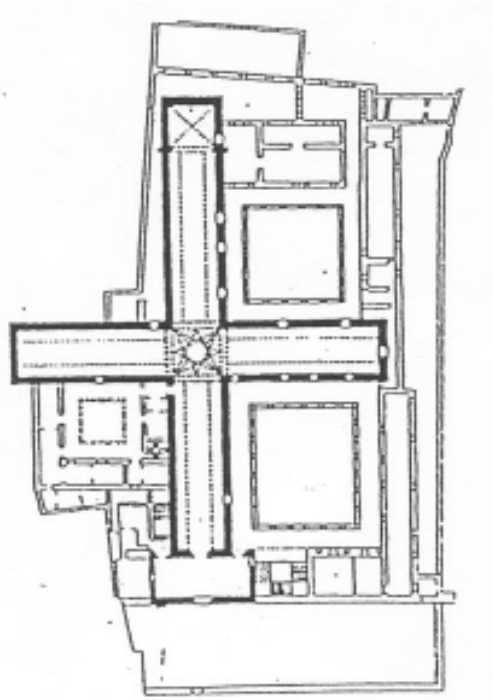
19. Planta del Hospital Real de Santiago de Compostela. 1807. Lampérez y Romea (1993).

cuando tuvo la oportunidad de levantar un edificio civil aprovechó las novedades de Italia, logrando una innovación en la tipología de la arquitectura del siglo XVI y un vehículo para renovar el lenguaje artístico. Félez insiste en subrayar la excepcionalidad de Egas como proyectista de hospitales dentro de la arquitectura del s. XVI español. Contando con una decoración gótica, incorporó a la tradición constructiva la planta de cruz con altar central revelando, en el fondo, la expresión de postulados neoplatónicos y el encuentro entre la antigua cultura iconográfica y la nueva interpretación de las relaciones entre el hombre y el mundo¹⁹².

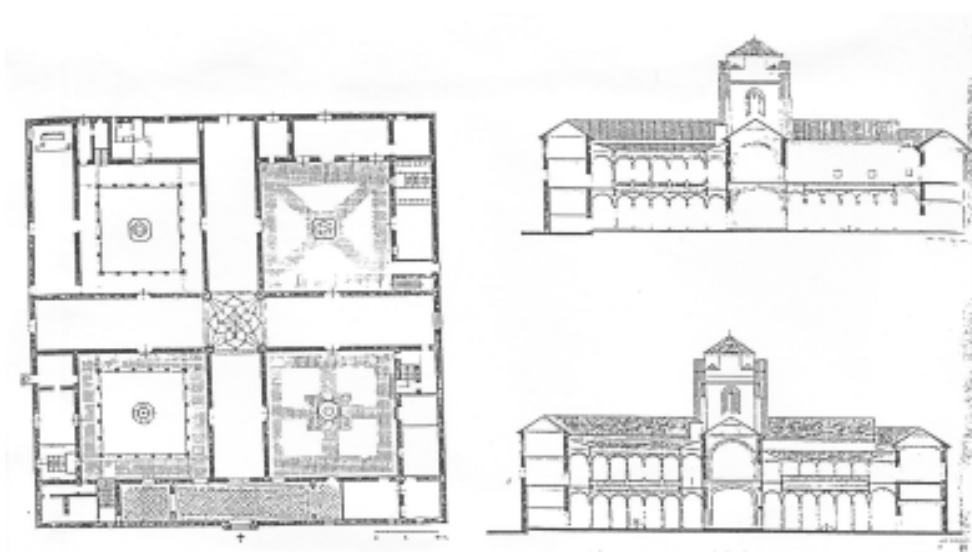
La novedosa disposición de los hospitales reales no ocultaba los anclajes góticos; la estética renacentista se presentaba en elementos aislados y superpuestos a elementos tradicionales¹⁹³. Faltaba aún en los hospitales un adecuado entendimiento de la normativa clásica pero lograron también la generalización de un modelo, no sólo dentro de España sino en Ultramar, durante los siglos XVI y XVII¹⁹⁴. El éxito de esta tipología vendría a coincidir con el carácter de modernidad, prestigio y centralización de los diversos establecimientos que la monarquía quería lograr. Esta planta fue la seguida en los organismos arquitectónicos de gran magnitud¹⁹⁵ cuyas amplias dimensiones podían resolver el problema de unificación de albergues y su diseño funcional permitía: adaptarse a la diversas necesidades, ajustarse a cuestiones de ventilación e higiene¹⁹⁶, clasificar los pacientes por sexo, edad, enfermedad contagiosa y locura así como una mejor vigilancia por la disposición de las crujiás, lo que cabría relacionar -salvando las diferencias- con el origen del panóptico¹⁹⁷. La planta de cruz griega no hizo desaparecer estructuras tradicionales sino que siguieron conviviendo, así el hospital de La Latina (1505) en Madrid -hoy desaparecido-, fundado por Beatriz de Galindo, seguía un modelo más arcaico del que sólo se conserva la portada¹⁹⁸ o el hospital de La Concepción en Burgos (1561) que continuó el esquema basilical, con dos amplias enfermerías de tres naves cada una, semejantes a una iglesia, pero con la ampliación de galerías altas sobre las naves¹⁹⁹. Este fenómeno se producía también fuera de España, así en Alemania, la fundación episcopal del Juliuspsital de Würzburg (1576-1585) presentaba en su edificio principal, situado junto a la calle, el tipo medieval de construcción de iglesia en el eje longitudinal pero, eso sí, formando parte de un patio con formas renacentistas²⁰⁰.

Esos edificios funcionales ordenados con aspiraciones higiénicas fueron poco frecuentes en la arquitectura hospitalaria española, abundaban más las construcciones con deficiencias que perpetuaban el sistema de caridad de origen medieval y arrastraban graves penurias económicas para su sostenimiento; a menudo, se recurría a habilitar antiguos conventos o acondicionar salas abiertas a un patio cercano de una parroquia; todo esto se relacionaba con la imagen de la ciudad conventual y sus sencillas fachadas no destacaban especialmente²⁰¹.

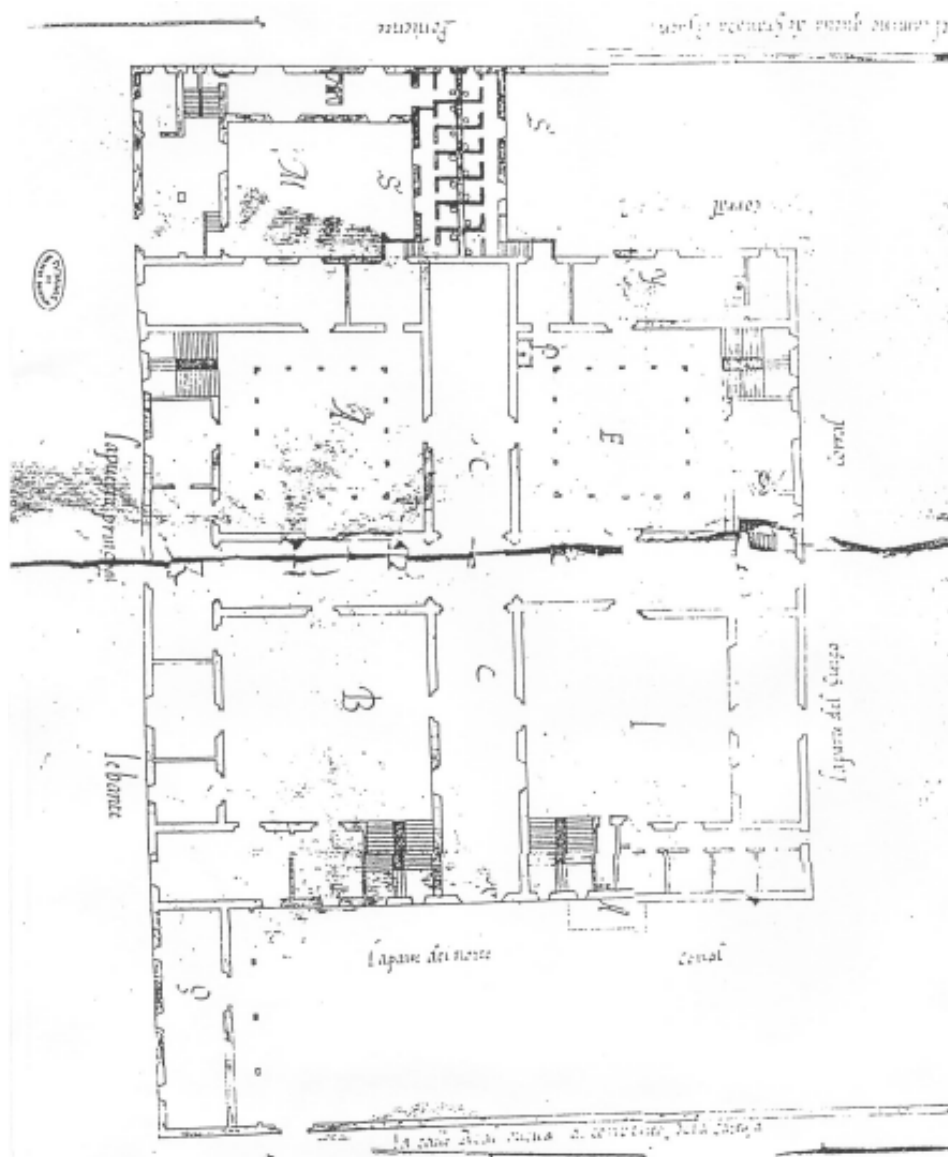
Pero la racionalización del espacio en el modelo cruciforme no ocultaba que la gran dificultad era la ubicación de la capilla y sus problemas de visibilidad, lo que en gran medida marcó la evolución del modelo. En Santiago de Compostela (1499 –comienzo de las obras en 1501-) se dispuso inicialmente en la intersección de las tres naves pero esto generaba grandes corrientes²⁰². En Toledo, en el hospital de la Sta. Cruz se instaló la capilla en la cabecera (extremo de la crujía de entrada), aunque tal vez fuera una solución posterior a Egas; se cree que si se llegó a disponer el altar en el centro para ser visto desde las ocho salas (cuatro inferiores y cuatro superiores) debió durar poco, ya que inmediatamente a la construcción se acondicionó la cabecera para tal efecto, quedando el centro como núcleo de servicio y una verdadera chimenea de ventilación -elemento higiénico destacado- a lo que contribuyó el perfil del



20. Planta del Hospital de Sta. Cruz en Toledo. Lampérez y Romea (1993).



21. Planta y secciones del Hospital Real de Granada. Félez Lubelza (1979).

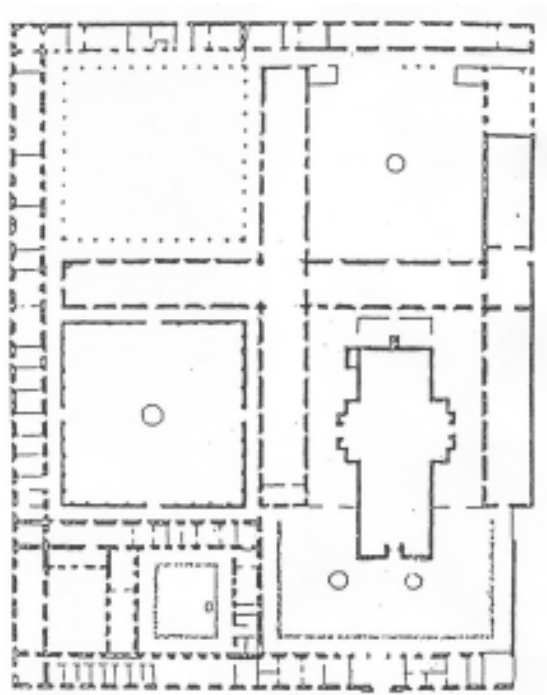


22. Planta del Hospital Real de Granada. 1618. Archivo General de Simancas (A.G.S.), Patronato Eclesiástico (P.E.), Leg. 321.

artesonado²⁰³. En el Hospital Real de Granada la capilla se proyectó en el crucero que constaba de dos plantas separadas como las crujías, si bien se sabe que no se utilizó como tal por problemas económicos; el informe de Siloe tras el incendio de 1549 indicaba cómo aún en la mitad del s. XVI se pensaba que ése debería ser el lugar de la capilla, aunque de hecho ésta se ubicase provisionalmente en la crujía del patio, siendo éste el emplazamiento definitivo²⁰⁴, así en la visita realizada en 1618, con el edificio inacabado, la iglesia seguía ocupando una de las crujías laterales del patio posterior donde estaban las enfermerías (fig. 22)²⁰⁵. Si se situaba en el crucero la capilla del

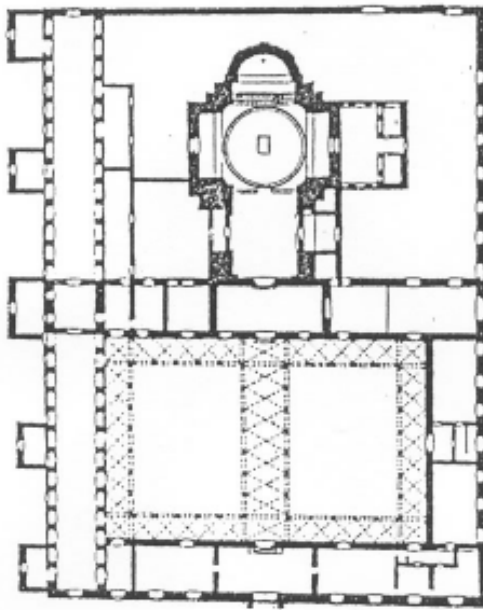
Hospital de Sta. Ana, en Cartagena, hoy desaparecido²⁰⁶. De edificación de planta cruciforme se catalogan el Hospital General de Zaragoza²⁰⁷ y el de Valencia que, pese a las construcciones de épocas muy diversas y las reparaciones sufridas tras el incendio de 1545, presentaba en su parte principal una cruz con tres naves en cada brazo separadas por columnas de mármol, que se ha calificado de compromiso entre los tipos cruciforme (por el conjunto) y basilical (en cada nave), con un monumental crucero octogonal que une las dos plantas²⁰⁸.

En el Hospital de la Sangre o de las Cinco Llagas, de Sevilla (fig. 23), desapareció del crucero la capilla y se instaló en el patio²⁰⁹; pero ese alejamiento fue tan sólo aparente,

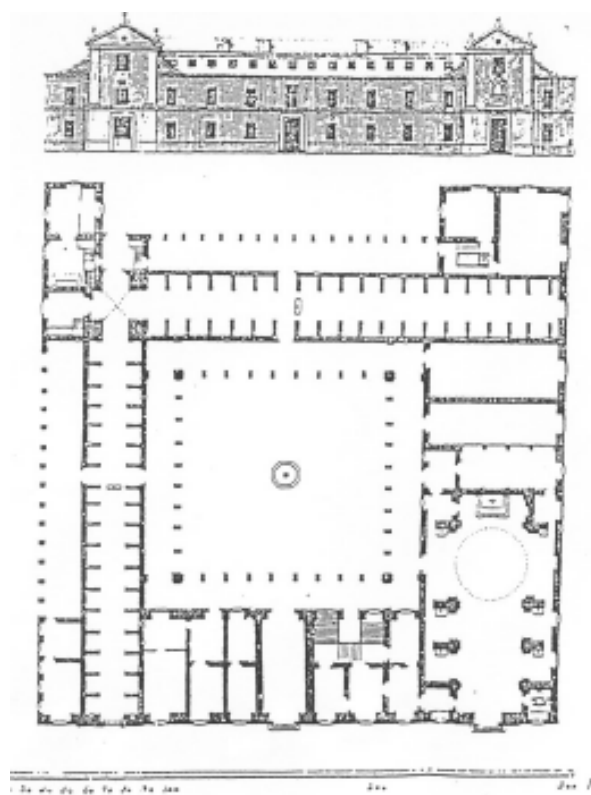


23. Planta del Hospital de la Sangre en Sevilla. Lampérez y Romea (1993).

dado que la separación permitía aumentar las dimensiones de aquella hasta convertirla en iglesia²¹⁰. La clara voluntad de independizar y potenciar el templo, tanto en aspectos constructivos como simbólicos y estéticos (destacaría por su volumen sobre las enfermerías) configurará la tipología del hospital-panteón, muy característica del s. XVI, como fue el caso del Hospital de S. Juan Bautista en Toledo, fundación del Cardenal Tavera (fig. 24) y proyectado por Alonso de Covarrubias. Esta solución, según la clasificación de Lampérez, se denominaría de tipo palaciano, ya que abarca un conjunto cuadrado o rec-



24. Planta del Hospital de Tavera en Toledo. Lampérez y Romea (1993).



25. Planta y fachada del Hospital de Medina del Campo (Ponz). Lampérez y Romea (1993).

tangular cuyo núcleo es el patio, en este caso dos, con la iglesia al fondo²¹¹, resaltando la doble arquería sobre columnas que conduce al templo dividiendo ambos patios²¹². Destaca cómo Covarrubias evolucionó rápidamente desechando la tipología cruciforme, incluso en la planta que corresponde al primer proyecto de 1540-41, cuya semejanza con los planos del Alcázar madrileño de 1626 es grande²¹³; pero este diseño no dejaba de ser paradójico ya que, si en un sentido resulta regresivo por volver a la tipología claustral, en otro anuncia la importancia en el barroco de edificaciones en torno a la iglesia. También abandonó el esquema cruciforme el Hospital de

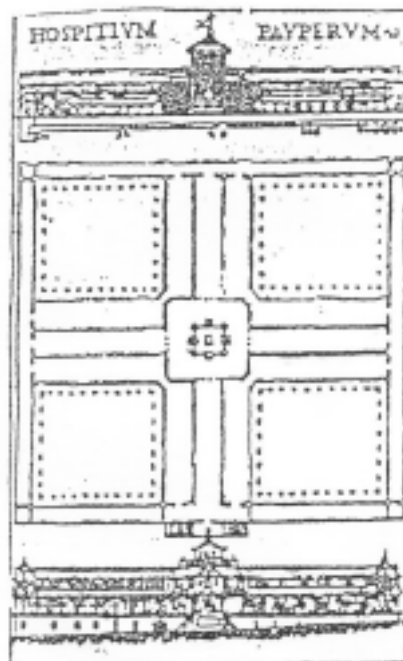
Santiago de Úbeda²¹⁴, fundado por D. Diego de los Cobos, Obispo de Jaén; en éste, como en el Tavera, se volvía al concepto de claustro e iglesia al fondo en el eje, que adquiriría gran relevancia ya que serviría de enterramiento del fundador y perpetuaría su recuerdo gracias a su monumentalidad. Esta separación y colocación de las iglesias o capillas en eje, con una paulatina relevancia dentro del conjunto, fue una de las innovaciones tipológicas de los hospitales españoles del s. XVI tras la novedad que supuso el hospital cruciforme.

El tipo de hospitales palacianos permitía a los arquitectos planear a lo grande, componiendo masas de gran volumen; se trataba de un complejo de edificaciones que debían resolverse en unidad lo que representa, en menores proporciones, un problema parecido al del Escorial²¹⁵. La nueva tipología revelaba el cambio que se produjo con Carlos V en la política hospitalaria, donde la voluntad de racionalizar el espacio y prácticas higiénicas cedían ante el afán de prestigio del benefactor²¹⁶. Esto no estuvo exento de críticas por parte de los propios contemporáneos que veían motivo de escándalo en el contraste de «paredes de mármoles y jaspes» con las graves deficiencias asistenciales y falta de alimentación, llegando a cuestionar la creación de tantos hospitales²¹⁷.

Felipe II no pareció impulsar un modelo claro hospitalario pero con su política tendía a la reunificación de los hospitales y a la búsqueda de soluciones más austeras. Dentro de esa tendencia más racional cabe situar la obra de Juan de Tolosa y Juan de Nates en el Hospital de Medina del Campo (fig. 25) en el más puro estilo palaciano (1591-1619)²¹⁸, encargo del banquero Simón Ruiz. En torno a un solo patio se agrupaba el edificio en el que destacaba la escalera claustral; la capilla, que no estaba en el eje del edificio, ocupaba una panda del patio con lo que se resolvían los problemas de corrientes de aire. Se seguía así el modelo contrarreformista donde el impulso del fundador se dejaba sentir en la grandiosidad y desornamentada arquitectura, y en el que las enfermerías (largas salas rectangulares) se dividían en celdas con altar en el centro, buscando una abundante provisión de luz y aire²¹⁹.

Las soluciones de moralistas de la época como el canónigo Miguel de Giginta en su *Tratado de remedio de pobres* (1579) proponían para las casas de recogimiento de mendigos un sencillo modelo en planta de cruz: «primeramente se avrán de hazer unas casas térreas a la ligera, que de tapias y teja vana bastarán para pobres, en quatro ataraçanas distintas que respondan en cruz a una capilla que a de aver en medio»²²⁰.

También de planta de cruz, insistiendo en la austeridad, fue el diseño para el albergue de pobres que se edificó en Madrid según la propuesta del médico de Felipe II, Pérez de Herrera, expuesta en su *Discurso del amparo de los legítimos pobres y reducción de los fingidos* (1598); insertó las trazas (fig. 26) «en su planta, monte y perspectiva de los cuartos de la delantera e iglesia para facilitar se hagan en otros lugares del Reino»²²¹ y realizó una descripción detallada del que se levantó en Madrid: «tiene esta fábrica quatrocientos pies cuadrados, que son mil y seyscientos de circuyto; la iglesia está en medio y tiene ochenta y quatro pies en quadro y el altar en sitio y lugar que se oya missa de todas partes; la sacristía ha de estar debaxo del altar con luzes a los patios de la dicha casa, que son quatro casi quadrados, y en cada uno de los de los pobres mendigantes dos chimeneas de compañía muy capaces, con sus poyos para sentarse a calentar las noches de invierno; y alrededor de los patios portales; tiene assí mismo esta fábrica onze



26. Proyecto de Hospital. Pérez de Herrera (1598).

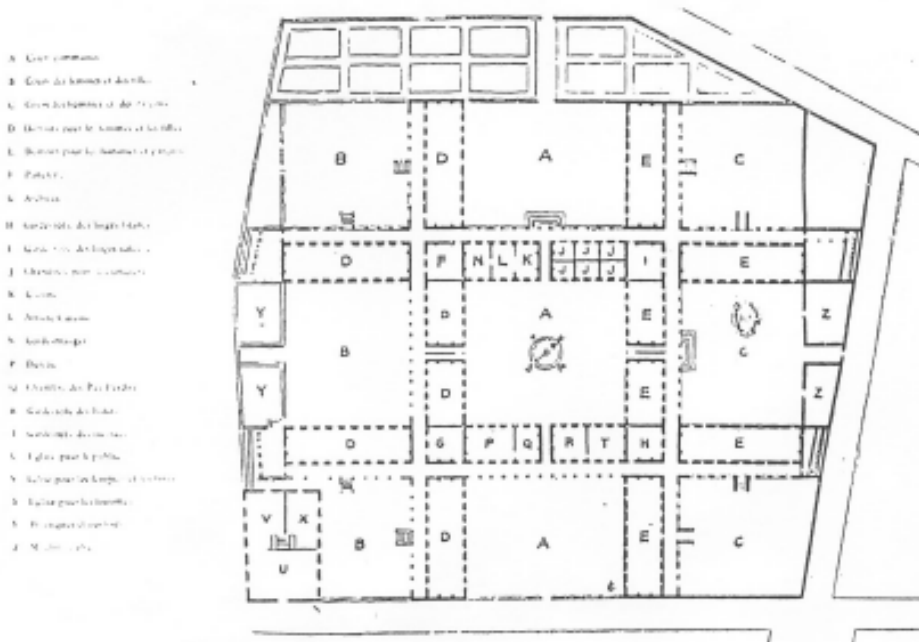
dormitorios, cada uno de veinticinco pies de ancho, y ciento y cincuenta y ocho de largo, los cuales vienen a parar a la dicha Iglesia, siendo tres por cada parte de quatro de ella, y dos por la delantera, por que se quita uno para entrar a la Iglesia, y esto se haze con intención de que de cada uno de ellos, y de unos apartamientos que avrá, puedan oyr missa los pobres de cada dormitorio. Y lo mismo hagan las mugeres de la reclusión de la casa del trabajo y labor que las justicias de V.M. han de condenar de aquí en adelante por los delitos que cometieren a ella... la cual se hace y executa en uno de los quatro patios dichos en lo más baxo del... es tan grande y capaz esta casa de sitio y fábrica, que al presente por ser muy costosa, no se podrá edificar toda de una vez, sino la mitad de la parte delantera para executar luego el negocio de los pobres y el de los vagabundos; y espero en nuestro señor que adelante en estando acabada en quatro patios que tiene se han de poder acomodar estas obras heroycas en el uno de la mano derecha a la entrada de la puerta principal los pobres mendigantes varones con tres o quatro dormitorios capaces para todos ellos y en el otro patio que está a la mano izquierda, que se entra por los corredores que dixe, las mugeres pobres mendigantes, y niños y niñas que han de asistir en ellas hasta edad de siete o ocho años con dos o tres dormitorios suficientes para todas ellas. Y en el patio de la puerta principal de la mano izquierda que está debaxo deste quarto, mandándose por puerta particular, se han de encerrar las mugeres vagabundas delinquentes de la casa del trabajo y labor, por haberse fabricado con esta intención por consulta y mandado de V.M., teniendo calabozos a propósito para las incorregibles y las demás oficinas y dormitorios necesarios para su vivienda. Y en los otros dos patios a las espaldas de esta casa, que confinan con éstos, se podrá trasladar el hospital general desta corte, porque al presente está en sitio muy estrecho y poco airoso y más metido en la villa de lo que conviene para la salud de ella, sólo con doblarse dos dormitorios de los que están vezinos de aquel patio, para que con ellos se acomoden los pobres, para que en los quatro dellos se curen los del dicho hospital general, y en el otro convalezcan y se recojan los enfermos para salir convalecidos, pudiendo estas quatro obras y ministerios mandarse por diferentes puertas»²²².

Este autor (que había participado activamente en la construcción del Hospital General de Madrid) recogió la tradición de los hospitales españoles del Renacimiento y el afán de reunificación, que no dejó de ser una quimera en su puesta en práctica. Se recomendaba la sencillez de estas construcciones; en realidad, a nivel arquitectónico, se seguían las indicaciones de la evolución de ese siglo, colocando la iglesia en el centro de la estructura; pero si el hospital se sirvió de la cruz griega para diferenciar las distintas funciones asistenciales, incluidas las de acoger a los pobres, ahora se invirtió, pues una Casa de Misericordia se apropió del esquema hospitalario configurando para siglos sucesivos un edificio con funciones no definidas²²³.

Cuando proyectó un albergue cruciforme perpetuó el espacio hospitalario, máxime cuando ofrecía dos patios para el Hospital General. Mientras que no ofrecía novedades en cuanto a la disposición de la capilla, sí la aportaba respecto a las oficinas, en lo relativo a la vigilancia y control desde el centro del edificio lo que se asemejará al futuro panóptico: «sólo el aposento del rector, administrador de ella se fabrica en alto arrimado a la iglesia para que por un corredor que por la parte de adentro della, ha de aver por unas ventanas que caygan a los dormitorios, pueda juzgar y visitarlos las noches viendo lo que hacen con las luces de las lámparas dellos, que han de estar encendidas toda la noche»²²⁴.

En Francia, en el s. XVII y siguientes, destacaron, aparte de los hospitales corredor y cruciforme, los diseños palaciegos en forma de «U» (llamado planta Vauban) y el de gran patio con cuatro alas formando un grandioso bloque como fueron: el Hospital de la Charité en Lyon, con nueve patios compuesto por cuatro cruces (fig. 27) dejando un lado descubierto para permitir el paso del aire; la Salpêtrière²²⁵, el de la Charité de París o el St. Luis²²⁶, éste en concreto, destinado al aislamiento de los contagiosos, se podía considerar como ejemplo de establecimiento concebido con criterios sanitarios, independizado de formas conventuales, y dispuesto pragmáticamente para su uso terapéutico (la planta reflejaba su funcionamiento)²²⁷.

El hospital se fue ciñendo a la evolución estética y teórica; se adaptaba a los principios comunes propios de construcciones destinadas a albergar



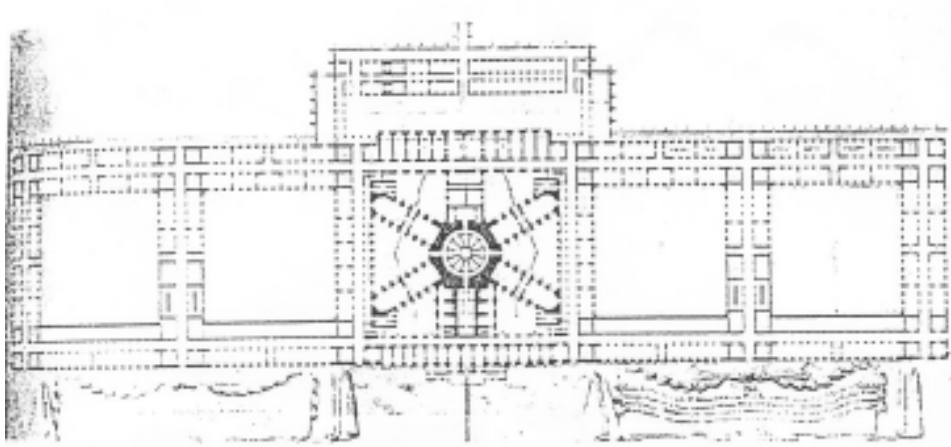
27. Planta del Hospital de la Charité en Lyon. Hautecoeur (1963-67).

una comunidad (colegios, prisiones, conventos, cuarteles) y la sustitución de una por otra era corriente; de trazado clásico, agrupadas en torno a la capilla, las instalaciones se disponían alrededor de patios aprovechando las fachadas a los jardines para garantizar el espacio de aislamiento. Entre las fundaciones modélicas estaba el Hospital de Inválidos, fundado en 1670, (trazas de Bruant y Mansart) con diseño de parrilla²²⁸. Esta instalación fue comparada con el Hospital de Chelsea en Londres, mucho más pequeño. Donde Inglaterra compitió con Francia era, en realidad, en las instalaciones de la Marina, así el Hospital de Greenwich, iniciado en 1654, llegó a convertirse en el más importante de los establecimientos ingleses²²⁹; se diseñó con cuatro bloques, los dos de atrás -más próximos entre sí- separados por un patio, que por su estrechez se convertía casi en una avenida entre enormes pórticos de columnas pareadas de ascendencia francesa.

Pero el s. XVII mostraba también la profusión de casas de beneficencia y corrección para pobres, huérfanos y expósitos. En Italia se les denominaba «Alberghi dei Poveri» -el trabajo era el requisito indispensable-; el de Génova de 1654 se distribuía en cuatro patios interiores y el punto central era el destinado a la iglesia. En estos establecimientos la articulación de los diversos edificios no dejaban de producir cierta impresión de cuartel o fábrica²³⁰. Sería en el s. XVIII cuando se les aplicó las novedades propias de diseños radiales unidos a los longitudinales, como fue el caso del Alberghi dei Poveri de Nápoles, obra de Fuga (1751) (fig. 28) quien, si bien al principio presentó un proyecto cruciforme, después realizó éste con dos patios, uno para hombres y otro para mujeres con sus correspondientes partes para niños-niñas, y una iglesia de planta estrellada en el centro²³¹. En España, los hospicios contaron con una legislación específica que determinaba la separación por sexos, edades, oficinas, almacenes, capillas, huertas, talleres y escuelas²³². Tipológicamente se recurría al diseño palaciano de plantas cuadrangulares cerradas con patios interiores y la iglesia en lugar destacado preferentemente en la convergencia de salas; de gran importancia eran los hospicios S. Marcos de León, el de Madrid y el de Oviedo²³³ (fig. 29).

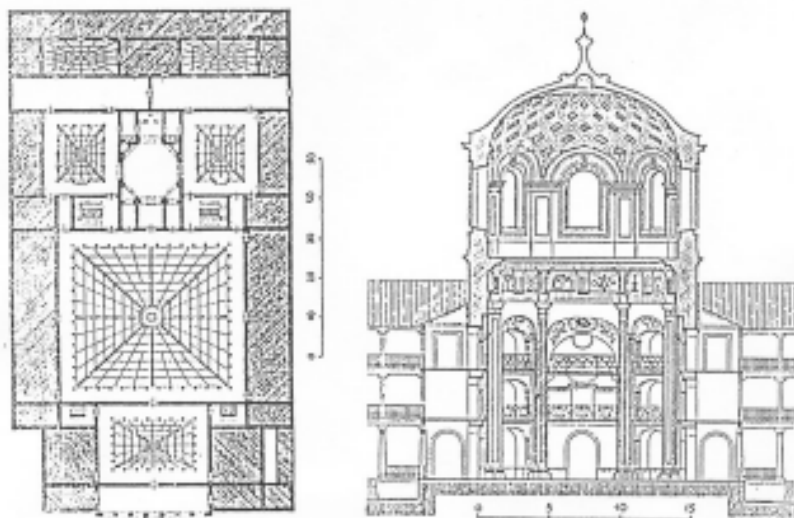
IV. ARQUITECTURA HOSPITALARIA EN LA ILUSTRACIÓN

En el s. XVIII los nuevos planteamientos sobre la realidad urbana, la necesidad de mejorar los equipamientos, los nuevos criterios de higiene, los avances en la especialización asistencial, la individualización de funciones, la intervención estatal en medicina, la policía médica²³⁴ y, sobre todo, el influjo de los ingenieros militares, lograron que el hospital se considerase un centro para enfermos y, por tanto, necesitado de espacios funcionales así como de localización idónea; estas instituciones diferían de los lazaretos -para control de epidemias- y de los hospicios -para el recogimiento de las clases



28. Planta del Albergue de Pobres en Nápoles. Pane (1956).

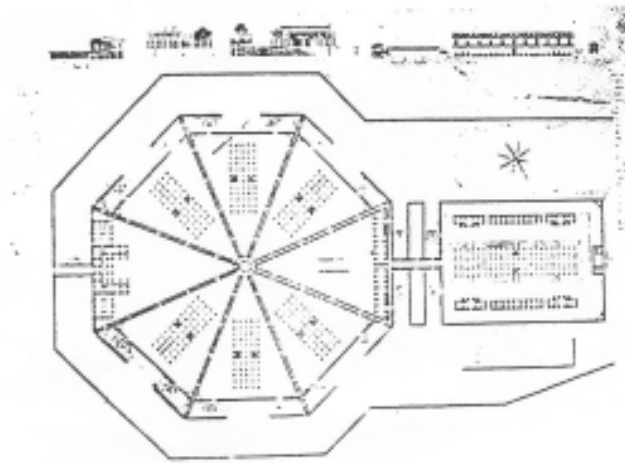
desfavorecidas-. Se produjo una nueva valoración de la idea misma de hospital cuando el arquitecto asumió las reflexiones de los médicos, así según la definición de la Enciclopedia «un hospital de enfermos es un edificio donde el arquitecto debe subordinar su arte al criterio de los médicos, confundir, mezclar distintos enfermos en un mismo lugar es hacer que los unos destruyan a los otros»²³⁵. El hospital debía abandonar su carácter de contenedor de miserias y albergue de mendigos²³⁶, lo que no evitó el aumento de opiniones favorables a la medicina domiciliaria; pero es innegable el incremento de diseños de hospitales en el s. XVIII. Parecía entrecruzarse el pensamiento



29. Planta y sección del Hospital de Oviedo (Schubert). Kubler (1957).

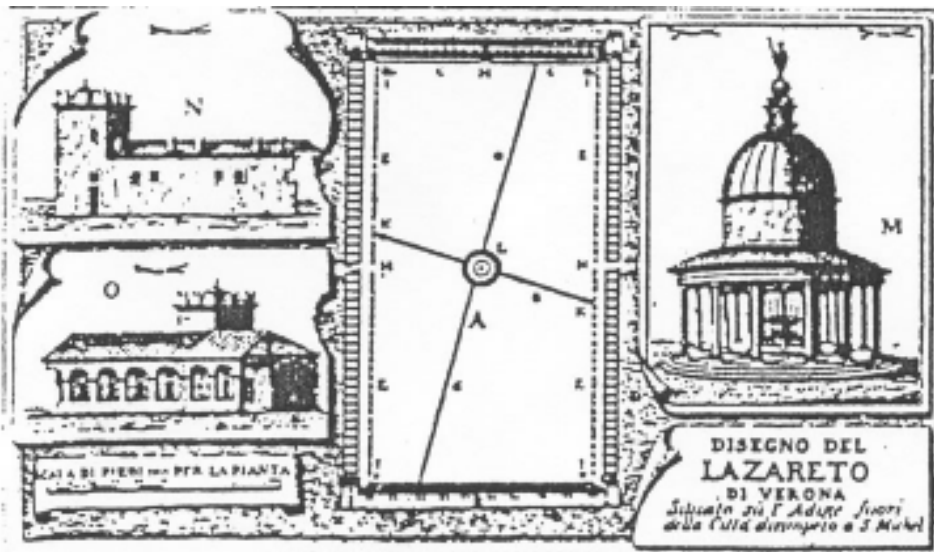
arquitectónico y el cambio social; el afán de reformar las instituciones sociales, la investigación académica de la medicina y la profesionalización de arquitectos e ingenieros obligaron a redefinir el edificio hospitalario así como el hospicio, la prisión, la fábrica, el cementerio, etc.²³⁷. Tal vez el hospital, al provocar sugestivos debates, fue la primera de las instituciones en quedar definida con claridad (hasta finales del XVIII no lo harían la prisión o el manicomio); la idea de hospital como lugar privilegiado de la enfermedad no era unánime, pero sí el que, hacia 1780, se reconociese la necesidad de esos establecimientos, bien fueran pequeños y dispersos, grandes y centralizados o de enfermedades especiales; también se hacía frente común para que abandonase su antiguo carácter de focos peligrosos para la salud de la población circundante²³⁸.

En Europa, la arquitectura hospitalaria del s. XVIII, en esa búsqueda de soluciones-tipo, avanzó dentro de la planta de cruz griega hacia las formas radiales -que pertenecen tanto a las ideas racionalistas y funcionales como a un afán utópico y de fantasía arquitectónica-; multiplicando las crujías se aumentaba la capacidad de la misma superficie y se intentaba resolver la problemática de la ventilación y calefacción. Según Pevsner la primera propuesta en este sentido fue de Antoine Desgodetz²³⁹, quien en su *Traité de la Commodité de l'architecture* (h. 1723) presenta un proyecto de hospital con salas radiales desde un centro octogonal en el que estaría la cúpula para renovar el aire viciado. Esta disposición también aparecía en el tratado del teórico alemán Leonhard Christoph Sturm (1720) continuador de la obra de Goldmann y se revitalizaría cincuenta años después con los proyectos de Antoine Petit, que posteriormente se analizarán por su especial repercusión en España a través de la Academia de S. Fernando y Benito Bails, quien en su obra *Arquitectura civil* presentó el modelo francés circular con seis salas radiales y la capilla en el centro²⁴⁰. Estos diseños de planta estrellada no hacían más que recoger una idea que desde el Renacimiento y Manierismo había sido objeto de atención de los tratadistas de arquitectura y que culminaron en el Barroco; en el edificio estrellado se creía reunir el funcionalismo y la perfección del arte. Sólo el afán racionalista de los últimos barrocos «que confundían lo imaginativo y lo retórico con lo útil, la belleza con lo formal y lo cómodo, intentando unir contrarios, que para ellos pertenecían a un complejo sistema de analogías, puede explicar el adoptar utópicamente una planta de tan complicada realización»²⁴¹. Fue adoptado el diseño en la iglesia del Albergue de Pobres en Nápoles, en las salas de enfermos del hospital de Guadalajara (Méjico); también presentaban salas radiales el lazareto de Mesina (fig. 30), obra de Schiantarelli de finales del s. XVIII, que por su grandiosidad se ha comparado a los palacios imperiales y las termas romanas con sus ocho salas en la zona de apestados y separados por canales, y el pentagonal lazareto de Ancona, obra de Luigi Vanvitelli. Disposiciones mas



30. Planta del Lazareto en Messina. Bonet Correa (1978 b).

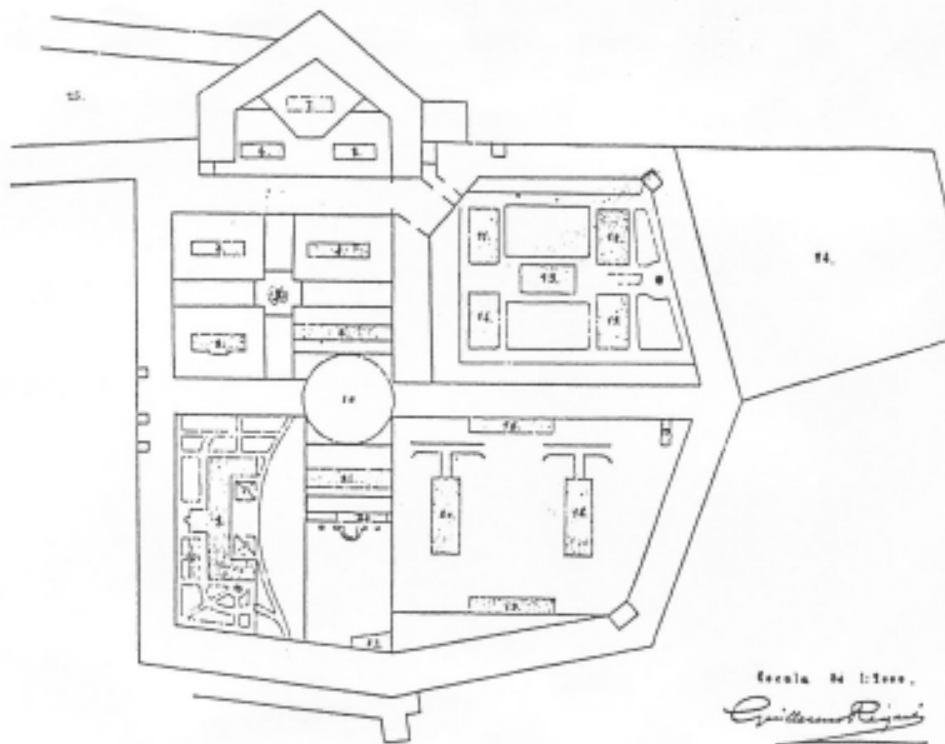
sencillas se observan en otros lazaretos (figs. 31, 32, 33, 34)²⁴². Con los cambios sociales y la mentalidad del s. XIX, estos diseños parecieron programas antifuncionales ya que eran otras las necesidades que había que cubrir²⁴³; pero se ajustaron en su momento a los intereses de una sociedad proteccionista y paternalista en la que la filantropía servía como elemento de propaganda y donde quedaban plasmados ideales de control y vigilancia. Calificó Foucault estas instalaciones dieciochescas como espacios disciplinarios en los que todos los elementos estaban fijados, jerarquizados, clasificados; el hospital pasaba a ser «*un operador terapéutico*», los diseños radia-



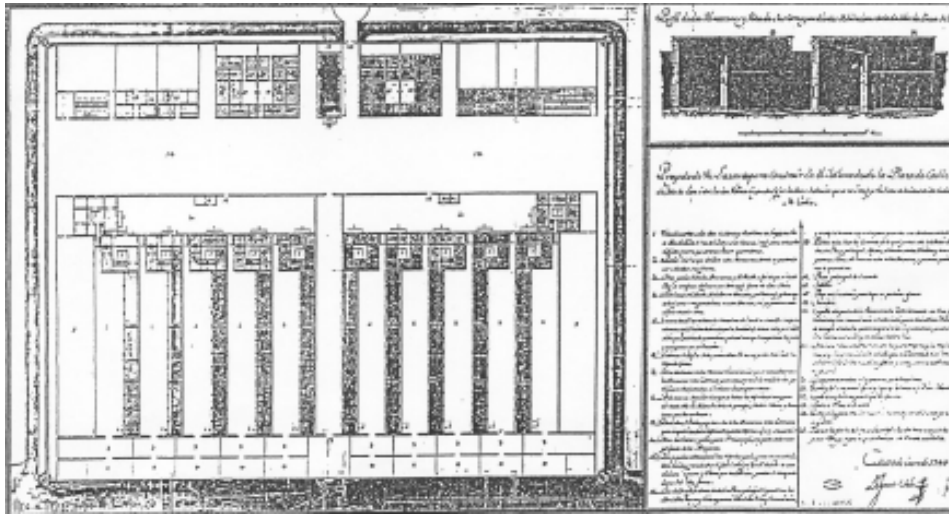
31. Planta del Lazareto en Verona. Bonet Correa (1978 b).

les favorecerían la utopía política ya que todo estaba regulado hasta el menor detalle -supondría la intersección de la ideología y la práctica profesional-, es por ello que el paralelismo con las prisiones parecía más evidente²⁴⁴. Concretamente en la España del s. XIX, el programa constructivo de prisiones (aprobado por la Junta Consultiva de Policía Urbana en 1860), estudió las ventajas e inconvenientes de las plantas panópticas y radiales, sobre todo desde el punto de vista económico y de sus posibilidades de ampliaciones posteriores; aunque resultasen *líneas al parecer complicadas, superficies irregulares, cierta confusión en su plano*, el modelo radial o abierto permitiría la disposición de galerías, departamentos y comunicaciones que se podrían prolongar sin alterar la organización²⁴⁵.

El panorama en Inglaterra presentó grandes hitos en la historia de la arquitectura hospitalaria, como el Hospital Saint Bartholomew (fig. 35) de Londres (1730) obra de Gibbs, donde se buscó la separación entre los edificios que circundaban el patio para facilitar el aire y la luz; cada bloque (tres para salas de enfermos y uno para administración) contaba con las escaleras y las dependencias del personal en su centro y en cada uno de los lados de la estructura central se encontraban dos salas separadas entre sí por la pared

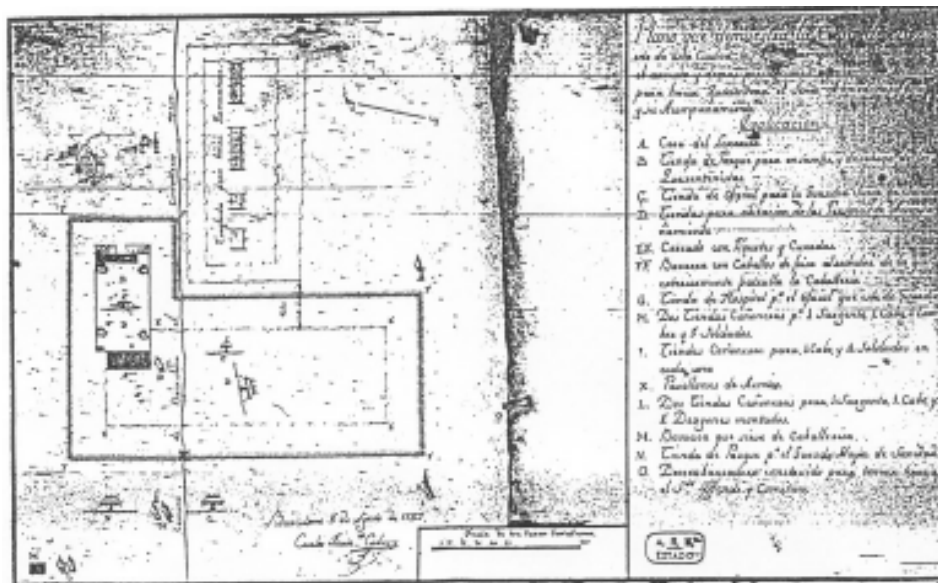


32. Planta del Lazareto en Mahón. 1813. Rodríguez (1987).



33. Planta proyecto del Lazareto de Cádiz. 1744. A.G.S., Guerra Moderna (G.M.), Leg. 3512, Mapas, Planos y Dibujos (M.P.D.), XXI-86.

longitudinal. Se cree que en este edificio de alas aisladas se encuentra el precedente de la sala hospitalaria del s. XIX. También en la línea de pequeños pabellones se construyó el Real Hospital Naval de Stonehouse cerca de Plymouth (fig. 36) (1756-1764). En el s. XVIII en Inglaterra destacaron los ‘voluntary hospitals’, sostenidos gracias a aportaciones de sociedades privadas, como el Westminster Hospital de Londres (1719) o el London Hospital (1751-1757), que resaltaban por su estilo de casa georgiana de gran tamaño

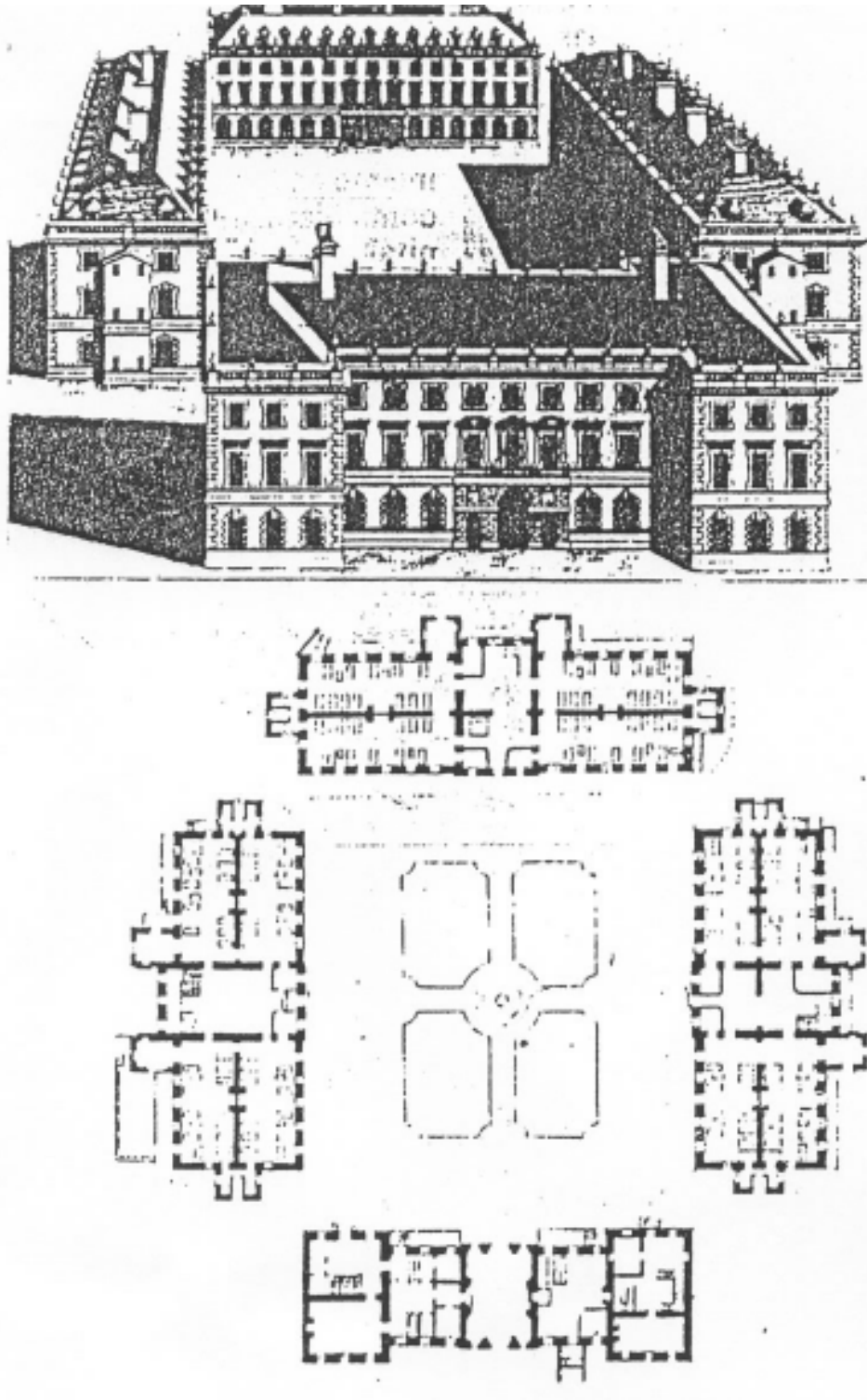


34. Planta proyecto del Lazareto de Barcelona. 1787. Archivo Histórico Nacional (A.H.N.), Estado, Leg. 4788-980.

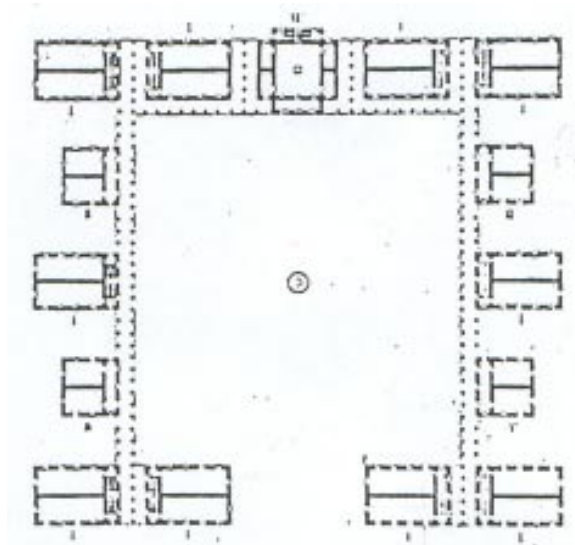
con tres salas abiertas hacia la parte posterior; o el Hospital de Middlesex (1745) con estructuras articuladas que le daban un contorno de «H»; o el Guy's Hospital (1722) (fig. 37) con antepatio y dos patios interiores (cada dos salas de enfermos formaban un ángulo en torno al patio); o el St. Thomas o el de Bethlehem, para dementes, y otras fundaciones con finalidades específicas²⁴⁶.

En Alemania, la reconstrucción del Juliuspital de Würzburg (1699-1714) señalaba, con una importante fachada en la estructura central, el carácter de estilo principesco y barroco que se imprimió a esta obra. De este mismo estilo cabe situar el Sta. Ana de Heidelberg o el austríaco Hospital de Salzburgo, obra de Fischer von Erlach (fig. 39); éste último, siguiendo los objetivos de la Contrarreforma, no adoptó la forma de las grandes construcciones públicas, sino que intentó establecer una relación directa entre el edificio hospitalario y la iglesia -que constituía el centro de gravedad de la fachada-, las dos alas (para hombres y mujeres) se dirigían hacia atrás y estaban articuladas entre sí²⁴⁷. Pero la contribución más importante de Austria fue el Hospital de Viena, impulsado por José II (fig. 38) y atribuido al arquitecto Isidor Canevale; las condiciones higiénicas se calificaron de ejemplares: las salas destinadas a enfermos se separaron en departamentos aislados integrados por espaciosas habitaciones con dependencias anejas junto a las escaleras, evitando corredores y vestíbulos, para que pudieran recibir luz y aire por los dos lados. El hospital general comprendía departamentos de parteras, asilo, inclusa y manicomio, éste último llamado «torre de los locos» presentaba un diseño circular de cinco plantas (construido aparte del conjunto) según planos de 1783²⁴⁸.

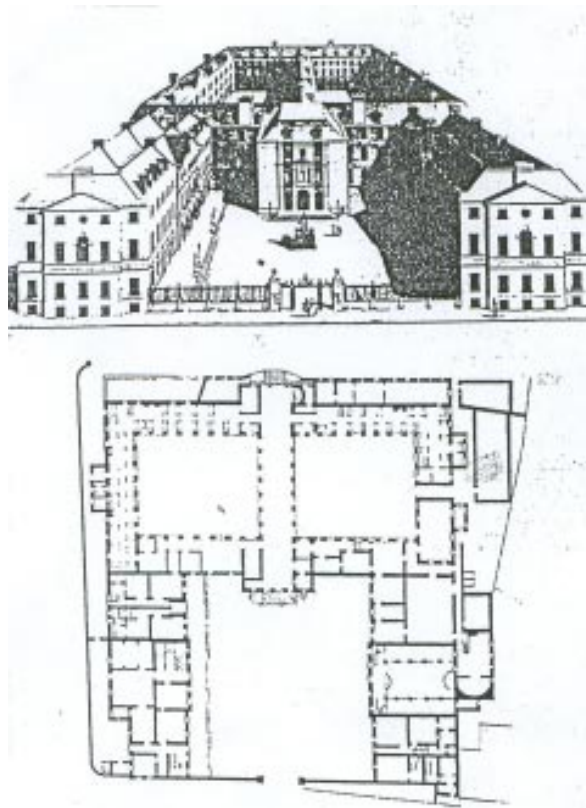
Una fecha decisiva en la arquitectura hospitalaria fue el segundo incendio, en 1772, del Hôtel-Dieu de París (con anterioridad se produjo otro en 1737), anticuada construcción en el centro de la ciudad con graves problemas higiénicos y de irracional distribución de enfermos²⁴⁹, ya que promovió múltiples proyectos hasta los primeros años del s. XIX sobre su planta y enclave idóneo. Con ello se planteaban los fundamentos de la hospitalización contemporánea basada en una medicina higienista y después científica²⁵⁰. Para Collins representa una ilustración histórica de la influencia que el idealismo de los funcionalistas ha tenido en la arquitectura moderna²⁵¹. De cara a su edificación, se formó una Comisión en la Academia de Ciencias de París compuesta por Lavoisier, Delassone, Bailly, Laplace, Coulomb, D'Arcet, Tenon y Daubenton. Los múltiples diseños presentados revelaban los intereses funcionalistas de la Ilustración y se presentaba como un debate en el que intervinieron diversos grupos profesionales, no sólo los arquitectos sino también administradores, juristas, economistas y médicos. Los anteproyectos redactados por arquitectos (Pierre Panseron) se complementaban con otros inventados por médicos (Jean-Baptiste Le Roy, Antoine Petit) o eclesiásti-



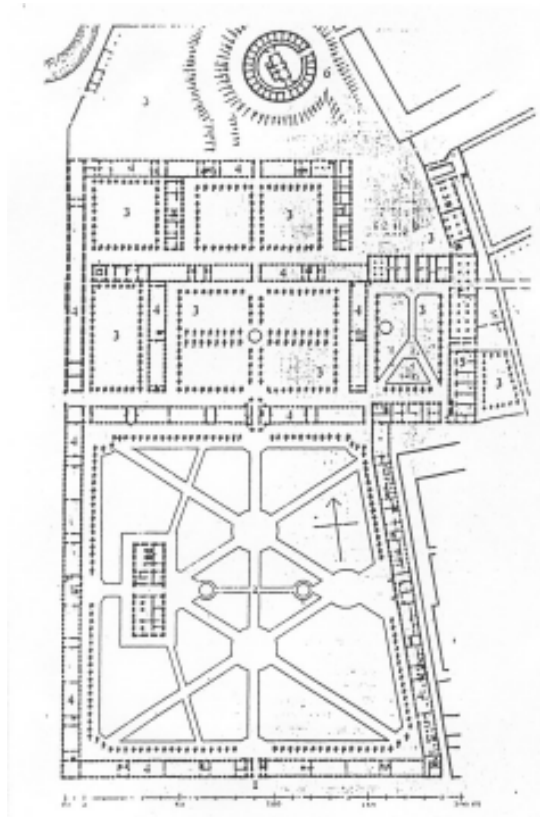
35. Planta y alzado del Hospital de St. Bartholomew. S. XVIII. García Guerra (1993 b).



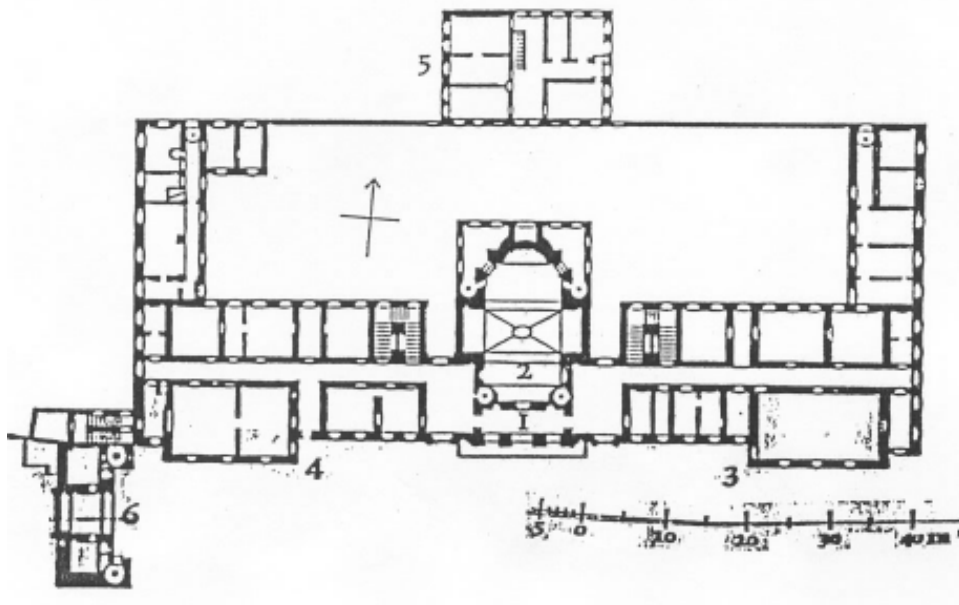
36. Planta del Hospital Naval en Plymouth. Pevsner (1980).



37. Planta del Hospital Guy en Londres. García Guerra (1993 b).



38. Planta del Hospital General en Viena. Leistikow (1967).

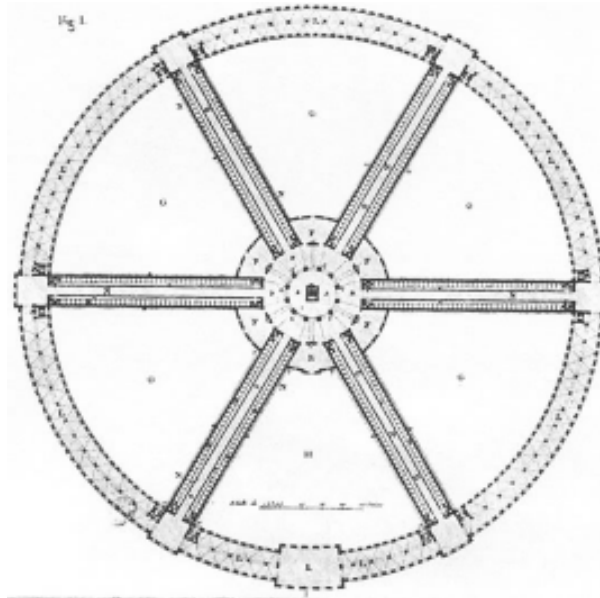


39. Planta del Hospital S. Juan en Salzburgo. Leistikow (1967).

cos (Regnier), todos ellos respaldados por panfletos políticos de periodistas²⁵². Muchas de las memorias y proyectos no aspiraban a tener mucho mérito arquitectónico, sino más bien a aportar soluciones basadas en conocimientos científicos -que representaban en planta y sección- atendiendo a principios de salubridad, economía y, sobre todo, ventilación.

Proliferaron las publicaciones sobre esto último caso de los textos de Henry-Louis Duhamel de Monceau o Claude-Léopoldo de Genneté, este último, familiarizado con la ventilación mecánica en minas y barcos, sugería soluciones similares para grandes construcciones de edificios públicos²⁵³. El desarrollo de la ventilación artificial en esta época se debe también, en gran parte, a la investigación en diseños de hospitales y prisiones²⁵⁴. Entre los médicos se insistía en la necesidad de renovar el aire y mantener las condiciones de higiene. Las publicaciones se presentaban también como manuales de divulgación para conservar la salud, como fue el caso del francés Dube o del anglosajón Buchan, ambos traducidos al castellano. Este último insistía en el peligro del aire «corrompido» de los hospitales, en la necesidad de una adecuada circulación de él y en lo provechoso que resultaba la aplicación de ventiladores²⁵⁵. De gran importancia en España, fue la traducción que realizó Benito Bails de la obra del médico portugués Ribeiro, quien pretendía remediar el defecto general que, al parecer, se cometía en las Escuelas de Arquitectura Civil y Militar, en las que no se tenía en cuenta la física general y se diseñaban los edificios públicos sin tener presentes los preceptos necesarios para la conservación de la salud²⁵⁶.

Pero ante la problemática de la reconstrucción del Hôtel-Dieu, los arquitectos intervinieron transformando los diagramas de los médicos en construcciones que utilizaban los medios de «adorno» aplicados a las formas de la necesidad. Mientras Blondel en sus *Cours d'architecture* reafirmaba el tipo de hospital tradicional con su capilla central flanqueada de patios, surgían otros nuevos intentando superar los defectos de ventilación, tarea que no resultaba fácil. El proyecto de Panseron era semejante al modelo antiguo, más grande, pero seguía sin responder a esas exigencias. El modelo cruciforme de Iberti, con la cocina en el centro, fue rechazado y no corrieron mejor suerte ante la Academia los radiocéntricos (Petit, Poyet), pese a su indudable interés. El planteamiento del cirujano Antoine Petit (fig. 40), que contó con el ejemplo del arquitecto M. Prunneau de Monlouis -recuerda el diseño de Desgodetz-, mostraba un gran círculo columnado, seis largas salas radiales con galerías en el interior y una cúpula central que actuaba como ventilador; el diseño revelaba su parentesco con la arquitectura revolucionaria que buscaba planos geoméricamente elementales y columnatas al gusto de Boullée; el altar, con su situación central, se equiparaba, en importancia, a las necesidades higiénicas²⁵⁷. En su *Mémoire sur la meilleure manière de construire un hôpital de malades*, Petit rechazaba el patio cuadrado de los diseños

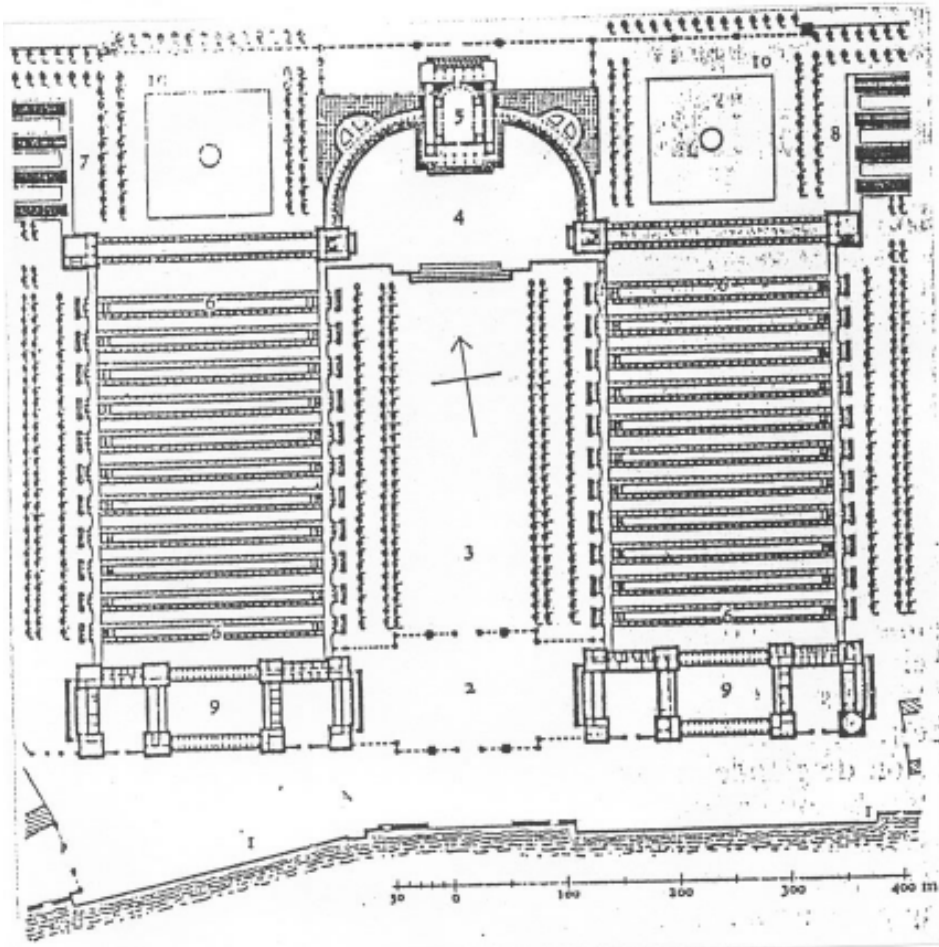


40. Planta del proyecto del Hôtel-Dieu en París. (Antoine Petit 1774). Vidler (1997).

tradicionales por su defectuosa circulación del aire, lo que se resolvería con la solución radiocéntrica²⁵⁸.

El proyecto de 1773 del científico Jean-Baptiste Le Roy (fig. 41), en colaboración con el arquitecto Charles-François Viel, no se presentó hasta 1777 a la Academia Real de Ciencias. Publicado en 1787, ofrecía una solución alternativa a la cuestión de la ventilación ya que, más que transformar el hospital en un ventilador, buscó un mecanismo para aislar cada sala (como tiendas de campamento o pabellones) con respiraderos en techo y suelo; planteó una serie de salas paralelas (excesivamente juntas) de un solo piso unidas por columnatas, formando ángulo con un gran patio, en cuyo extremo estaba la iglesia; había pabellones suplementarios para contagiosos y casos quirúrgicos. Según Bruno Fortier, para Le Roy el hospital era una *máquina de tratar enfermos*²⁵⁹. Esta concepción se contraponía a la de la sala hospitalaria medieval. Dado que, presumiblemente, Le Roy se inspiró en modelos ingleses antiguos (Plymouth), se le puede considerar el creador del sistema de pabellones; si este proyecto se hubiese llevado a la práctica habría constituido un gran hito en la arquitectura hospitalaria después del Hospital Mayor de Milán²⁶⁰. Tanto en el caso de Petit como Le Roy, «lo que introducía una nueva categoría de formas dentro de un catálogo tradicional era fruto de la labor de un médico, que con su orientación forzaba al diseñador a tratarlas como formas de la función»²⁶¹.

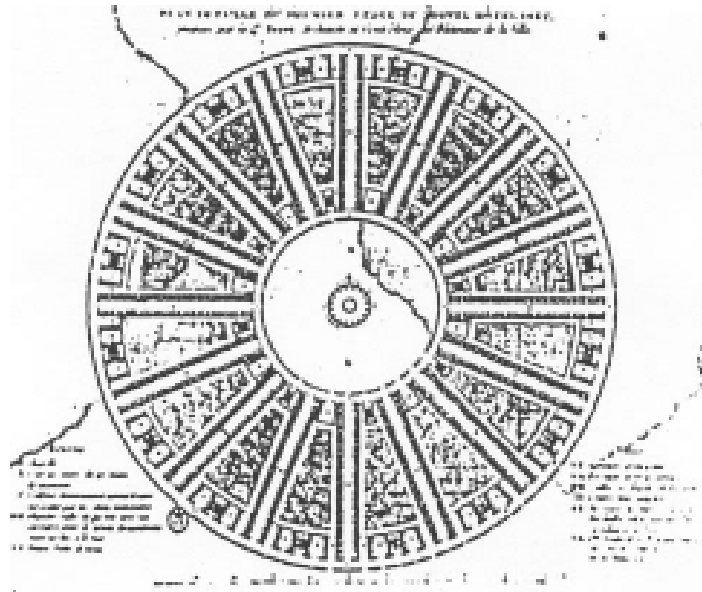
Otro proyecto con programa de un médico fue el de Hugues Maret, configurado arquitectónicamente por Soufflot (fig. 43), donde con fórmula



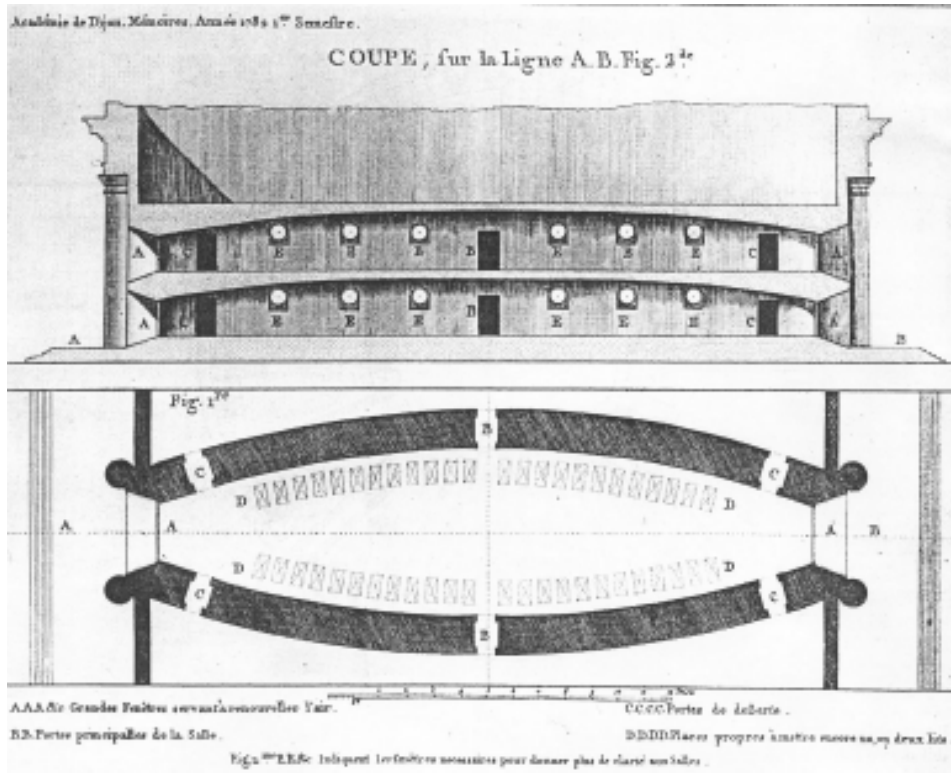
41. Planta del proyecto del Hôtel-Dieu en París. (Leroy 1773-1787). Leistikow (1967)

excéntrica se evitaban las formas cuadradas o rectangulares que concentraban aire viciado en los rincones; se diseñó una planta de perfil aerodinámico, elíptico, como un auténtico túnel de viento²⁶².

La propuesta circular de Bernard Poyet y Claude-Philippe Coquéau (fig. 42), que fue muy debatida en su tiempo y, tal vez, el proyecto más citado por los historiadores del arte, aunaba el saber médico y la claridad del programa con los principios tradicionales de la arquitectura clásica: monumentalidad, carácter y economía; ésta última se entendía como sinónimo de utilidad, pero también, economía de la composición vista a través del diseño. Cuando Durand describió el proyecto de Poyet, consideraba que su forma circular era la más propia de todas para economizar el terreno e incluir el mayor número de objetos en el menor espacio y, por lo tanto, la menos costosa en gastos²⁶³. Su forma circular con dieciséis bloques radiales, unidos en el perímetro exterior por corredores de servicio y en el interior por un edificio circular, dejaba una rotonda con capilla circular central que recuerda a Petit.



42. Planta del proyecto del Hôtel-Dieu en París. (Poyet 1785). Foucault (1986).

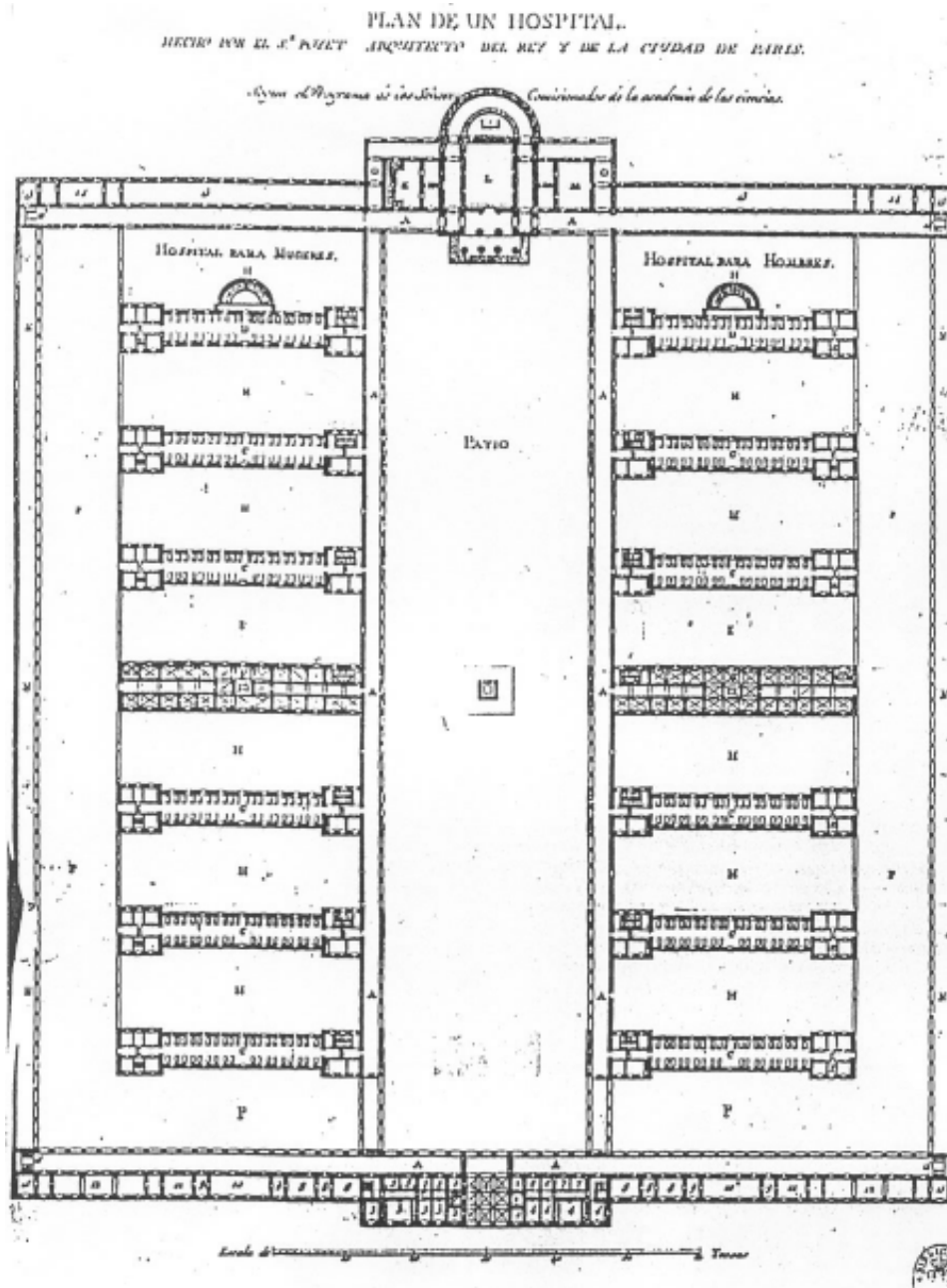


43. Planta del proyecto del Hôtel-Dieu en París. Sala tipo (Soufflot y Maret 1782). Vidler (1997).

El edificio de Poyet se concibe en el contexto de la ciudad de París como un monumento-servicio propio de ésta, con un enclave estratégico en la Îlle des Cygnes como punto de partida del desarrollo de la urbe en torno a los Inválidos. Con la forma circular, los principios de proporción, simetría y regularidad se hacían sinónimos de las exigencias de orden administrativo, pero sin que todo esto se confundiera con la mecánica del panóptico de Bentham²⁶⁴. La Academia acabó rechazándolo ya que sus miembros conocían las objeciones ante un caso práctico del tipo panóptico, el edificio radial del Hôtel-Dieu de Lyon -desde el altar central se podía ver a los pacientes-; se criticaron los patios triangulares y el sistema de salas continuas en las que se establecerían corrientes de aire que transportarían las emanaciones malsanas, por lo que no eran mejores que el viejo esquema de patio cuadrado que hacía posible el contagio²⁶⁵.

En la Comisión se encontraba Tenon, cirujano jefe de la Salpêtrière, cuyas opiniones tenían gran peso dadas las investigaciones que llevó a cabo sobre hospitales en Inglaterra y en Francia (estudios estadísticos y detallados informes). Calificó estos edificios como «la medida de la civilización de un pueblo»; consideraba que, dado que los hospitales eran las herramientas o máquinas para curar, «el arte de curar permanecía mudo ante estos útiles objetos (su forma y distribución) y el arquitecto no se dedicaba más que a las rutinas y tanteos»²⁶⁶. Él mismo hizo una importante propuesta para un «hospice de la cité» con cien camas, aspecto sencillo y posibilidades de ampliación. La Comisión decidió, en el informe de 1786, sustituir el Hôtel-Dieu por cuatro hospitales de 1.200 enfermos²⁶⁷; inspirándose en reformas inglesas y en el modelo de Le Roy, se optó por la distribución de pabellones, en la que cada sala se concebía como un pequeño hospital aislado. Fue este tipo (fig.44), promulgado por Tenon y dibujado más tarde por Poyet bajo su supervisión (con largas y estrechas salas a las que por ambos extremos se añadían estructuras para dependencias adicionales) el que se convertiría en el hospital oficial del s. XIX²⁶⁸. Destacaba por el intento de crear mejoras funcionales y sobriedad de formas. Su implantación no fue fácil dado que la Revolución Francesa los condenó al fracaso, si bien las ideas de más alcance influyeron en la arquitectura hospitalaria de los siglos XIX y XX. Fue frecuente que se siguiese utilizando el modelo de grandes bloques clásicos en alas, siendo necesario esperar 60 años para que en 1854 se implantase el tipo propuesto en el hospital Lariboisière de París con pabellones aislados o el nuevo Hôtel-Dieu de París (1861-1878).

En España, con el advenimiento de los Borbones y el subsiguiente cambio en la política sanitaria, la influencia francesa se hacía evidente en la arquitectura hospitalaria, como fue el caso de la obra de Bails *De Arquitectura Civil*, donde asumía el modelo radial de Antoine Petit, ya mencionado, y recogía la crítica a la distribución de antiguos hospitales en plantas cuadra-



44. Planta del proyecto de Hospital según programa de la Academia de Ciencias. (Poyet 1786). Foronda (1793).

das; su influencia dentro de la Academia de S. Fernando se percibía en los diseños de modelo circular presentado por jóvenes arquitectos para hospitales, manicomios u hospicios. También Valzania, en su *Instituciones de Arquitectura*, se preocupó por el tema hospitalario apostando por construcciones más pequeñas y apartadas de la población; el sistema sería el de salas subdivididas en celdillas con ventanas y respiraderos que garantizaran la ventilación²⁶⁹. Ambos autores representaban la visión de dos idealistas funcionalistas del pensamiento científico arquitectónico²⁷⁰.

Las críticas a la situación hospitalaria no eran escasas, así el médico Nicolás José de Herrera en su disertación «De la necesidad física-política y moral que hay de unir en uno general todos los hospitales donde quiera que los haya» (1796) exponía «los hospitales son hermosos por fuera, pero por dentro están la aflicción y la miseria; el aire está contaminado»²⁷¹. También a finales del s. XVIII José Masdevall, sobre el estado de hospitales catalanes, argumentaba la necesidad de modificar los planteamientos a la hora de ubicarlos ya que para evitar epidemias urgía separarlos de las ciudades si bien con fáciles vías de comunicación para los traslados²⁷². En la misma línea cabe situar a Jovellanos que, en su *Discurso acerca de la situación y división interior de los hospicios con respecto a su salubridad* leído en la Real Sociedad Económica de Sevilla, 1778, recurrió a las disposiciones de la Academia de Ciencias de París o a tratadistas como Alberti o Ribeiro. Consideraba indispensable que las instalaciones se efectuasen en las afueras de las ciudades²⁷³ y analizaba la problemática desde la triple vertiente de salubridad, economía y buen orden. Dados los inconvenientes de reunir a todos los necesitados en la misma institución (contagios, problemas morales..) optaba por la clasificación y subdivisión en siete grupos que debían estar convenientemente separados, también arquitectónicamente: -expósitos hasta cuatro años; -niñas huérfanas; -niños huérfanos; -ancianos desvalidos; -vagos y delincuentes; -mujeres licenciosas y -ancianas desvalidas. Se reunirían así las funciones de Casas de Caridad (expósitos, ancianos/as y vagos), Casas de Educación (huérfanos/as) y Casas de Corrección (vagos y mujeres licenciosas). Sin dar esquema arquitectónico específico, sí recordaba las generalidades de que se garantizaran las necesidades de agua y aireación. Seguía a Ribeiro en las consideraciones sobre ventanas amplias rasgadas y sistemas artificiales de purificación de aire cuando fuese necesario (método Duhamel, Sulong, etc.). La instalación de las letrinas se haría lejos de las conducciones de agua potable; las cocinas, lavaderos, basureros y otras oficinas que «exhalen vapores corrompidos» estarían en lugares distantes de las zonas de dormitorios. Entre las prevenciones arquitectónicas señalaba que: -las salas de labor se situasen en las zonas altas del edificio (más ventiladas) excepto los telares que debían dejarse en cuartos bajos; -los almacenes de géneros para las manufacturas, despensas y comestibles estuviesen en los pisos más

bajos para su mejor conservación y que -dispusiesen de huertas y zonas de esparcimiento variadas.

Se observan ciertas semejanzas entre la obra de Jovellanos y la de Pedro Joaquín de Murcia. Éste abogaba por el incremento de las instalaciones hospitalarias²⁷⁴ y establecía la diferencia con las Casas de Corrección y Casas de Misericordia. De estas últimas especificaba la idea general de cómo debían ser construidas con siete departamentos (hombres no reclusos, mujeres de cualquier estado, niños huérfanos, niñas huérfanas, casa de corrección para hombres, mujeres mendigas o viciosas y, por último, prostitutas) para clasificar a los habitantes del establecimiento, que no debían sobrepasar el número de seiscientos para evitar desórdenes, ni debían instalarse en el centro de la población sino en un extremo rodeado de campo y abundante ventilación; además aclaraba «que no debe tener quartos altos, conviniendo se reduzca a unos sótanos, cuyas dos terceras partes estén sobre la tierra, donde se guarde según su cualidad algunas primeras materias y comestibles. Encima de estos sótanos estarán las habitaciones bien elevadas, y ventiladas, como también los refectorios, cocinas, enfermerías y demás piezas; y sobre ellas los desvanes, en que pueden tenerse otros comestibles, y primeras materias. Que debe haber en cada departamento su patio bastante espacioso con portales; y los patios de los dos primeros departamentos referidos deben ser mucho más dilatados y capaces. Que igualmente conviene que haya huerta y arbolado, especialmente en los departamentos de niños y niñas con la debida separación. Que también debe haber mucha agua, así para el abasto de la casa, como para la preparación de las primeras materias»²⁷⁵.

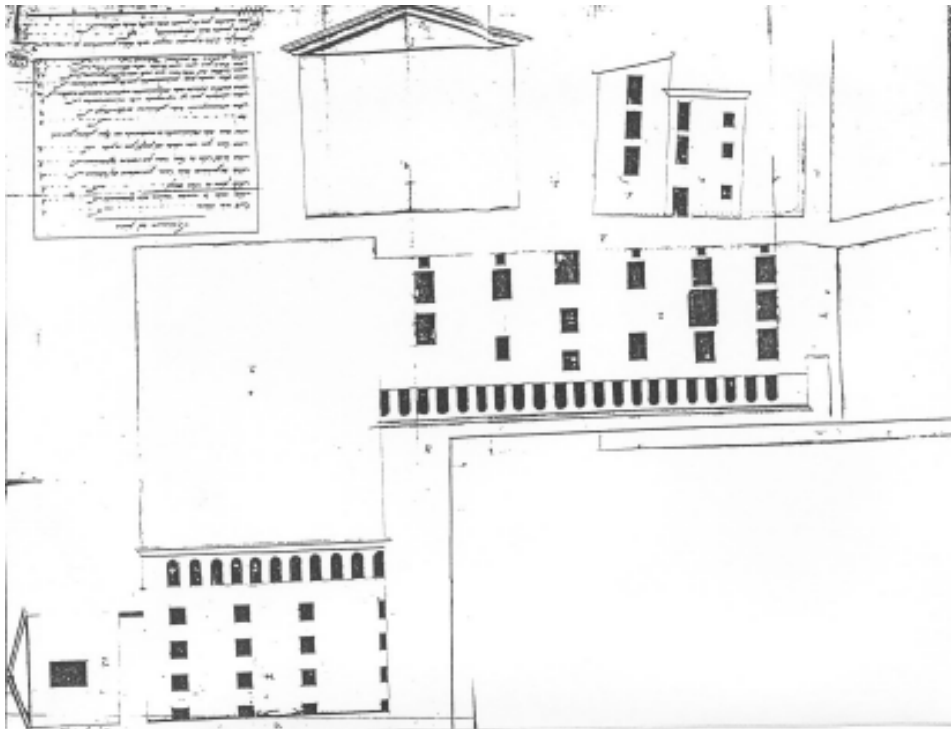
Pero los diseños desde el punto de vista tipológico no resultaban muy originales, así las trazas de 1781 que acompañaban al informe de Pascual Caro y Fontes, Visitador regio para adquirir la Casa de Misericordia, corral y cobertizo de pobres de la cárcel de S. Narciso en Valencia (fig. 45), revelaban una construcción con sótano, bajo, dos pisos, galería superior y ventanas sin uniformidad en su distribución de fachada, que recuerda a la arquitectura doméstica de la época²⁷⁶. Mayor regularidad y funcionalidad se observa en el diseño que, para Huesca, presentó Agustín Aragües en 1789 (fig. 46), disponiendo en forma de cruz griega cuatro casas para muchachas y muchachos honrados y mujeres y hombres recogidos, con independencia entre ellas y dispuestas en torno a cuatro patios, con iglesia, cocina, almacenes, talleres, leñera, salas de labor, oficinas y excusados. El conjunto -con explicaciones topográficas en los márgenes- aparece circundado por el campo y abundante curso de agua y la zona de tránsito entre las casas se producía en torno al núcleo central de cocinas. Se planteaba la posibilidad de crear galerías sobre la zona de talleres para recreo, en dos lados del cuadrado, y reservar los otros para dormitorios; también se preveía la pieza para custodia de ropas, habitaciones para el director, maestro, capellán, etc.; por supuesto, todo el recinto estaba cercado y las ventanas enrejadas²⁷⁷.

Ya nos hemos referido con anterioridad a los grandes hospicios, como los de Madrid u Oviedo, que renuevan en la Ilustración las fórmulas renacentistas; son diseños de plantas cuadrangulares cercando patios, no exentos de un fuerte carácter de control²⁷⁸.

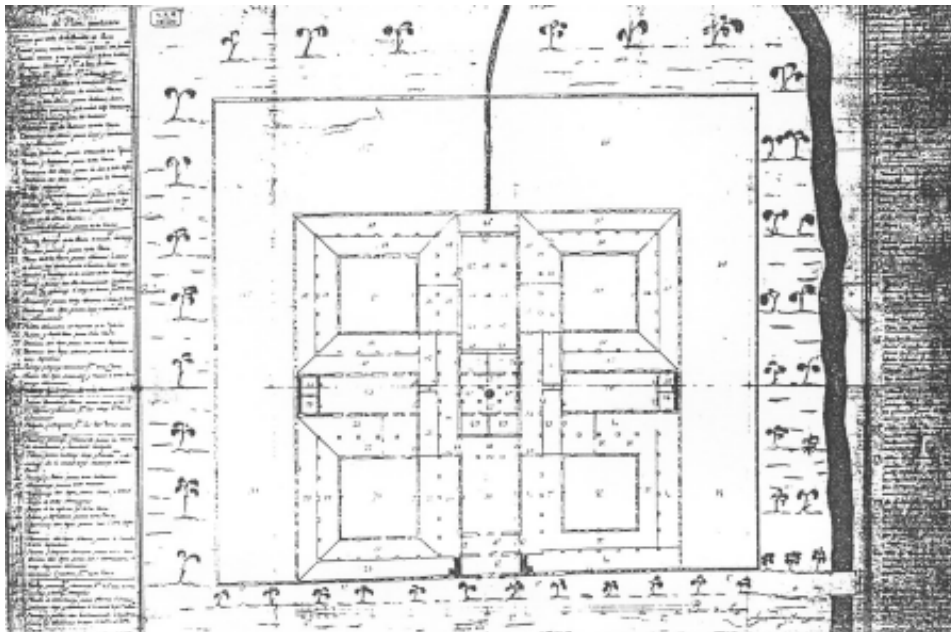
En el tema hospitalario, la consideración de la enfermedad como un problema político y, sobre todo, económico del país, obligó a la reforma desde el punto de vista funcional, buscando una mayor racionalización en la distribución de salas intentando, sobre todo, evitar contagios que tan alto costo suponían. Fueron los hospitales militares quienes, a través de Instrucciones y Ordenanzas que reglaban su organización, sentaron las bases de la reforma que después alcanzaría a los hospitales civiles. De gran interés fue la Real Orden de 1718 en la que se puntualizaba que el Cuerpo de Ingenieros Militares Español, aparte de la construcción de obras militares y reales tendrían que levantar planos y memorias descriptivas en las que, además de señalar fronteras, caminos, aduanas, castillos, plazas fuertes y recursos agrarios e industriales, incluirían las ciudades con sus edificios principales como iglesias, conventos, palacios «e interesándose particularmente por la existencia de los hospitales. De estos últimos edificios indicarían si por su tamaño tenían ‘habitación capaz’ y si el lugar donde estaban establecidos era ‘paraje sano’»²⁷⁹.

La construcción de hospitales militares, no sólo de campaña, estaba en manos del Cuerpo de Ingenieros; el Ingeniero determinaba junto al Protomédico el emplazamiento más idóneo de las «quadras» desde el punto de vista de la salubridad y marcaban las distancias entre las áreas de cirugía, medicina, botica, despensa, cocina, dependencias administrativas, etc.; en concreto, algunos hospitales militares contaron con sala de anatomía por lo que podían mantener, no sólo la función clínica y asistencial, sino también la docente²⁸⁰. Desde el punto de vista tipológico no ofrecían muchas novedades y se erigían siguiendo modelos civiles o estructuras preexistentes domésticas, religiosas, de almacenes o de los propios cuarteles²⁸¹, por lo que los elementos específicos del espacio interior no lograron grandes inflexiones en la evolución arquitectónica, y a nivel de fachadas mantenían un carácter militar próximo a los cuarteles destacando, en ocasiones, la puerta de la iglesia y la de ingreso, como en el diseño del Hospital Real de Ceuta (fig. 47) hacia 1765 con sencillos revoques estucados²⁸².

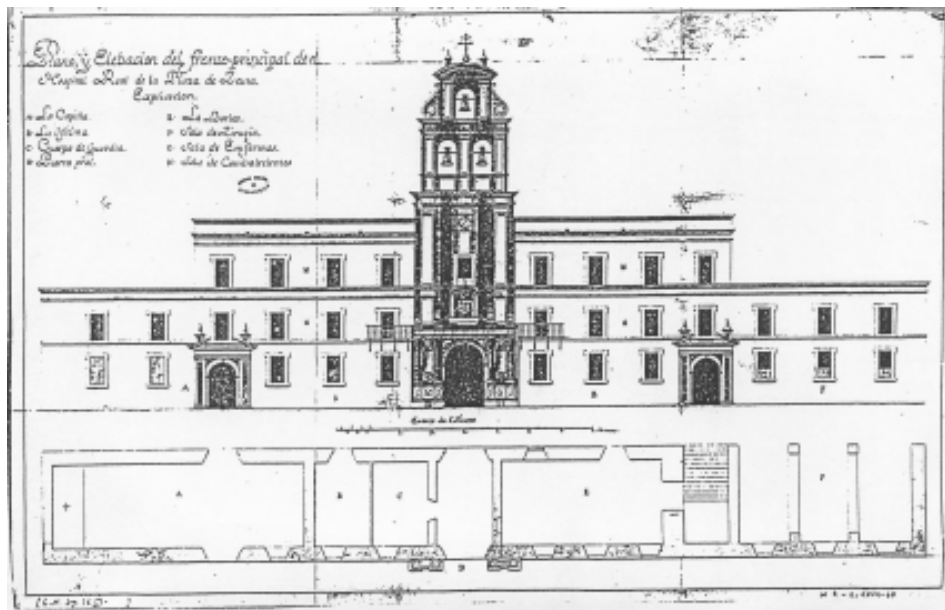
Por un lado, la dependencia que mantenían con las construcciones previas y, por otro, la subordinación a la propia estructura militar y sus necesidades tácticas, obligaban a los ingenieros militares a no desarrollar completamente los planteamientos sanitarios y, si bien, se daba gran importancia a la ventilación, abastecimiento de aguas o saneamiento, se convirtió a veces el hospital en un edificio accesorio fácilmente suprimible²⁸³.



45. Proyecto de reforma en Casa de Misericordia en Valencia. A.H.N., Estado, Leg. 3180, sig. 825.

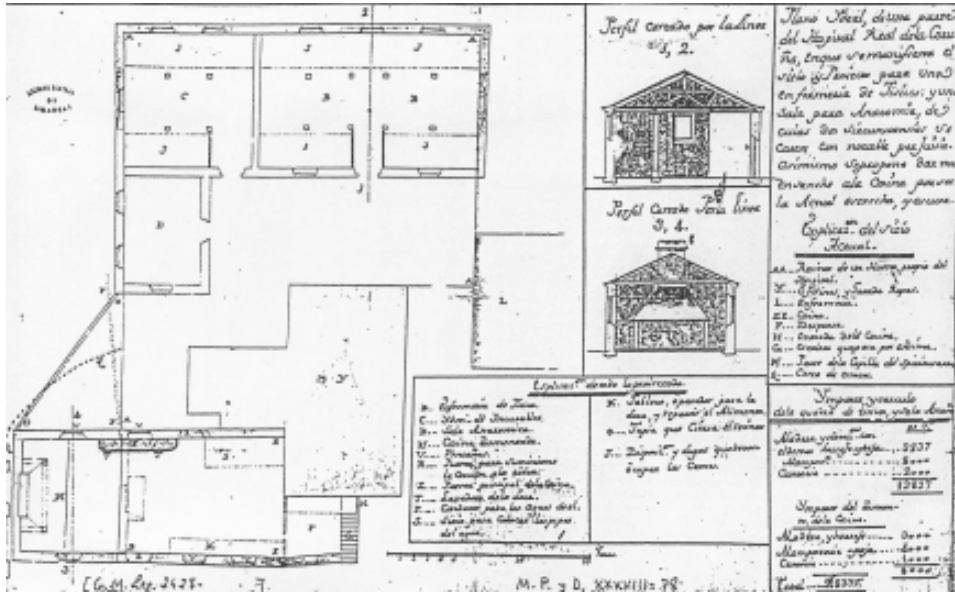


46. Proyecto de reforma en Casa de Misericordia en Huesca. A.H.N., Estado, Leg. 3016, sig. 791.



47. Fachada del Hospital Real de Ceuta. A.G.S., M.P.D. XXVII-60, G.M. Leg. 3657.

Los diseños de hospitales militares en el Archivo de Simancas revelan la escasez de construcciones de nueva planta que se realizaron y cómo se optó por reformar los hospitales existentes, que consistían en gran medida en varias salas rectangulares sin especial organización²⁸⁴. Las reformas solían hacerse utilizando terrenos de huertas propias del hospital y obedecían especialmente a la necesidad de conseguir espacios funcionales de aislamiento, alejando los focos de contagio lo más posible; así en el plano de 1766 (fig. 48) presentado para construir en el Hospital Real de La Coruña una enfermería de tísicos y de incurables, sala de anatomía y aumentar la disposición de la cocina y su abastecimiento de aguas (con su correspondiente presupuesto), mostraba sencillas naves cubiertas con tejados a dos aguas y ventanas en ambos lados, donde se preveía disponer los lechos, aprovechando el ángulo del huerto (separado del resto de las enfermerías y el sector de servicios), es decir, una estructura simple que recordaba a los almacenes²⁸⁵. Pero el llevar a efecto las reformas no debió ser tarea fácil y numerosos proyectos quedaron sin realizar o bien fueron sucesivamente modificados. Siguiendo con este mismo ejemplo de La Coruña, el proyecto de reforma de 1767 (fig. 49) intentaba dar regularidad al conjunto hospitalario aumentando tres salas pequeñas y dos dobles así como oficinas para los dependientes, mayordomo, botica, etc. utilizando el área de la capilla del Espíritu Santo del gremio de canteros (que usaba el hospital); se revelaba, por el trazado de lo que previamente había, que el proyecto del año anterior no se llegó a ejecutar²⁸⁶; nuevas reformas se plantearon en el diseño de 1798 (fig. 50) donde el lugar de la iglesia se convertiría en un cuerpo central regular que subdividiría dos pa-



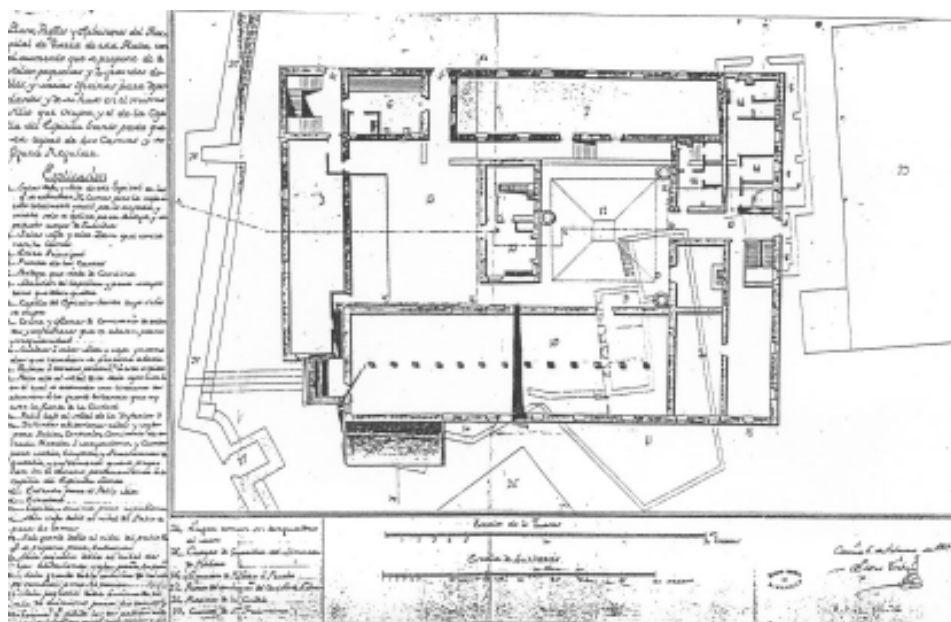
48. Plano de reforma del Hospital Real Militar en La Coruña. A.G.S., M.P.D. XXXVIII-78, G.M., Leg. 2428. Riera (1975).

tios y concentraría las dependencias del personal médico, capellanes, etc., modificando la disposición de las escaleras para aumentar el terreno de las salas aunque manteniendo el perfil quebrado del perímetro²⁸⁷.

Otras reformas, como la de 1792 (fig.51) del Hospital de Ceuta ubicado en el Cuartel Nuevo, se plantearon aprovechando el desnivel del terreno -pero guardando la regularidad de un amplio rectángulo- cubriendo el espacio ocupado por la azotea con lo que se duplicaba el segundo cuerpo; se conservaba la estructura de las salas inferiores y se lograba una distribución funcional tanto en la zona de administración y personal asistencial, como en la de curación, separadas por un amplio patio con galerías; el cuerpo de cocinas y lavaderos, situados en el extremo, tenían sus propios patios²⁸⁸.

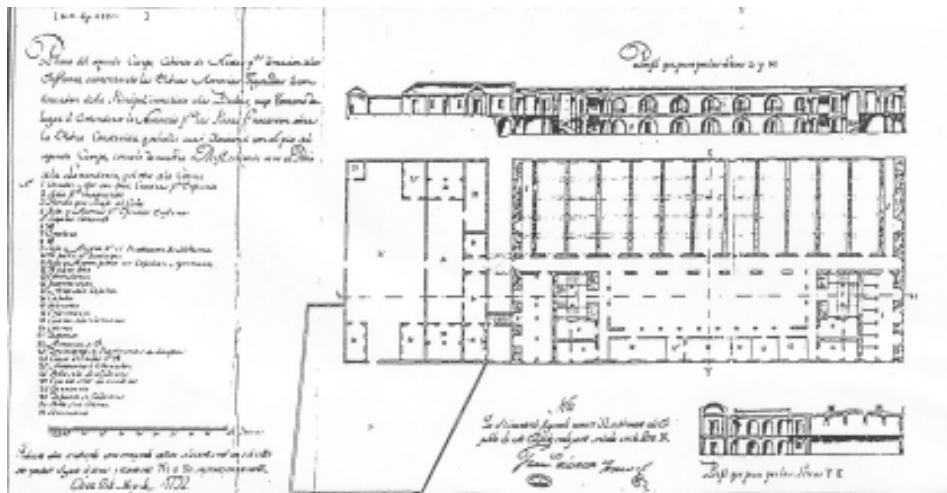
En ocasiones, como en el Hospital de la Carraca de Cádiz, se duplicaba el espacio añadiendo un nuevo patio cuadrado con sus dependencias en el entorno anejo al ya construido y comunicado con él²⁸⁹.

Pervivencia de espacios eclesiásticos reutilizados se observan en el Real Hospital Militar de Tuy (1765) (fig. 52)²⁹⁰ o en el de S. Sebastián (1798) (fig. 53), para el que se utilizó el convento de Padres Dominicos derribándose todas las dependencias monásticas y destruyendo la compartimentación de las celdas y oficinas que antes había usado la comunidad para albergar los dormitorios²⁹¹; en esta línea monacal se situaba el diseño de 1765 para el Hospital de las Galeras de España (fig. 54) que se quería construir en Cartagena, donde las salas se organizaban en torno a un claustro central en una de cuyas pandas se ubicaba la iglesia²⁹².

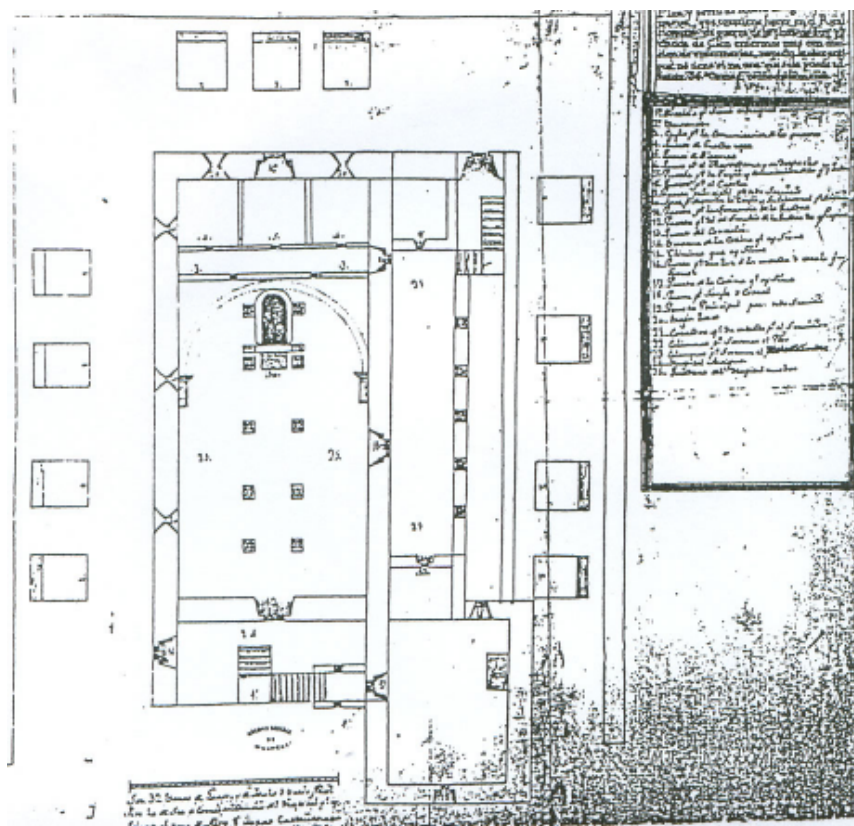


49. Plano de reforma del Hospital Real Militar en La Coruña. 1767. A.G.S., M.P.D. XIV-76, G.M. Leg. 3380.

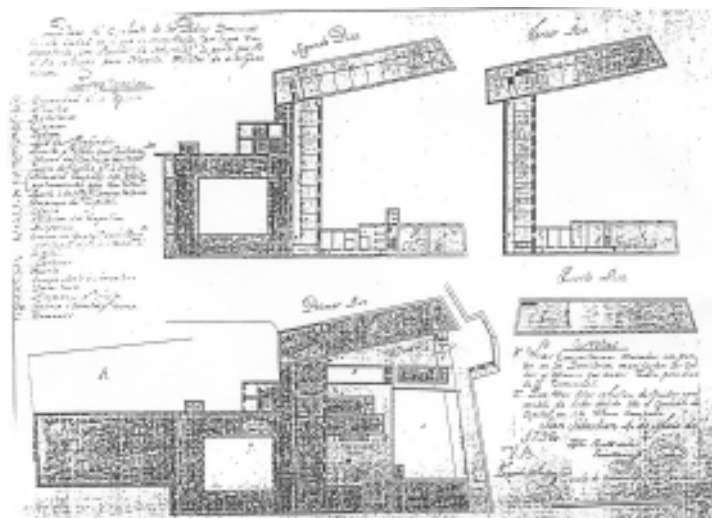
Para los hospitales militares creados ex-novo se mantenían esquemas tradicionales, ignorando en parte el debate que sobre los nuevos modelos se hacía en Europa. Aparecían diseños en alas formando «U», como el del lazareto de Mahón (1794)²⁹³, doble patio para el Hospital de Gerona o el cruciforme para el Hospital Real de Barcelona (fig. 56) en 1766 «con todas sus combeniencias sin que falte cosa alguna para la mejor asistencia de los enfermos militares»²⁹⁴, en el que los cuatro patios veían reducido su tamaño por las dependencias incorporadas junto a las crujías que determinaban la cruz griega, buscando la diferenciación y aislamiento de las diversas salas. Un hospital de planta estrellada (que recuerda el diseño de Desgodetz) se recoge en el plano del Arsenal del Ferrol (1765) para 13.000 enfermos²⁹⁵. Mucho más sencillo resultaba el proyecto del Hospital Militar de la Plaza de Sta. Cruz de Tenerife (fig. 55), sufragado por el Marqués de Tabalosos y construido por Juan Guinther, en 1779, en una sola planta con la zona asistencial (enfermerías, salas de cirugía y salas de unciones y contagiosos -todas enlosadas-) dispuesta en torno a un patio cuadrado, enlazando con la cocina un pequeño patio posterior que resolvía la zona de desagües, aljibes, etc.²⁹⁶. De mayor dimensión, regularidad así como especificidad de funciones era el diseño de D. Lorenzo Solís, en 1745, para un hospital en la villa vieja de Algeciras previsto para guarnecer a la tropa del Campo de Gibraltar con una disposición para 440 enfermos, que podía aumentarse a 690 ocupando la zona de corredores y, en caso de epidemia, llegar a 920 habilitando los desvanes. La distribución de la planta (fig. 57) resultaba convencional,



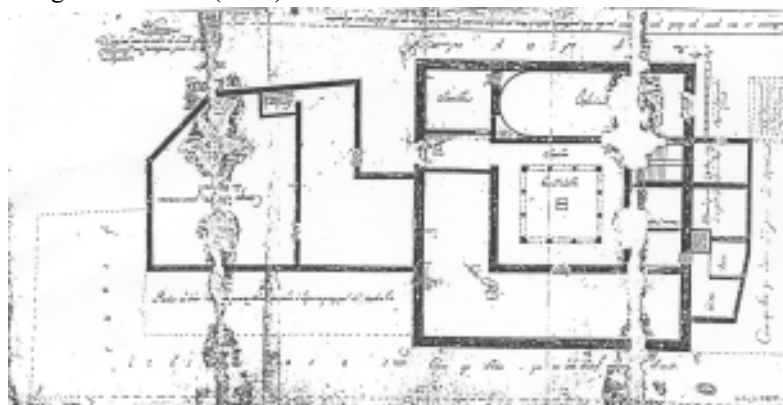
51. Plano de reforma del Hospital de Ceuta. 1792. A.G.S., M.P.D. XXIX-70, G.M. Leg. 6551. Riera (1975).



52. Plano de reforma para el Hospital de Guerra de Tuy. 1765. A.G.S., M.P.D. XXXVIII-124, Secretaría Hacienda (S^a H^a), Leg. 482. Riera (1975).



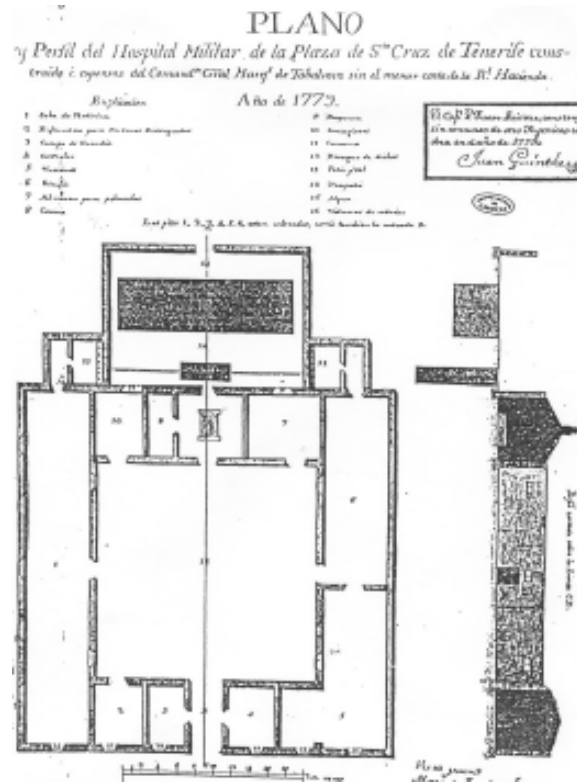
53. Plano de reforma para el Hospital Militar de S. Sebastián. 1798. A.G.S., M.P.D. XIII-62, G.M. Leg. 6570. Riera (1975).



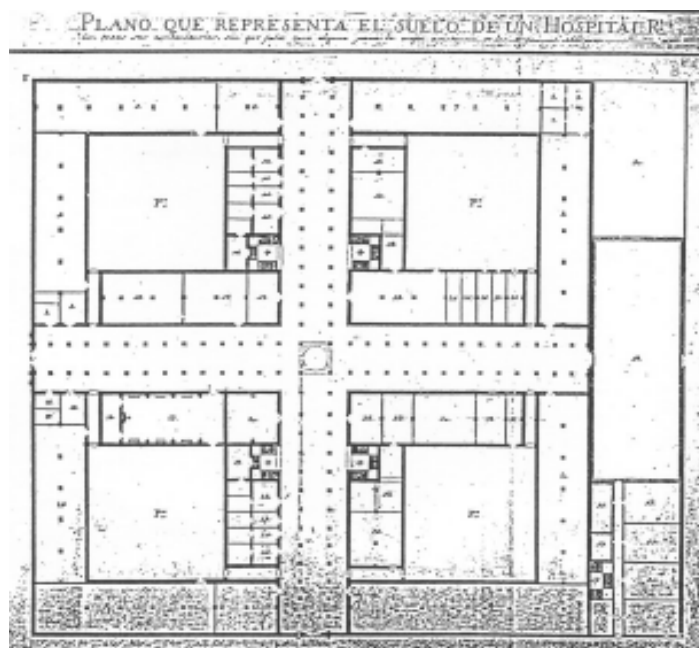
54. Plano de reforma para el Hospital de Cartagena. 1765. A.G.S., M.P.D. XXXVI-44, Guerra Antigua (G.A.) Leg. 3589

ladrillo delgado en lugar de madera²⁹⁷. Destacaba por su planta rectangular con gran patio central y arquería de medio punto el diseño de Thomas Warluzel y Juan de Dios González de 1752 para el Hospital Real de Melilla, que contaba con salas de cirugía, medicina, sarna y escorbuto; a la hora de ejecutarlo para ampliar su capacidad se transformaron las naves únicas en dobles²⁹⁸ (fig. 59).

También los ingenieros militares desarrollaron una importante labor en las colonias de ultramar en las que, aparte de las propias fortificaciones, las reformas borbónicas dejaron sus huellas en establecimientos benéficos que expresaban la acción estatal, en la que se aunaba el afán de funcionalidad y de dignidad²⁹⁹. Los proyectos de dichos ingenieros recordaban a los de la península oscilando entre plantas en torno a patios cuadrados, plantas centralizadas como la diseñada para la Casa de S. Lázaro en La Habana³⁰⁰, las



55. Planta para el Hospital Militar de Sta. Cruz de Tenerife. 1779. A.G.S., M.P.D. XIII-63, G.M. Leg. 2441. Riera (1975).



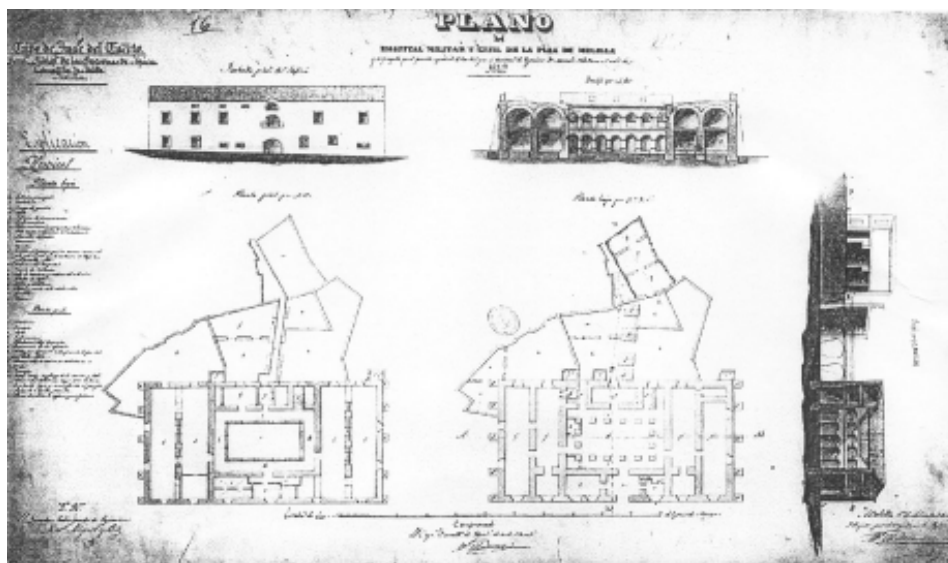
56. Planta baja para el Hospital Real Militar. 1766. A.G.S., M.P.D. IX-10, G.M. Leg. 3323. Riera (1975).

dispuestas en alas y las más sencillas construidas en las fortificaciones levantadas en la Luisiana y la Florida, como la de Panzacola, Nuevo Madrid, S. Marcos de Apalache, etc. o en Filipinas, todas ellas sometidas a la precariedad de los conflictos bélicos³⁰¹.

Dentro de las construcciones hospitalarias promovidas en España por el estamento religioso destacaba, en Toledo, el hospital de dementes del Cardenal Lorenzana, obra de Haan, que recurrió a la planta cuadrada en la que se inscribía la cruz dejando abiertos cuatro patios³⁰².

Pero en el campo de la arquitectura hospitalaria civil, la obra más ambiciosa del s. XVIII español fue el Hospital General de Atocha que, para Sambricio encarna, por los cambios de planteamiento que sufrió, las contradicciones y novedades del ideal arquitectónico de los primeros años de la Razón, que oscilaba entre tipologías funcionales o palaciegas³⁰³ y que nunca fue concluido³⁰⁴.

No se conocen los proyectos de Ventura Rodríguez como tampoco los que llevó a cabo José de Hermosilla. Del primero sí se tiene noticia del memorial que redactó él mismo al Conde de Miranda, el 14-II-1756, respondiendo a la Comisión de Censura formada por cuatro maestros (entre otros Saquetti), en el que defendía su planteamiento frente a las críticas sobre la forma de resolver el desnivel del terreno por logias porticadas; aclaraba que «el edificio no debe ser de aquellos en que la delicadeza y ornatos apurasen los primores de la Arquitectura, pero sí de extensión y capacidad, bastante con las ventilaciones y comodidades necesarias, que en la misma sencillez de su construcción, manifieste el buen gusto, simetría y proporciones... al modo de la gran casa de Inbálidos de París, en la que resplandece este bello

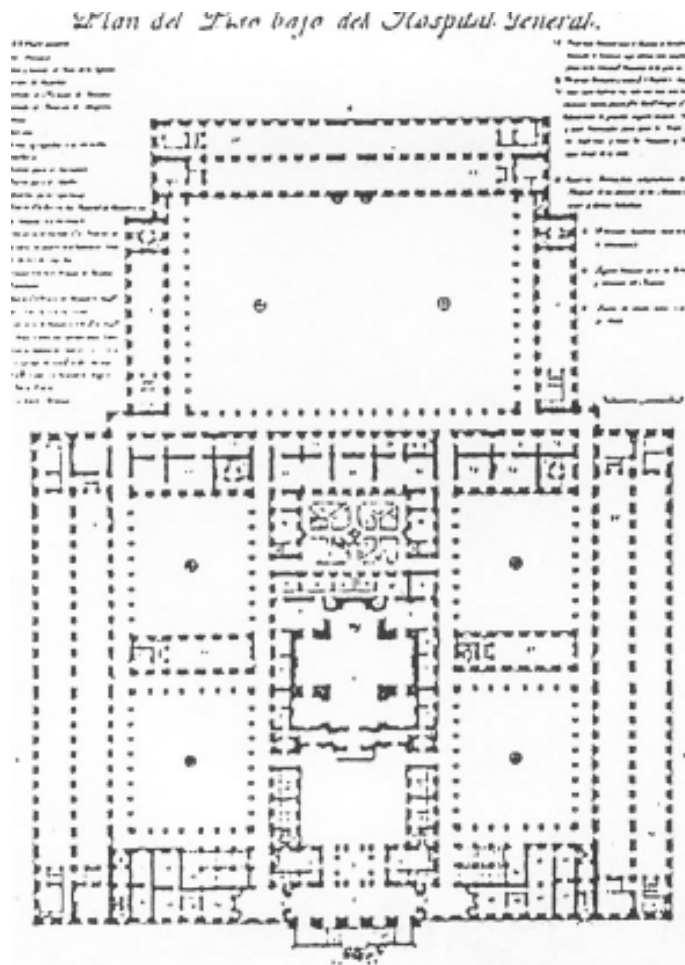


59. Plano del Hospital Militar y Civil de Melilla. Servicio Histórico Militar (S.H.M.) nº 4689, C-32-15/MEL-G2/17. Bravo Nieto (1996).

orden»³⁰⁵; respondía a las críticas de la Comisión sobre la falta de ventilación en cuadras, tránsitos y habitaciones que harían del hospital, en lugar de casa de remedios «un seguro almacén de enfermedad»³⁰⁶, y a las diferencias en la extensión del solar, ya que se ampliaba con las casillas (que se arrimaban a éste) y corralón de la villa. Defendía como una gran ventaja el mantener ventanas por dentro y por fuera: «esto es bueno para avitaciones humildes encierros y cárceles... colocados con buen orden se abren y cierran quando se tiene por necesario, a efecto de sacudir los vapores impuros, tal vez venenosos y siempre perjudiciales»³⁰⁷.

Pese a su interés de que los planos fuesen examinados en Roma, la Junta le retiró del proyecto y se lo encargó a José de Hermosilla; de la intervención de este ingeniero en el Hospital General de Madrid se tiene referencias a través de Sabbatini, encargado de terminar las obras a su muerte; según Sambricio, al concebir Hermosilla la obra como hospital y no como hospicio, proyectó tres pabellones independientes que debían apoyarse en el edificio de calle Sta. Isabel y formar un patio rectangular, buscando la especialización del espacio como hacían los hospitales militares y como lo había tratado Fuga en Nápoles (ver fig. 28); no pretendía un gran edificio barroco, como Ventura Rodríguez. Sabbatini cambió la concepción del hospital y lo diseñó como un gran palacio con siete patios monumentales, alrededor de los cuales se disponían las salas, e iglesia de cruz griega presidiendo el cuadrángulo anterior (fig. 60), los pabellones unidos determinaban testeros corridos; se identificaba un espacio hospitalario con el cortesano. Frente a la preocupación por lo funcional de Hermosilla se pasaría al afán de simetría, centralidad de la portada y presencia urbana³⁰⁸. La paralización de las obras en 1781, sólo permitió ejecutar casi la sexta parte de lo previsto, consistiendo en un gran patio central, en torno al cual, se levantaban cuatro amplias salas (fig. 61).

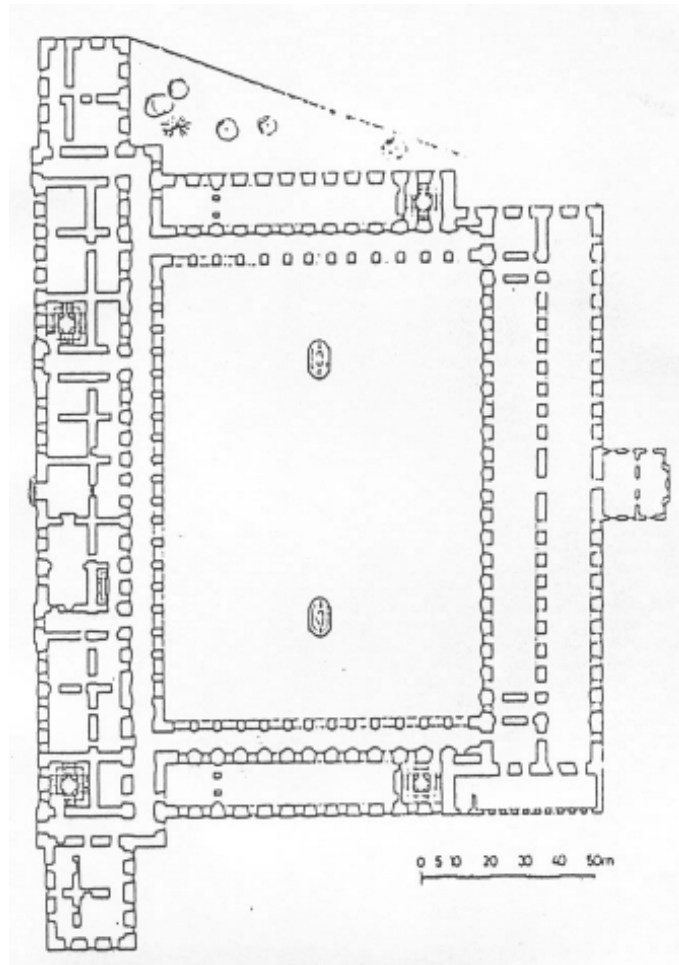
La incertidumbre en la búsqueda de un hospital funcional en el caso de Madrid, se traducían en el cambio de programa al pasar el proyecto de Hermosilla a Sabbatini; ambigüedades que también se dieron en París en los debates para la construcción del Hôtel-Dieu. España, al igual que otros países, no adoptaría el sistema de pabellones hasta el s.XIX, como fue el caso del hospital de Achuri de Bilbao (1818), obra de Gabriel Benito Orbeagoz iniciada por Silvestre Pérez³⁰⁹, lo que no deja de ser un caso excepcional ya que el modelo se generalizaría en la segunda mitad; mientras, en la Academia de S. Fernando, seguían compitiendo también los diseños cruciformes y radiales. A las investigaciones sobre nuevas plantas habría que añadir la labor menos original, pero de gran importancia, de velar por las reformas de antiguas instalaciones hospitalarias o de reacondicionar locales procedentes de otros usos, si bien, en ocasiones, también las plantas de hospitales sirvieron para cubrir nuevas necesidades³¹⁰.



60. Planta del Hospital General en Madrid. (Sabattini). Sambricio (1986)

V. ARQUITECTURA HOSPITALARIA EN EL SIGLO XIX

Fue el siglo por excelencia en el que se definió la tipología hospitalaria con independencia de otros centros de reclusión como cárceles, manicomios, etc. La curación intentó ser el objetivo exclusivo de las nuevas instituciones hospitalarias. Esta centuria, marcada por los avances científicos y médicos, logró las bases del hospital moderno concebido como centro para enfermos; se intentaba desligar de elementos estilísticos históricos para corresponder, en su forma arquitectónica, a los progresos de la medicina³¹¹. Se consiguió la puesta en marcha de las nuevas tipologías que ya el pensamiento ilustrado había plasmado sobre el papel. Los proyectos de la ciudad ilustrada se materializaron en la ciudad burguesa³¹². En ella se mantuvo un espíritu basado en la fe en el progreso; la ciudad necesitaba equipamiento no sólo de ocio, de administración, docente, comercial, sino también sanitario;



61. Planta del antiguo hospital General Provincial en Madrid. Tovar Martín (1983, 1986).

se requerían los edificios apropiados para el público por lo que, a veces, se recurría a tipologías polivalentes³¹³. De hecho, la arquitectura pública, sea cual sea la época, presentaba una concordancia sorprendente de estructuras, inspiradas más por la idea de la vigilancia que la función específica; interesaba garantizar la seguridad de gran número de personas, los lugares de trabajo y los espacios de circulación, por lo que se multiplicaban los modelos en hospitales, cuarteles, prisiones e institutos³¹⁴. Cuando los mismos principios de vigilancia se trasladaron a las ciudades fabriles del XIX diseñadas por las grandes compañías, las casas se convirtieron en parte del equipamiento y, de hecho, las viviendas parecían cuarteles u hospitales³¹⁵.

La progresiva necesidad de mayor espacio para las instalaciones hospitalarias así como los principios de higiene social que prescribían su emplazamiento fuera de la ciudad antigua hacia la periferia urbana (lo que estaba conforme a las preocupaciones manifestadas por los tratadistas dieciochescos)

se aunaron, en ocasiones, con las exigencias de crecimiento urbanístico; el desmantelamiento de los antiguos hospitales y cementerios permitió desbloquear importantes áreas, cuya privatización era muy apetecible desde el punto de vista especulativo de la ciudad burguesa; los desplazamientos a zonas menos peligrosas se vieron así facilitados³¹⁶.

La arquitectura hospitalaria del s. XIX, tras el debate surgido en Francia en el último tercio del siglo anterior, se decantó y puso en práctica la solución del hospital con pabellones aislados, que se generalizó en la segunda mitad del siglo; se distinguían unos de otros en la colocación de las enfermerías; formaban conjuntos de compleja ubicación dentro de amplios recintos ajardinados cuya organización diseminada aportaba una evidente confortabilidad psicológica al enfermo, el cual se situaba en los pabellones en una escala más asequible a ese espacio abierto; esta disposición, pese a su apariencia frágil -que recordaba las construcciones efímeras, lúdicas o complementarias a la arquitectura palaciega barroca-, permitió la composición con elementos independientes, unidades compositivas cerradas y completas ajenas al entorno, que proporcionaban gran ventaja frente a la inseguridad del contexto urbano³¹⁷. Este sistema no dejaba de presentar inconvenientes de los que los arquitectos e ingenieros de esta centuria eran conscientes, tales como los elevados costes de construcción, las enormes distancias a recorrer o la mezquindad de los patios que separaban los pabellones y que quedaron recogidos en obras tales como la del Dr. Trelat, *Des hopitaux. Assistance et hygiène - Anuaire scientifique* (1866), o la del ingeniero Reynaud en su *Traite d'architecture*, pero pese a todo, lo asumieron como el más idóneo dado que proporcionaba al enfermo el aire más saludable y renovable: «un aspecto que encanta a primera vista y parece prestarse con mucha mayor facilidad que ninguna otra, a la más cómoda distribución y eficaz aislamiento de las diversas dependencias y aun de los enfermos entre sí; pero la experiencia ha probado que ni es la forma que debe siempre preferirse ni deja de presentar inconveniente de bastante consideración»³¹⁸.

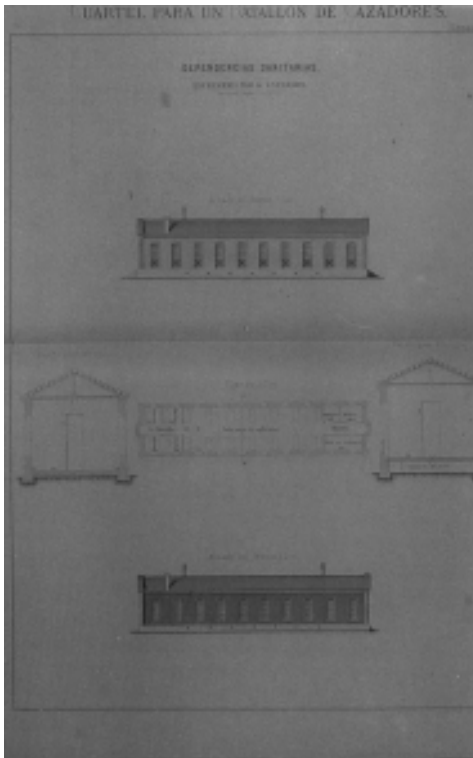
En España, este sistema de distribución en pabellones -de amplia versatilidad pero adoleciendo en ocasiones de excesiva monotonía, aspecto inhóspito o carcelario-, que se generalizó a partir del hospital madrileño de la Princesa -proyectado en 1851 por Aníbal Álvarez Bouquel e inaugurado en 1.857³¹⁹ - afectó también a construcciones militares como son los propios hospitales³²⁰ o al programa para cuarteles-tipo encargado en 1889 al Cuerpo de Ingenieros y aprobado en 1.890; sin que fuese preceptiva su aplicación sí serviría de modelo a la hora de redactar los proyectos. En la Memoria especial de los cuarteles de infantería se adoptaba el sistema de pabellones aislados presentando cuatro posibles tipos (forma lineal, «U», «Y», «H») buscando la independencia de funciones para el alojamiento de tropa, pabellones de enfermería, para dependencias generales, almacenes, comedores, etc.³²¹, En

las enfermerías, consideradas como instalaciones anejas a los cuarteles, se cuidaba ante todo el aislamiento, independencia, salubridad, ventilación adecuada y buena orientación; se diseñaba como un pequeño hospital (figs. 62, 63) con capacidad para catorce o veinticuatro camas (sus sencillas plantas eran semejantes a las salas del Hospital Militar de Bourges (fig. 65) en los que, según el clima, contarían con cámara de aire inferior o sin ella. Se describía su distribución (sala de reconocimiento, despacho para el médico, botiquín, sala única para enfermos, cocina, cuarto del enfermero, baños..) y sistema de aireación³²².

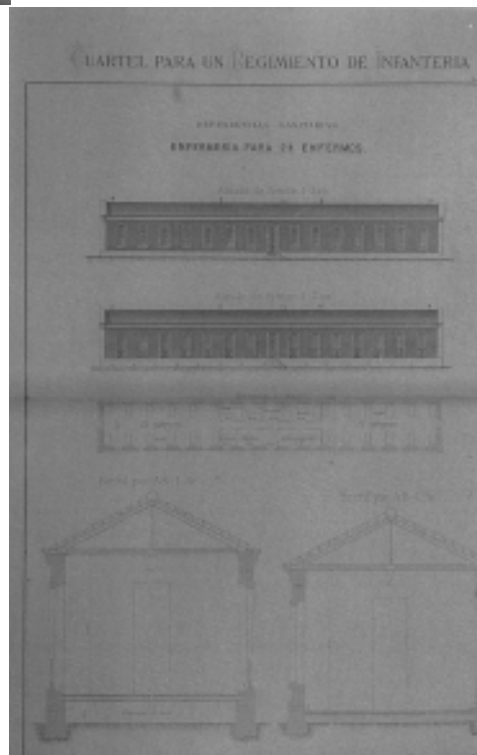
Dentro de esta tendencia se situaba la exposición del arquitecto Antonio de Goicoechea para la construcción de un hospital en la Corte. Aparte de las generalidades sobre ubicación fuera del centro de la ciudad, abundancia de aguas, salubridad y posibilidad de ventilación³²³, optó por el diseño de ocho pabellones interconectados con galerías que determinaban amplios patios y, opuesto a la entrada, un cuerpo semicircular -con servicios de lavandería, horno, etc. y conexión con el cementerio- separado por un amplio patio de la zona de pabellones; éstos facilitarían la clasificación de las enfermedades y el aislamiento de los contagiosos; en el centro del patio se dispondría la farmacia³²⁴. Amplia argumentación sobre las ventajas de este sistema la presentó el arquitecto Amadeo Rodríguez en 1.889 en la memoria facultativa para el Hospital Provincial de Cádiz, el proyecto incluía diez pabellones enlazados por la galería central que facilitaba el acceso y distribución del trabajo, luz, agua y ventilación artificial³²⁵.

También la literatura médica insistía en las ventajas de los pabellones aislados, sobre todo si se trataba de controlar enfermedades infecciosas. Dujardin-Beaumetz, en las conferencias que impartió en el Hospital Cochin (1887-88), elogió los hospitales especialmente contruidos de forma uniforme y sencilla como el Hospital-barraca ruso Alexandro en S. Petersburgo (fig. 64)³²⁶.

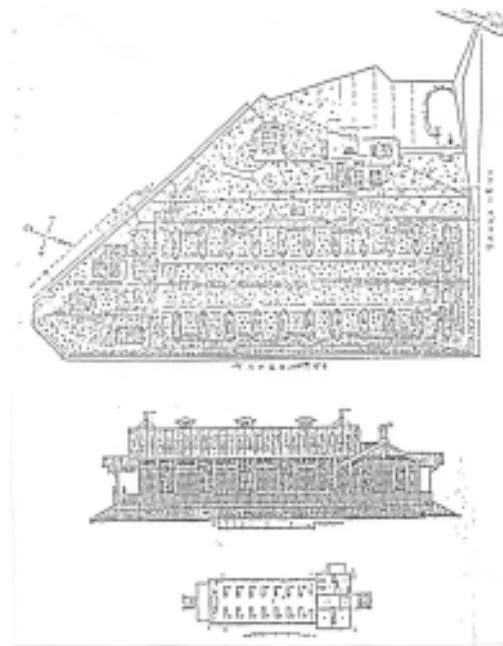
La arquitectura se convirtió en un medio de tratamiento y se veía ligada a la obra de médicos, ingenieros y militares además del propio arquitecto. La disposición de las salas, la altura entre plantas, distribuciones de camas y circulación de personas venía determinado por cubicajes mínimos de aire establecidos; la función primaba sobre el aspecto y los equipamientos se creaban a partir de las necesidades. Higienistas españoles como Francisco Méndez Álvaro insistían en la «profunda y radical reforma» del hospital en esta centuria para ajustarse a su función asistencial, ofreciendo a los usuarios cuidados «como tienen derecho a exigir de la sociedad». Expuso los errores cometidos en hospitales que no fueron contruidos como tales «o de haberse levantado sin la necesaria intervención de personas peritas, conocedoras de las reglas de higiene pública y de las dependencias y localidades que un hospital necesita. ¡He aquí una lamentable consecuencia de no haber confiado



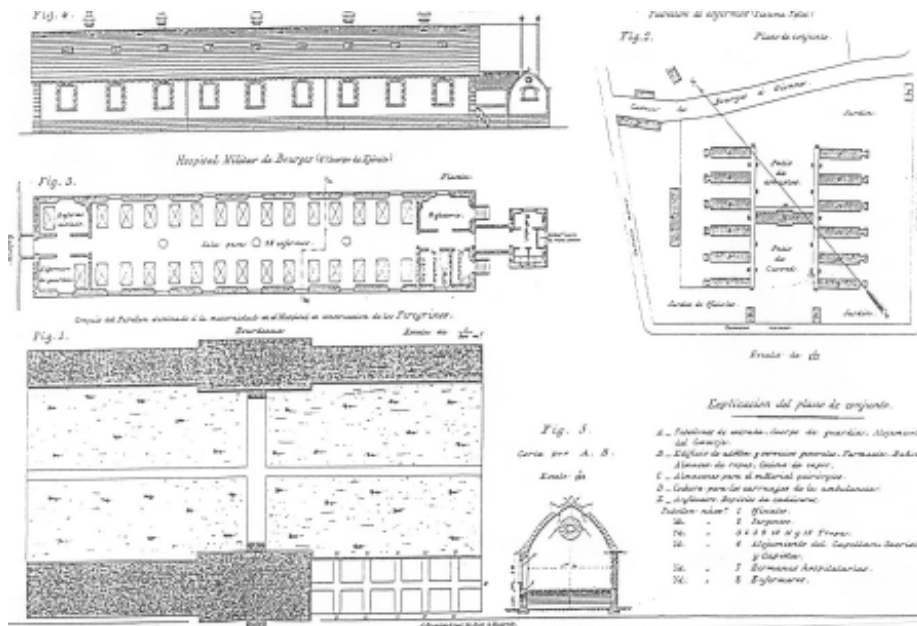
62. Proyecto de pabellón de enfermos para el Cuartel de Cazadores. Biblioteca Nacional (B.N.), B.A. 2219/L 29.



63. Proyecto de pabellón de enfermos para el Cuartel de Infantería. B.N., B.A. 2219/L 30.



64. Plano y pabellón del Hospital Alejandro. Dujardin-Beaumetz (1889).

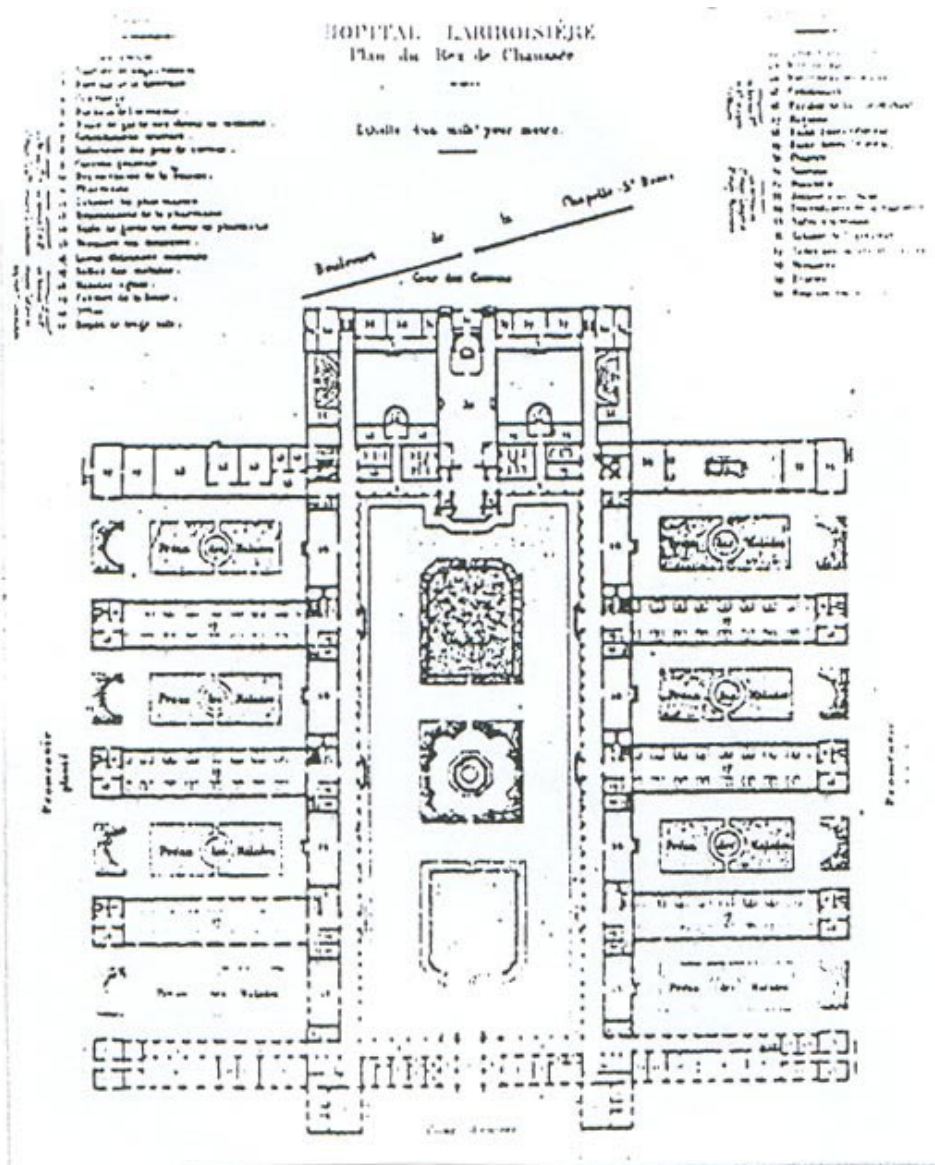


65. Planta del Hospital Militar en Bourges. Labaig (1883).

hasta el día ni casi dado participación a los médicos...»³²⁷. La higiene requería un enclave en el extrarradio, una arquitectura más racional (no la utilización de una casa burguesa cualquiera). El afán por conseguir la mejor circulación de aire o el marco adecuado a los tratamientos diversificados y reducir los riesgos de contagios hicieron del hospital del s. XIX un monumento privilegiado para el progreso científico. El Estado se haría cargo de la hospitalización como medio de control y de burocratización y, aunque la Iglesia siguiese jugando un papel destacado en el campo de los cuidados, las ideas revolucionarias fueron desarrollando el sentido de la responsabilidad comunitaria y su correspondiente costo económico³²⁸.

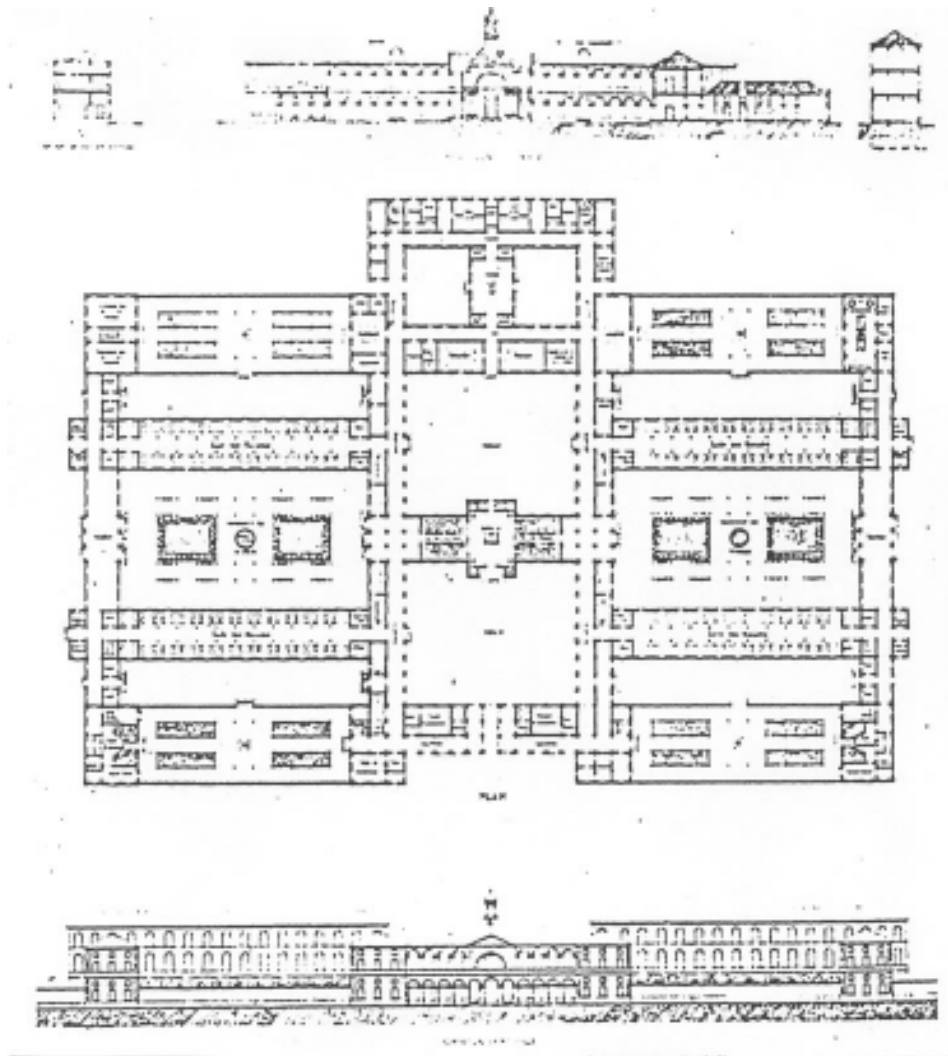
En Europa los hospitales no se edificaron únicamente con el sistema de pabellones ya que continuaron realizándose otros dentro del esquema clásico en bloque y, en ocasiones, también radiales. En la primera mitad de siglo fueron excepción los que seguían el modelo de pabellones como, entre otros, el hospital S. Andrés de Burdeos (1825-29) o el S. Juan de Bruselas (1838-49)³²⁹, generalizándose su construcción en la segunda mitad de la centuria siguiendo el ejemplo del hospital Lariboisière (1839-54) (financiado por la Condesa de dicho nombre y diseñado por el arquitecto Gauthier). En esta obra se logró la transformación del conjunto hospitalario que se integraba en una planificación general como parte del equipamiento de un nuevo barrio, nuevas alineaciones, calles ensanchadas y en perspectiva con la iglesia de S. Vicente de Paul de Hirtorff³³⁰. Respondía a la vez a la necesidad de aumentar la capacidad de acogida de hospitales parisinos, cuyas limitaciones quedaron demostradas en la epidemia de cólera de 1832 (con el Hôtel-Dieu privado de 400 camas por las obras de reestructuración) y de cubrir las demandas de la zona norte de la ciudad³³¹.

La Comisión del Consejo General de Hospitales encargó a Gauthier un hospital modelo que, como tal, debía integrar los perfeccionamientos e innovaciones en materia sanitaria, así como los aparatos puestos a punto por los ingenieros en el campo de la calefacción y ventilación. Para ello presentó dos proyectos con la misma tipología de pabellones, uno de seis (que fue el elegido en 1845) (fig. 66) y otro de cuatro (fig. 67) para 600 camas³³². El hospital fue calificado por Husson, director de Asistencia Pública (1859-1871), de tener «las mejores condiciones de estancias y salubridad que un establecimiento de esta naturaleza puede reunir»³³³. El programa y la planta, entendidos como necesidad para solucionar los problemas utilitarios, quedaban como elementos ordenadores de la arquitectura; se logró edificar el prototipo de hospital según principios higienistas del programa de 1788³³⁴. Presentaba un gran patio central con la administración, alojamiento del personal, refectorio y farmacia en el cuerpo de la entrada y la capilla en el opuesto (ocupando un emplazamiento ritual sobre el eje longitudinal del diseño), empotrada en las construcciones de los servicios generales; a cada lado del gran patio se situaban



66. Planta del Hôpital Lariboisière (Gauthier 1790-1855; 6 salas). Sainte Fare Garnot (1988),

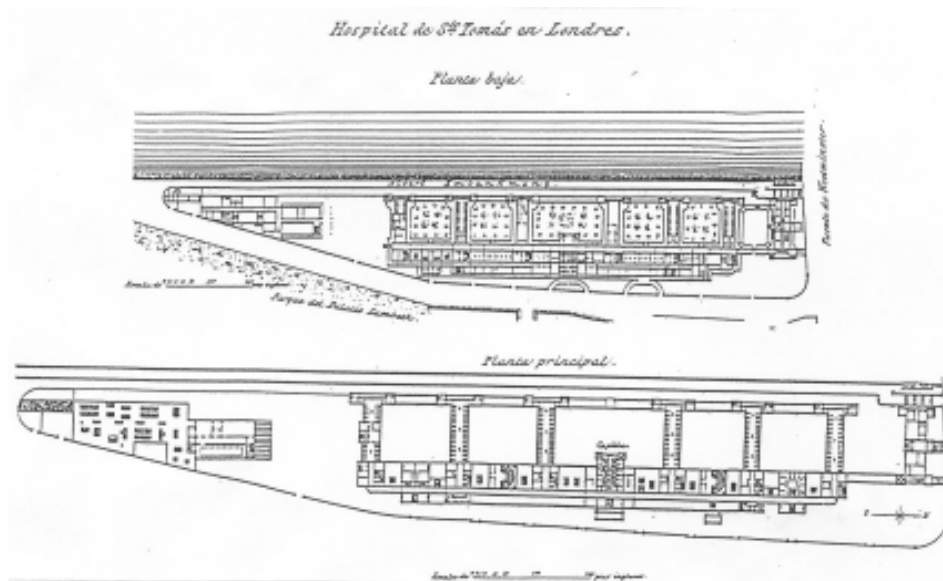
los tres pabellones perpendiculares a éste y separados entre sí por jardines y paseos cubiertos, los dos últimos albergarían los locales de la lavandería, de la comunidad de religiosas, etc.. La distribución impedía el contacto directo de las salas de enfermos con el exterior; éstas, junto a los baños y los quirófanos, serían los lugares primordiales para proporcionar cuidados y, por tanto, también serían objeto de unas directrices muy estrictas. Todo el conjunto, ajustado al programa, se inscribía en un rectángulo con trazado regular, equilibrado y armónico, que revelaba la racionalidad, coherencia y claridad con la que fue concebido. El desarrollo geométrico sobre una composición clásica permitía la simplificación que era necesaria en una construc-



67. Planta del Hôpital Lariboisière (Gauthier 1790-1855; 4 salas). Sainte Fare Garnot (1988).

ción metódica y económica. Para Haitecour, la composición resultaba demasiado hierática y escasa de sorpresas, dado que la simetría se mantenía en todos los elementos; la galería acristalada del gran patio central rompía su monotonía con la fachada de la capilla, en la que se mostraba la pervivencia de los hospitales del pasado³³⁵.

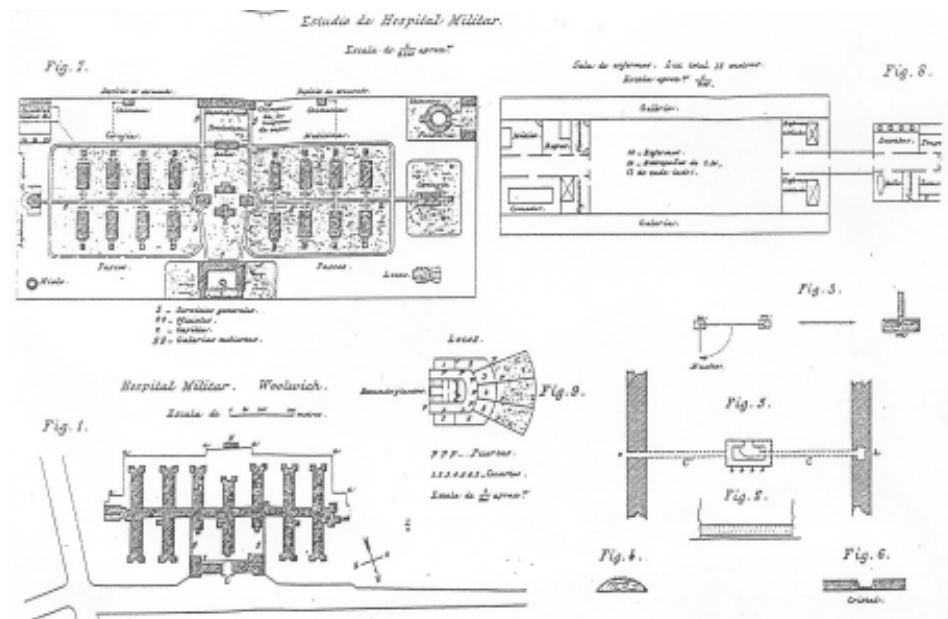
El hospital Lariboisière, visitado por Florence Nightingale, figura clave para el desarrollo de la enfermería -Superintendente del Hospital de Damas Inválidas en Londres-, fue cubierto de elogios en su obra publicada en 1863 *Notas sobre hospitales*, donde además reconocía -por su alta apreciación de la higiene-, pese algunas deficiencias, la superioridad de los planos franceses³³⁶. Bajo su impulso se planteó la campaña de mejoras de los hospitales ingleses siguiendo el modelo higienista francés y, en general, el de la tipología



68. Planta del Hospital St. Thomas en Londres. Labaig (1883).

por pabellones, así nuevas construcciones como la Real Enfermería de Glasgow tenían analogías con el Lariboisière. En el centro de la polémica estaba el nuevo hospital militar de Netley en Hampshire, empezado en 1856, y que Nightingale quería que fuese demolido y reemplazado por otro edificio en la línea del Lariboisière, planteamiento defendido también por otros sectores de la población como el doctor Robertson de Edimburgo o George Godwin, editor de *The Builder*; si bien el edificio se concluyó tal y como estaba previsto, los ejemplos en el campo de los pabellones, que encarnaba la arquitectura progresista, estaba implantada³³⁷. Así se construyeron con este sistema el hospital St. Thomas en Londres (1871), obra de Currey (fig. 68), en forma de peine con seis pabellones enlazados por una galería central, en cuyo núcleo se disponía la capilla³³⁸, o el Hospital Militar Herbert en Woolwich (fig. 69), comenzado en 1860 por el capitán Galton.

En Francia destacaba el reconstruido Hôtel-Dieu de París (1861-1878), obra de Diet, que redujo su capacidad a 650 camas, si bien decepcionó a los higienistas por su ubicación en el centro de la ciudad, excesiva grandiosidad, número de pisos y mala orientación de las galerías que impedía la libre circulación del aire y obligaba a un costoso sistema de ventilación; el de Montpellier (1883-1884) (fig.70), obra de Tollet, y el hospital Tenon en Menilmontant (París) (1870-1878), de Billon que, para Labaig, era el hospital más completo y adecuado a la higiene con pabellones especializados, sección de maternidad, buena orientación y ventilación natural, así como una curiosa distribución de suministros desde el sótano mediante raíles³³⁹. El modelo de hospital de pabellones también se extendió al otro lado del océano, como fue el

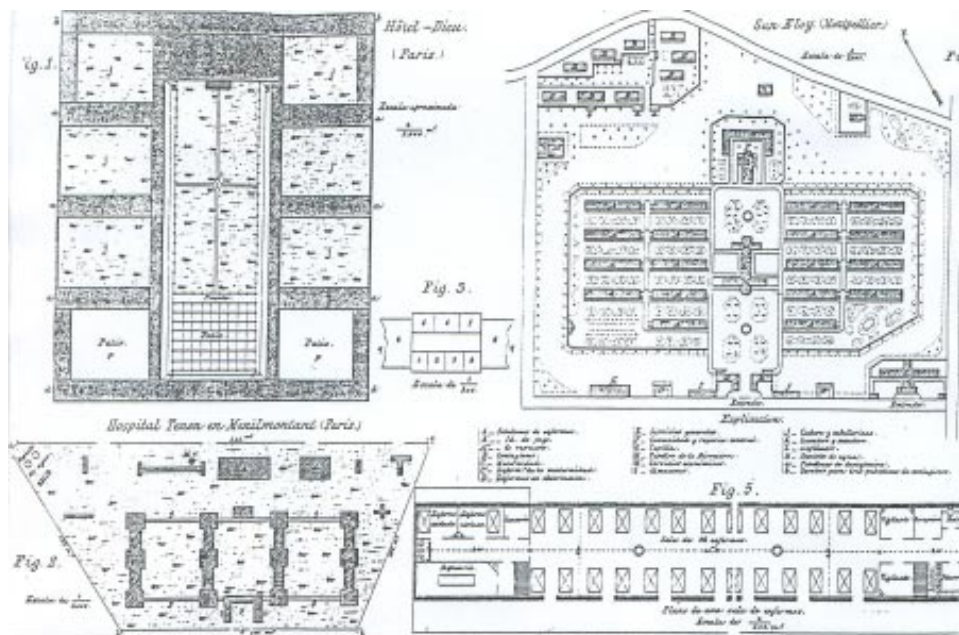


69. Planta del Hospital Militar en Woolwich. Labaig (1883).

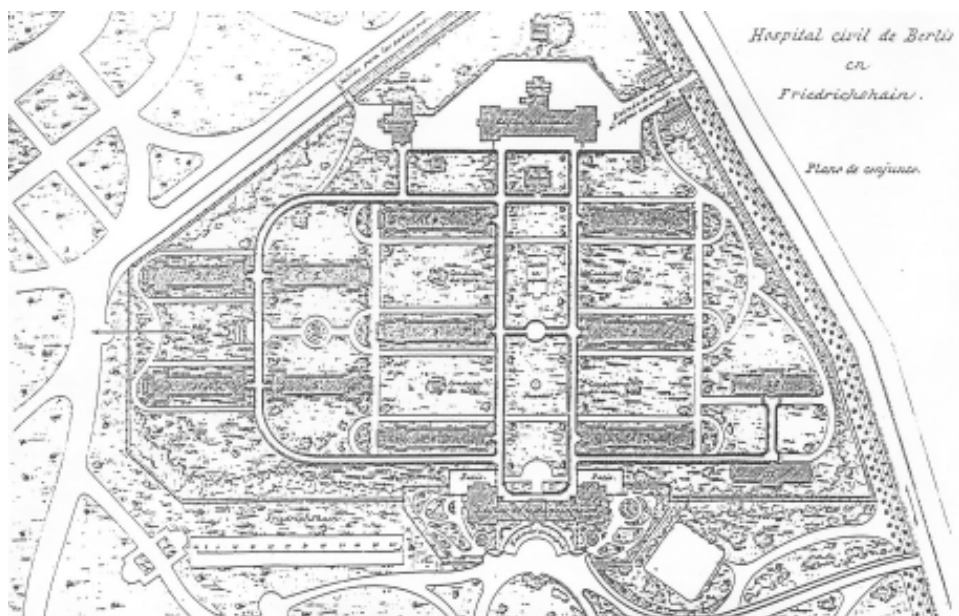
caso en Estados Unidos del John Hopkins, en Baltimore (1876-1889), obra de Niernsee, que se asemejaba al Lariboisière³⁴⁰.

Alemania contó con el diseño de Giovanni Salucci para el Katharinenhospital de Stuttgart, de tres pabellones paralelos en la parte posterior del edificio, pero que no encontraría mucha aceptación ya que éste fue construido, hacia 1820, por Nikolaus Friedrich von Thouret siguiendo las normas tradicionales del edificio barroco³⁴¹. Será necesario llegar al programa del Friedrichshain de Berlín (1868) (fig. 71), obra de Martin Gropius y Heino Schmieden, para incorporar el sistema de pabellones con una planta lineal doble en el que se suprimían las galerías cubiertas; reseñar el edificio, opuesto al de administración, donde se instalaban los almacenes, turbinas, carboneras, combustible, provisiones, etc. (fig. 72). Destacaba también el Hospital Militar de Tempelhof cerca de Berlín (1875-1878) (fig. 73) donde el pabellón de servicios ocupaba un lugar centralizado con respecto a los demás. En los modelos alemanes se advertía que, al igual que los ingleses, se tendía a rechazar la racionalidad de las fuertes simetrías de las plantas francesas incrementando el aislamiento de las partes con la introducción de grandes zonas verdes pintorescas, lo que marcaba el camino hacia el hospital-jardín, propio de finales del s. XIX. De gran interés fueron las reformas en la Charité de Berlín en el s. XIX para convertir el antiguo lazareto en hospital docente, de gran prestigio por sus investigaciones científicas³⁴².

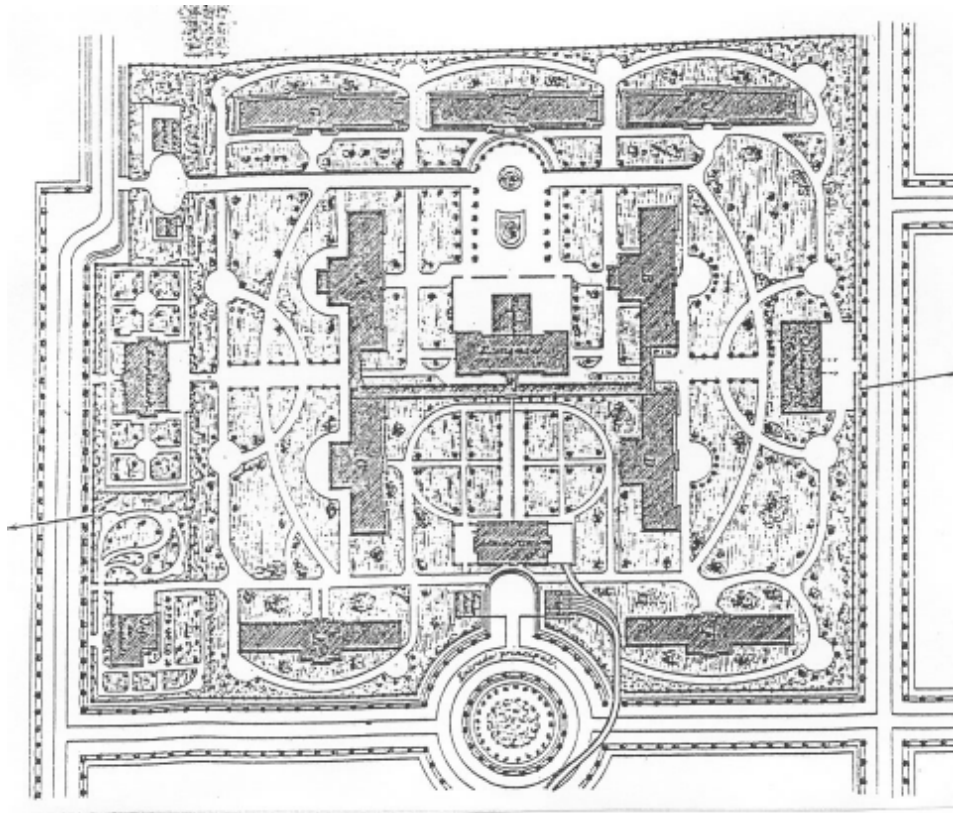
En España, la tipología de pabellones contó con ejemplos destacados como el Hospital de la Princesa en Madrid, o el de Sta. Cruz y S. Pablo en Barcelona, obra de Lluís Domenech y Montaner (1902-1910). El Hospital



70. Planta de hospitales franceses : Menilmontant en París, Hôtel-Dieu en París, S. Eloy en Montpellier. Labaig (1883)



71. Planta del Hospital Friedrichshain en Berlín. Labaig (1883).

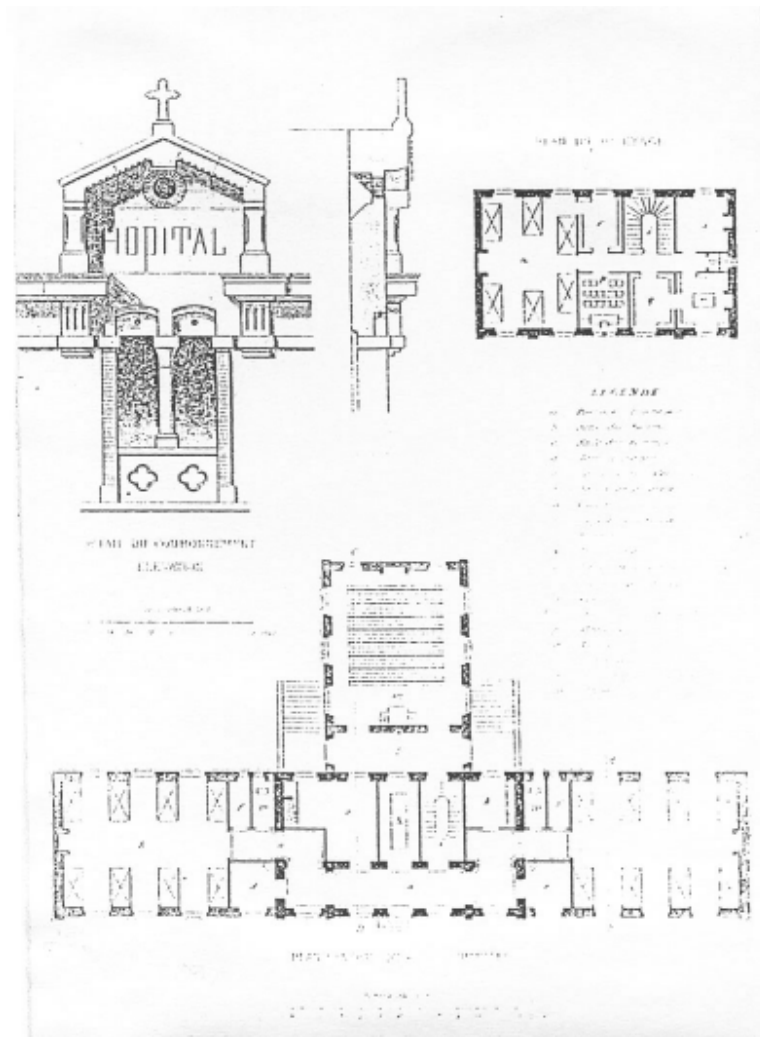


73. Planta del Hospital Tempelhof. Labaig (1883).

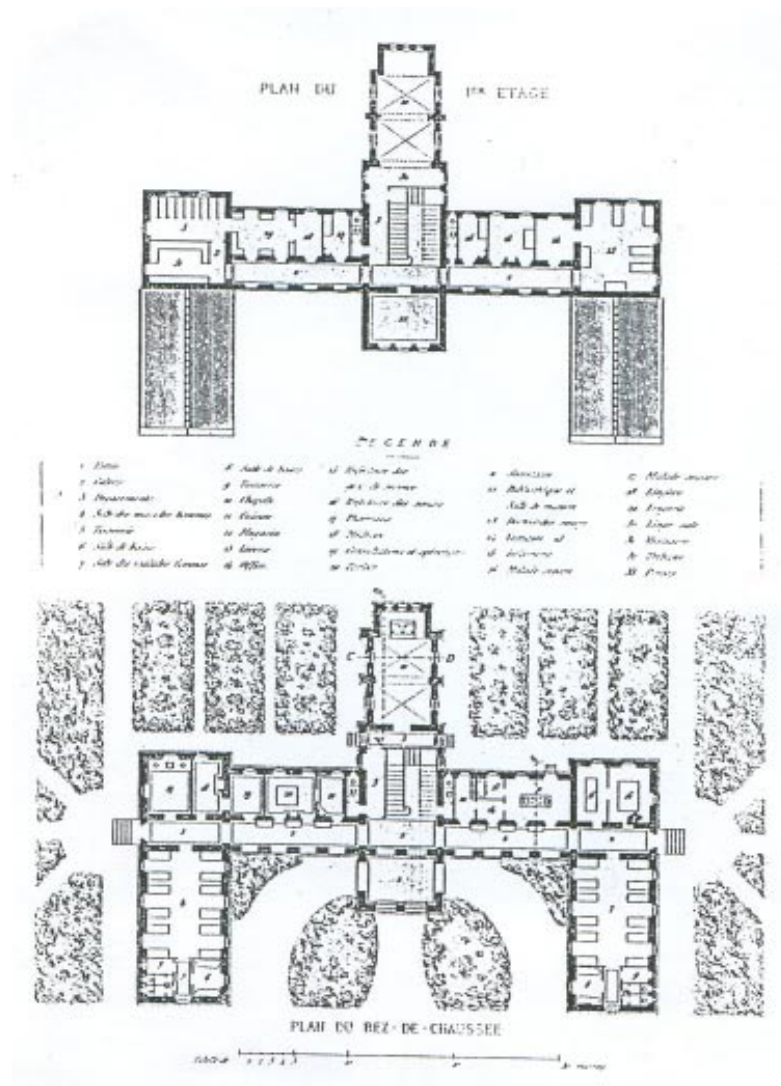
sino que apoyaba formas más controlables, como en «H», que para él era una de las más recomendables³⁴⁵.

Pero en el s. XIX se logró, además de la implantación del sistema de pabellones, la especialización médico-quirúrgica de hospitales, así como los cuidados para tipos especiales de dolencia. Los asilos de dementes o inválidos, aunque ya existían, presentaban ahora cuidadosos proyectos cuyas tipologías se relacionaban directamente con la evolución de los conocimientos psiquiátricos de los que no existían precedentes científicos. Se llegaba a veces a la identidad entre la clasificación científica y la composición arquitectónica, como fue el caso del Asilo de Charenton (1838) obra de Gilbert, tendiendo a usar plantas lineales simples o compuestas y no panópticas. Estas tipologías asilares mostraban cómo los principios de composición «durandianos» tenían la flexibilidad suficiente para adecuarse a programas complejos convirtiéndose en un lugar privilegiado para aplicar el racionalismo arquitectónico³⁴⁶. Surgieron hospitales oftalmológicos, ortopédicos, ginecológicos, maternidades, hospitales infantiles, casas de salud, balnearios, sanatorios, dispensarios, etc.³⁴⁷. Así en Londres surgió en 1805 el hospital de ojos, en 1814 el hospital torácico, en 1816 el hospital de oídos, en 1835 el hospital del cáncer, en 1838 el hospital ortopédico, en 1852 el hospi-

tal pediátrico, etc.³⁴⁸. Respondiendo a intereses descentralizadores surgieron también nuevos hospitales municipales en provincias, como el Hospital de Colpo o Pouges (figs. 74 y 75), de pequeñas dimensiones y con poca originalidad en las plantas que revelaban gran sencillez; intentaban satisfacer un programa concreto y mejorar el equipamiento de la localidad, todo dentro de una economía ajustada³⁴⁹. El sector público se vio completado por obras religiosas o fundaciones filantrópicas como el Hospital Boucicaut (1897) construido por Legros, el Hospital del Instituto Pasteur (1901) (fig. 76) del arquitecto M. Florentín Martín, en el que se presentaba una disposición respetuosa al máximo con las reglas de higiene, aislamiento y control de infecciones microbianas³⁵⁰, o el Hospital oftalmológico fundado por Adolph de



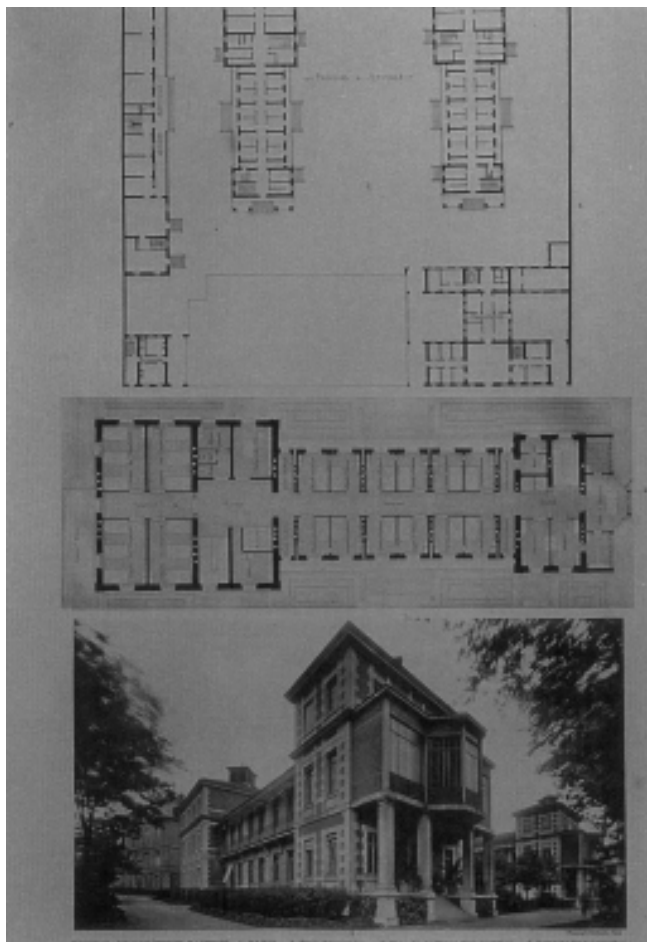
74. Hospital en Colpo. Narjoux (1870).



75.Hospital en Pougues. Narjoux (1870).

Rothschild en París (1902) (fig. 77) con amplia fachada en ángulo. Junto a estas instituciones crecían las clínicas privadas atendiendo al renombre de médicos célebres, cuyas instalaciones, concebidas como espacios funcionales, presentaban fachadas eclécticas y, en ciertos casos, pintorescas.

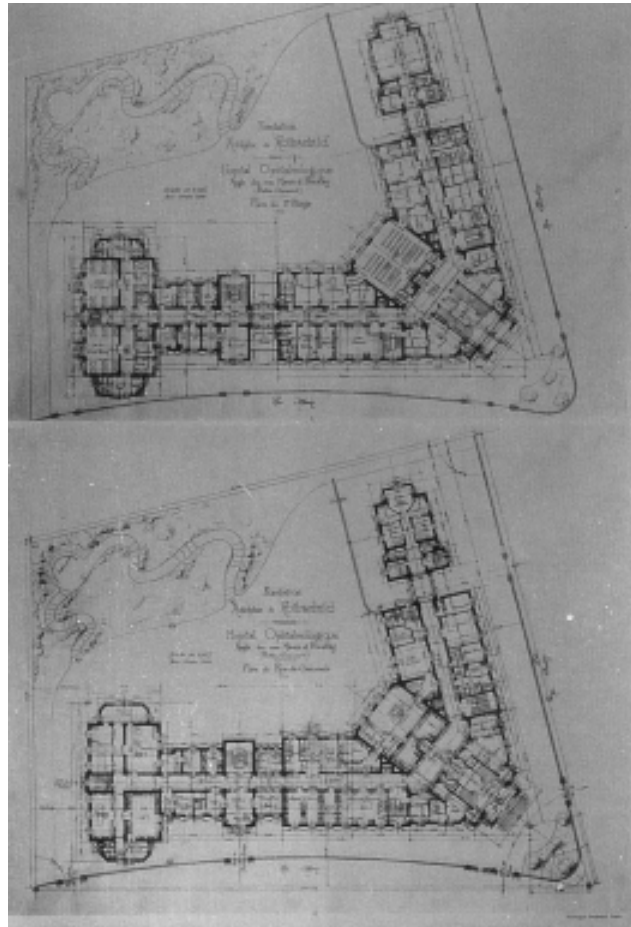
La tradición del baño de agua, avalada por los avances químicos y las posturas higienistas del XIX, promovieron la proliferación de balnearios, dando lugar a espacios arquitectónicos que iban más allá de la terapéutica hidromedicinal (ya que se relacionaba con la arquitectura del ocio y recreo), donde las instalaciones propiamente hoteleras, salones de baile o zonas deportivas procuraban el ambiente idóneo -un marco lúdico- para las curas³⁵¹. En ellos era fundamental la estructura de la galería de baños con cuartos abiertos a ambos lados y la fuente de agua medicinal en el centro o en su



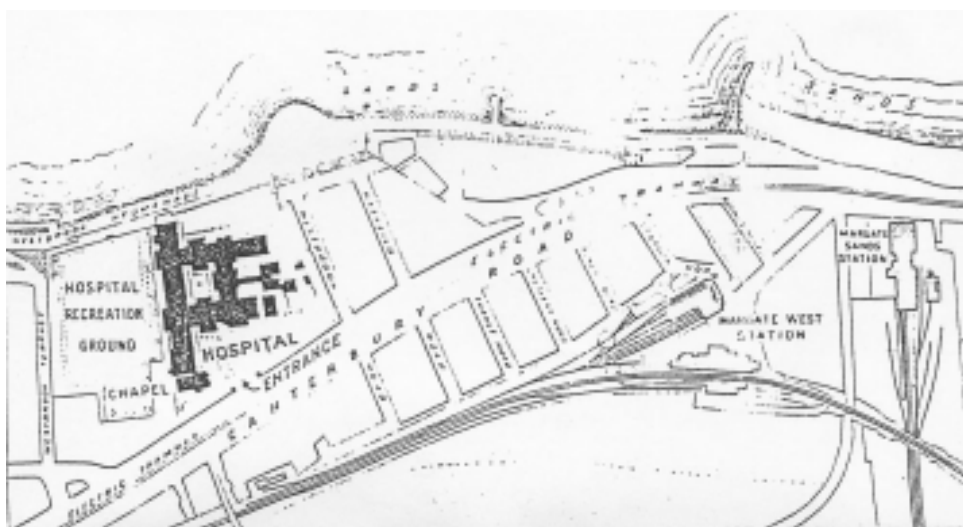
76. Hospital del Instituto Pasteur. 1901. Lefol (s/f).

extremo. A veces, las instalaciones carecían de la suntuosidad de enclaves europeos (Baden-Baden, Vichy, Bath) y entonces era frecuente la disociación entre el establecimiento de baños y el de la hospedería³⁵².

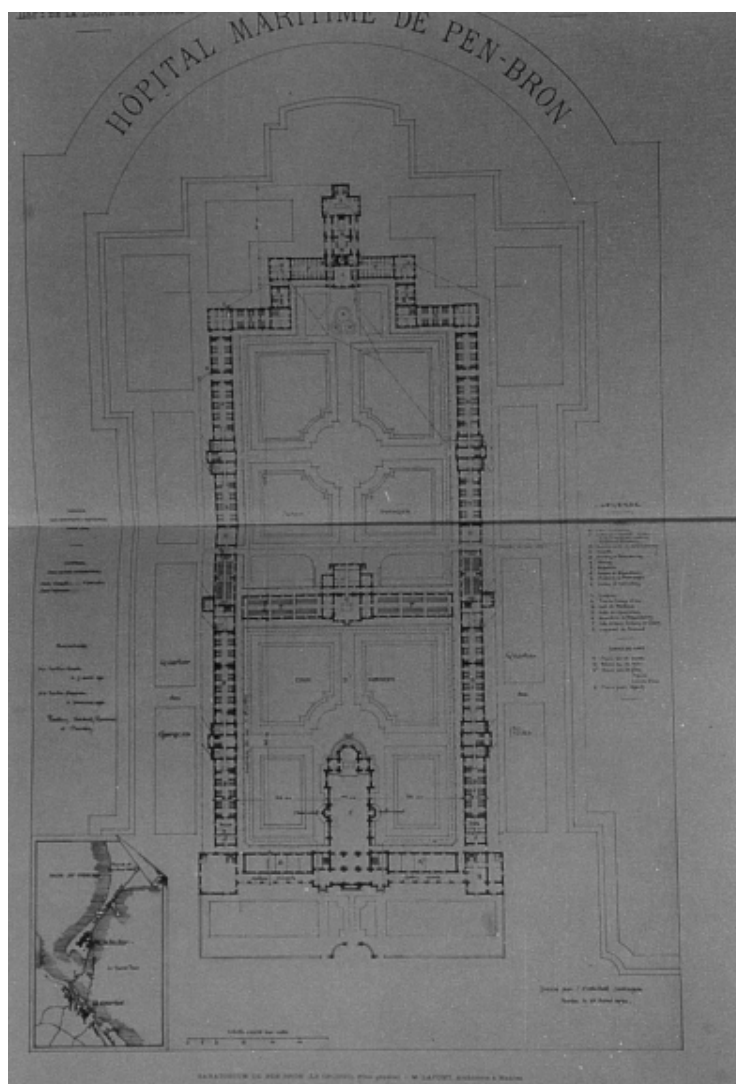
Los sanatorios especializados en la lucha contra el raquitismo, tuberculosis, escrófula, etc. fueron las grandes instituciones asistenciales del XIX que buscaron expresamente una localización funcional³⁵³. Se ubicaban, según los casos, en lugares ventilados de montaña o a orillas del mar con amplias terrazas, galerías y ventanales; era frecuente la construcción de pabellones (incluidos los de aislamiento) y el que contasen con una iglesia. Esta disposición es la que figurará en la descripción de un sanatorio ideal para tuberculosos presentada por Knopf con el diseño de John van Pelt, alumno de la Escuela de Bellas Artes de París³⁵⁴. Como ejemplos habría que citar, ya a finales del s. XVIII, en Reino Unido el Real Hospital Marítimo en Margate (1791) (fig. 78)³⁵⁵, en Francia el Hospital Marítimo de Pen-Bron (La Croisie) (1896) obra de Lafont (fig. 79)³⁵⁶. En Alemania destacaba el Sanatorio Hohenhonnef (1892), a orillas del Rin, que presentaba una disposición con



77. Hospital oftalmológico Rothschild. 1902. Lefol (s/f).



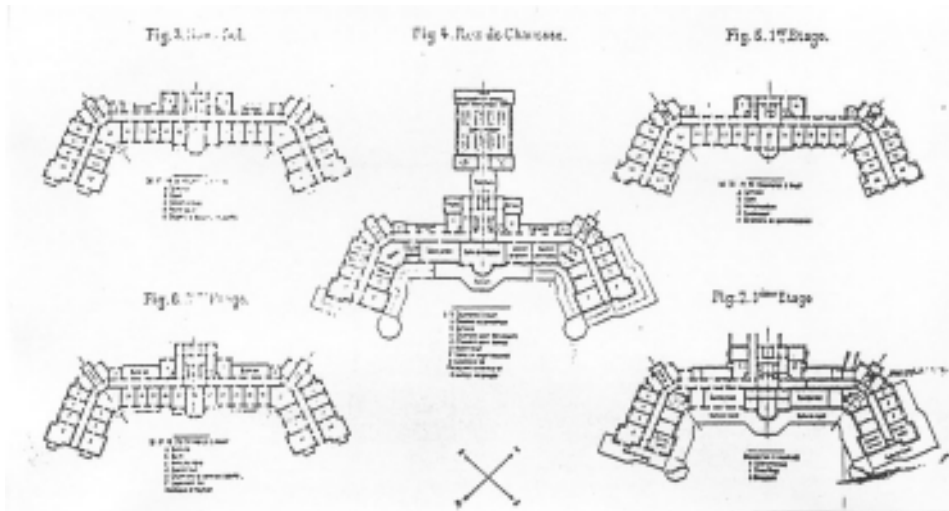
78. Planta del Hospital Real Marítimo en Margate, Reino Unido. Häberlin (1911).



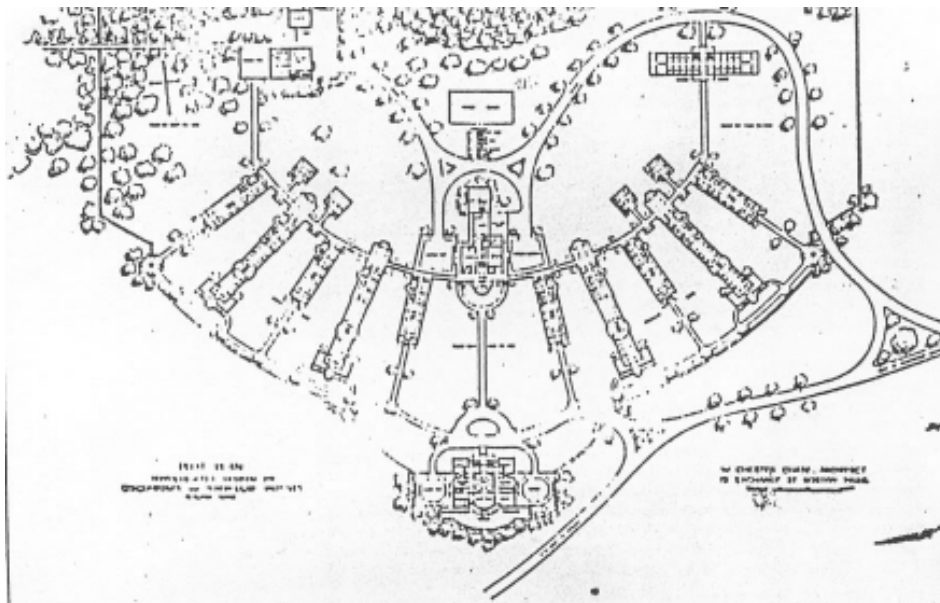
79. Hospital Marítimo de Pen Bron. Lefol (s/f).

dos alas en ángulo que posibilitaba la orientación solar adecuada (fig. 80)³⁵⁷. De gran dimensión era el hospital para tuberculosos de Rutland en Massachusetts (1898) (fig. 81), donde los pabellones se disponían en semicírculo con el edificio de administración al centro³⁵⁸. De mayor sencillez era la planta del Sanatorio da Gelfa bei Caminha en Portugal (fig. 82) con sólo dos pabellones³⁵⁹ y el Sanatorio Marítimo de Sta. Clara de Chipiona, Cádiz, (1892) (fig. 83) con cinco pabellones, iglesia y escuela que, por su distribución, muestra la tendencia al llamado sistema de ‘colonia’, que sería habitual en el s. XX, cuando se prefirieron varios pequeños edificios a uno grande³⁶⁰.

La colonia fue introducida no como un tipo sino como una tendencia relacionada con los pabellones; éstos, bien aislados o con galerías, presentaban una serie de inconvenientes: resultaban muy costosos y de difícil mante-



80. Sanatorio Hohenhonnet. Knopf (1900).



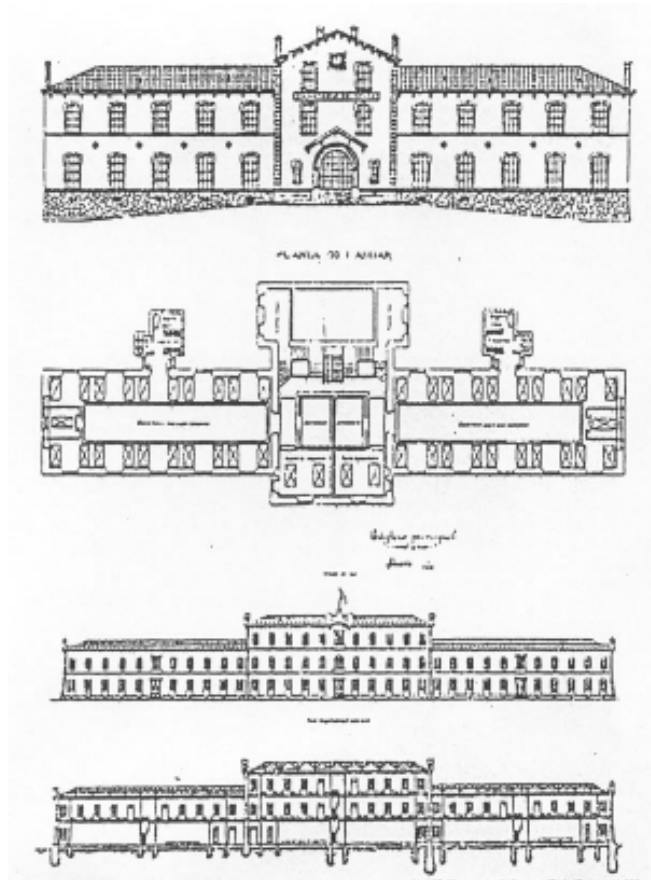
81. Hospital para tuberculosos en Rutland. Knopf (1900)

nimiento, exigían un número excesivo de empleados y presentaban problemas clínicos, ya que los desplazamientos eran demasiado largos y, a veces, casi circulaban al aire libre; a todo esto se unía el que los jardines se sacrificaban para ampliaciones posteriores. En el s. XX iría imperando la vertiente opuesta de concentración en grandes bloques, que incrementarían su altura sensiblemente³⁶¹. Este cambio estaba relacionado con los avances científicos en el campo de la asepsia y antisepsia. Los descubrimientos de Pasteur y Lister dejaron superados el modelo del aire viciado como causa de la enfermedad ya que la lucha contra las bacterias requerían otros diseños arquitectónicos que quedaron así liberados de la obsesión higienista y de los principios de aireación para conservar la salud. Estos últimos se relativizaron, por lo que a partir de 1920, al considerarse inútiles las grandes composiciones horizontales, se optó por el bloque en altura que facilitaba la comunicación, los sistemas antisépticos, el albergue de pacientes, los movimientos entre quirófanos, servicios anejos, consultorios, laboratorios, instalaciones energéticas, etc.. Se buscaban esquemas de organización funcional entre las distintas unidades del hospital que admitiesen los cambios que, por el crecimiento o las nuevas tecnologías, se requiriesen, lo que originaba formas diversas en «T», «H», «Y», etc. Pero también estas instituciones están ligadas a los avatares económicos y políticos llegando a ser, en ocasiones, instituciones aisladas de la sociedad y condicionadas por la evolución de la medicina científica³⁶². Para Labasse, cada vez ocupa un papel más importante en la arquitectura hospitalaria la investigación de la especificidad; la propia escala del edificio, sus vistas, la relación con el entorno y la coexistencia selectiva de especialidades son factores que contribuyen a que el edificio resulte de una originalidad que lo hace irreproducible³⁶³.

Frente a la estética indudable de viejas fundaciones, como la de los Reyes Católicos (funcionalmente presentaban múltiples inconvenientes tanto para el confort de los enfermos como para las condiciones de trabajo), se sitúan los edificios legados por el s. XIX con un carácter eminentemente utilitario pero carentes en numerosas ocasiones de belleza, a veces, llegando a parecer siniestros (Hôtel-Dieu de París). Parece que actualmente no ha llegado a concretarse un estilo para el hospital que es, sin duda, una «de las realizaciones más expresivas del ideal de la comunidad urbana, en el momento en que, por otra parte, se ponen en tela de juicio sus principales aspectos simbólicos: puerto del refugio del sufrimiento, cima del saber médico, templo de la salud»³⁶⁴.

VI. LOS HOSPITALES Y LA TRATADÍSTICA ARQUITECTÓNICA

Hoy no resulta necesario justificar la importancia que para la arquitectura tiene el estudio de la llamada «literatura artística». El conocimiento de



82. Sanatorio de Gelfa en Caminha. Häberlin (1911).



83. Sanatorio Sta. Clara en Chipiona. Häberlin (1911).

las disertaciones especulativas, teóricas y técnicas, acompañadas de láminas u otras ilustraciones que explican el texto, resultan de gran ayuda para comprender la práctica artística y los progresos de la ciencia en el pasado³⁶⁵; de ellos se ha beneficiado el arquitecto enfrentado a la construcción. Al carácter teórico, humanista y filosófico se unía el afán didáctico y el componente práctico de los tratados de arquitectura y construcción³⁶⁶. Todos los tratadistas desde Vitruvio a Durand han pretendido ser claros y sistemáticos; sus obras estaban frecuentemente destinadas a principiantes y maestros de obras necesitados de conocimientos especulativos pero, también, de códigos o formularios para resolver problemas difíciles, calidades de materiales, etc. Las láminas facilitaban al arquitecto los diseños de plantas, alzados de edificios, problemas de cubierta y los modelos tipológicos necesarios. Estos tratados aspiraban a ofrecer un saber enciclopédico, un catálogo de formas y elementos con los conocimientos relativos a la arquitectura y arte de construcción. Hacia finales del s. XVI tendieron a especializarse; se separaron los libros de arquitectura civil y religiosa de los tratados de fortificación y arquitectura militar³⁶⁷. Para otros autores los tratados se pueden clasificar en integrales o parciales; en aquellos se desarrollaban las tres secciones tradicionales (teoría de los órdenes, tipologías de edificios y teoría de la construcción) y en los últimos sólo alguno o algunos de estos aspectos³⁶⁸. En otro sentido, se dividen por etapas cronológicas como «tratados», a la literatura sobre el arte del Renacimiento (que se extiende también a su predecesor Vitruvio) abarcando del s. I al XVIII, realizados por autores que practicaban el oficio, mientras que los textos de los siglos XVIII y XIX se denominarían «ensayos», donde la cualificación de arquitecto o no arquitecto del autor resultaba indiferente³⁶⁹. En este caso nos interesa la búsqueda de la tipología hospitalaria (pese a que ésta no se define como tal hasta el s. XVIII) y los aspectos de salubridad que han podido contribuir a su desarrollo. Por ello, se recurre también a piezas próximas a los tratados como son los álbumes o repertorios, cuyas láminas fueron de gran utilidad para arquitectos y maestros de obras y formarían auténticas colecciones de recursos a los que acudir. Éstos entrarían más en la problemática del tipo. Mientras los tratados clásicos canonizan el estilo (el buen estilo aseguraba la belleza de los edificios sea cual fuere su función o destino religioso, civil, público o privado), los ensayos ilustrados, ante la irrelevancia del estilo por su proliferación, introducían la variable del carácter (para ser bello el edificio debía tener carácter y revelarse como privado o como público, como civil o como religioso). En virtud del tipo, el edificio daba a conocer su carácter judicial, religioso, recreativo, hospitalario, etc.; para algunos, Durand se aplicó a la delineación de tipos en una amplia colección que podía ser usada como modelo. Conviene matizar las diferencias que estableció Quatremère de Quincy entre el concepto de modelo y tipo: ... «la palabra tipo no representa tanto la imagen de algo que

debe ser copiado o imitado como la idea de un elemento que debe de servir él mismo de regla al modelo... el modelo, tomado en su sentido práctico, es un objeto que debe ser reproducido tal como es; el tipo es, al contrario, un objeto según el cual cada uno puede concebir las obras que no tienen entre ellas ningún parecido»³⁷⁰. Cuando en la arquitectura contemporánea se retoma el tema de los tipos arquitectónicos se invalida la concepción antigua, ya que se asumía como instrumento de diseño, no de modelo que buscarse el carácter sino la organización de la producción; mientras Vitruvio contempló el edificio perfecto y Durand las clases de edificios, Muthesius buscó normalizar e industrializar las piezas de los edificios³⁷¹.

Comenzamos por el tratado augustal de Vitruvio, catalogado como primer enciclopedista de la arquitectura (conocido ya en época medieval aunque filológicamente se reconstruyó a principios del 400), que fue impreso por primera vez en 1486 apareciendo en el s. XVI las ediciones ilustradas de Fra Giocondo, C. Cesariano, Caporalli, Martin, Rivius y Barbaro³⁷². Vitruvio, en su obra, recogía principios de salubridad aplicados a la construcción relacionados con el clima, aireación, terrenos y agua. Señalaba cómo el propio arquitecto necesitaba del saber de la medicina para conocer las «calidades del ayre de las regiones, cuales sean saludables o pestilentes, y el uso de las aguas»³⁷³. Consideraba que para los templos, especialmente los dedicados a Esculapio, se debían elegir sitios sanos y salubres³⁷⁴. Junto a la tríada que debía cumplir un edificio, «firmeza, comodidad y hermosura», establecía la distribución más adecuada dentro de la ciudad (la denominada «ciudad de los vientos» vitruviana, con calles cuidadosamente alineadas en función de las brisas dominantes que tan larga tradición ha mantenido entre los tratadistas). Se extendía en las influencias de los distintos tipos de aire y la salud³⁷⁵, siguiendo la senda marcada por Hipócrates (s. IV a.c.) en su obra *Sobre los aires, aguas y lugares*, donde se enlazaba medicina y astronomía; examinaba la influencia de la situación de las ciudades con respecto al sol y los vientos, el mantenimiento de la salud, la producción de enfermedades, estudiaba las propiedades de las aguas y afecciones predominantes según las estaciones y sus cambios. Esta «medicina meteorológica» en la que se intentaba explicar el influjo del entorno en el hombre ha sido una de las grandes herencias de la antigüedad con principios tan decisivos como la relación entre la situación de las ciudades y la salud³⁷⁶.

Este sentido se percibía también en el diseño de la ciudad ideal del franciscano Francisc Eiximenis, del s. XIV, en un planteamiento a caballo entre formulaciones bajomedievales y renacentistas. En su programa urbanístico, aparte de prevenir un enclave de ciudad en terreno saludable (según principios vitruvianos), abundante en agua y sobre todo con recomendaciones expresas a la ventilación evitando los vientos fríos que afectarían a ancianos y enfermos³⁷⁷, buscaba dotar esa urbe de un equipamiento que atendiese a las

necesidades humanas, incluyendo los hospitales y lazaretos que se ubicarían de modo que los vientos no introdujesen los malos olores o infecciones en la ciudad, lo que indicaba una reflexión sobre la vigilancia e higiene pública; así aparece en su obra *Dotzé del Crestiá*: «los hospitales, leproserías, burdeles, casas de juego y las salidas de aguas residuales deben estar en la parte contraria que aquel viento que más influye en la ciudad, para que aquel viento no traiga las infecciones de dichos lugares, sino que las aleje y no las deje estar cerca»³⁷⁸. Plantea en su diseño de ciudad, no sólo la necesidad de defensa o poder, sino también la confortabilidad, para lo que se requerían ciertos niveles de salubridad. En general, hasta los siglos XV y XVI la ciudad se presentaba como una fortaleza que debía proteger a sus habitantes, por lo que los enclaves peligrosos como las leproserías quedaban fuera del recinto amurallado pero, eso sí, cercano a los caminos.

Más adelante, junto a las ediciones y comentarios vitruvianos, se publicaron los tratados modernos. En el de Alberti, *De Re Aedificatoria* (terminado en 1452 e impreso por primera vez en 1485), la divergencia metodológica con el de Vitruvio resultaba sustancial³⁷⁹ y su trascendencia ha sido evidente. Se le considera el creador de la ciencia del urbanismo y pretendió mejorar las condiciones de la sociedad a través de la arquitectura buscando la forma más saludable. Escribió como un filósofo social que se dirige a un pueblo cultivado y, sobre todo, más hacia el patrón que al constructor³⁸⁰ utilizando la arquitectura como un instrumento ético y moral. La gran aspiración social de Alberti era renovar la ciudad para lograr la modernidad a partir de la tradición³⁸¹.

Volvió a plantear la tríada vitruviana con tres niveles: necesidad, comodidad y placer. Mientras los libros I-III desarrollaban el primer aspecto de ellos con la teoría general de la construcción según las necesidades humanas y sociales, los libros IV y V planteaban la «comodidad» o solución de los usos de los edificios, de donde extraería los problemas de las tipologías al discernir el carácter de los públicos y de los privados, cada uno con usos específicos. Los libros VI-X desarrollaban el tercer nivel a través de la belleza y la ornamentación.

Interesa resaltar que, en el libro I, aparecían referencias a las condiciones de salubridad del enclave de la ciudad (razones climáticas, topográficas, aires puros, aguas saludables) citando, en ocasiones, directamente a Hipócrates³⁸². En el libro IV, aparte de plantear el debate ciudad/sociedad, ofrecía su visión de las obras públicas y colectivas, así como señalaba la diversidad de tipos ya que, los hombres «llegaron al punto de idear y poner en práctica también aquello que fuere encaminado a satisfacer su placer; de forma que si uno dijere que hay un tipo de edificios destinados a remediar necesidades vitales, otros destinados a una función concreta, otros diseñados para procurar placer puntual, puede que quizá dijera algo sujeto a razón

sobre el tema que nos ocupa». Sin embargo, asumía que la diversidad de edificios no se designaban con fines exclusivos, sino en función de los diferentes tipos de seres humanos «y si quisiéramos, como nos hemos propuesto, señalar de una manera satisfactoria los tipos de edificios y las partes de esos mismos tipos, puede que el método que habríamos de adoptar y poner en práctica fuera el de reflexionar detenidamente sobre qué diferencias hay entre los seres humanos a quienes están destinados los edificios»³⁸³.

En el libro V, además de analizar la casa, palacio, fortaleza, palestra, escuela, casa urbana y rural, senado, granero, cárcel y arsenal figuraba también el convento y el hospital. Con respecto a estas instalaciones dedicadas a ejercer la piedad de clérigos para con débiles y marginados, establecía la separación de ambos por lo que «el lugar deberá tener diversas dependencias y ser construido con enorme cuidado»; preveía una segregación por sexos y para enfermos contagiosos: «En la Toscana, por su proverbial celo religioso y su culto a la santidad, ..., se ven asombrosos sanatorios con una increíble dotación de medios, en donde nadie, ni ciudadano ni forastero, puede sentir la carencia de nada que pueda contribuir a su curación. Pero puesto que hay enfermos que, afectados de lepra, peste, etc. pueden contagiar a las personas sanas, mientras que otros son por así decirlo curables, creo deben tener alojamientos separados». Estas instalaciones estarían fuera de la ciudad lejos de los caminos transitados. Dado que los templos antiguos en honor de Esculapio o Apolo se ubicaban en lugares saludables, con aire y aguas puras, también creía que éste era el primer requisito para erigir un centro público o privado para atender enfermos: «A tal fin puede que las zonas secas, rocosas, barridas continuamente por los vientos y sin que las queme el calor del sol, sino dotadas de un clima benigno sean las más idóneas, porque las regiones húmedas alimentan los procesos infecciosos».

Sobre la distribución de estos establecimientos no hacía especiales observaciones arquitectónicas, sino que se remitía a la arquitectura doméstica como la idónea para el hospedaje y para desarrollar tanto los cuidados necesarios a enfermos que admitían cura como a los que se acogían por su avanzada edad o enajenación mental: «al igual que en el caso de las familias, también en este caso debe haber zonas reservadas, otras de uso común, en función del tipo y las necesidades de la cura y el alojamiento.... Una sola observación más, cual es la de que todo lo que se refiere a este aspecto deberá hacerse conforme a los usos de las viviendas de uso particular»³⁸⁴. Hasta que el hospital no se concibe en el s.XVIII con un criterio de mayor funcionalidad, la interrelación entre la tipología doméstica y la hospitalaria, dadas las constantes reutilizaciones de espacios no específicos, va a ser un elemento reiterativo en la historia de la arquitectura. La posición de Alberti recogía elementos habituales de los hospitales que estaban ligados a sencillas construcciones en viviendas cercanas a templos o espacios conventuales, de

gran austeridad, impregnados del espíritu religioso en la propia disposición de salas o naves que recordaban a las iglesias. Dado que el tratado de Alberti fue el único publicado del Renacimiento temprano, se comprende la importancia que adquirió y mantuvo durante largo tiempo.

Dentro de la literatura arquitectónica del s. XV destacaron las obras de Francesco di Giorgio -alrededor de 1480- y de Antonio Averlino -sobre 1460-, aunque no conocieron la letra impresa hasta el s. XIX y XX respectivamente; pero la aportación más relevante a la historia hospitalaria fue el tratado de Averlino «il Filarete», ya que se le puede considerar como el primer teórico que incluyó el hospital en el proyecto arquitectónico general municipal. En éste, como en el de Alberti, se combinaba arquitectura y utopía social, pues al tratar de solucionar de forma perfecta el problema urbano intentaba crear un prototipo que superase el ámbito local y expresase también la función social de la ciudad y sus habitantes³⁸⁵. En el tratado de Filarete se asiste a un diálogo novelado donde se presentaba la construcción de la ciudad de Sforzinda, concebida como el primer plan ideal para la residencia de un príncipe, una ciudad centralizada sometida a un proyecto unitario en la que estaba previsto la construcción de un hospital cuyo plano concuerda bastante con el Hospital Mayor de Milán. Para Ramírez, al ser un tratado asistemático, junto al relato principal se desarrollaban otros secundarios de caracteres legendarios, por lo que ofrecía un panorama más completo que el de Alberti, pero donde la intencionalidad política para ensalzar a su mecenas el Duque de Milán Galeazzo Sforza era decidida, ya que el príncipe pasaría a la leyenda avalado por los edificios diseñados por Filarete y los prodigios que sucedían en el transcurso de la obra. La novedad estribaba en ofrecer un proyecto completo de ciudad sin descuidar las indicaciones técnicas y formales: trazado de plantas, murallas, plazas interiores, organización de talleres, diseño de edificios, etc. Mostraba una utopía urbana con una imagen muy acabada ya que se clarificaban con descripciones literarias y gráficas³⁸⁶. La diversidad de edificios proyectados mostraba cómo la producción de Filarete anunciaba la idea de analizar la obra arquitectónica y escultórica, no sólo desde el punto de vista de la decoración, sino de expresión de la función de los edificios³⁸⁷.

Dentro de la multiplicidad de edificios descritos en el tratado -viviendas para diversos profesionales, escuelas, estanques, conventos, catedral, alcázar, palacio, palacio episcopal, prisión, aduana, etc.- destaca el hospital, obra que realmente edificó en Milán, aunque sólo acabó uno de sus claustros. Esta ambiciosa construcción (primer hospital de la ciudad) recogía la tradición italiana que desembocaría en una tipología hospitalaria de gran relevancia para occidente, mejorando y concibiendo un diseño más avanzado basado en la planta de cruz con claustros entre los brazos³⁸⁸. En el Renacimiento, ese plano cruciforme equivalía al deseo plotiniano de mantener una idea inspirada en el Timeo de Platón; el centro del plano en que se cruzaban las

crujías era el lugar reservado para el altar, justificando así toda una concepción cristiana³⁸⁹.

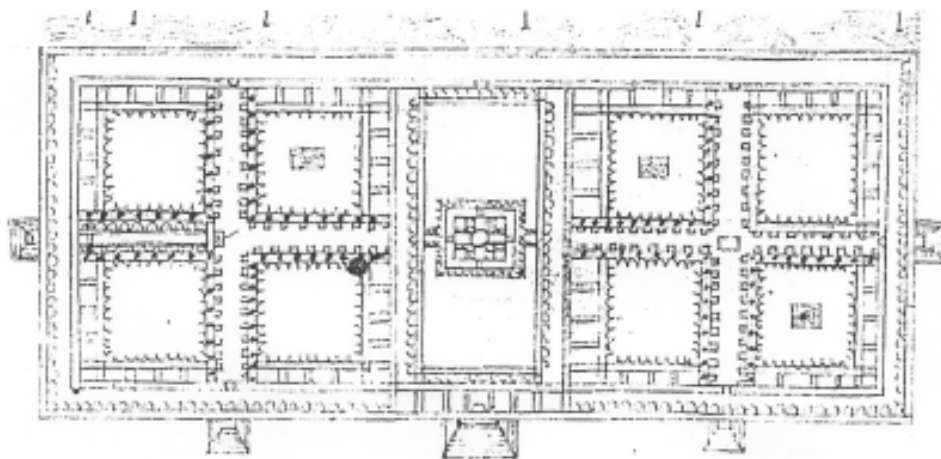
El hospital se analiza en el libro XI dentro del programa de construcción de edificios de beneficencia que el Señor (Francesco Sforza) propuso al arquitecto³⁹⁰. En el complicado diálogo entre ambos, Filarete narraba la génesis y descripción del hospital de Milán, perdiéndose a veces la distinción entre éste y el proyectado para la ciudad ideal de Sforzinda. Mostraba gran cuidado en la elección del emplazamiento cerca del río con lo que por un canal navegable se podría también acceder al edificio pormenorizando a su vez la planta del hospital y de la iglesia con una estructura basada en un gran rectángulo dividido en tres partes que seguía el esquema planimétrico cuadrado (fig. 84). La zona central era el gran patio, con iglesia de planta, también centralizada, que conectaba con dos cuadrados laterales; cada uno de éstos constaba de cuatro patios resultado de la disposición en cruz griega de cuatro salas; éste fue uno de los grandes logros para la arquitectura hospitalaria ya que, no sólo consiguió resolver el problema central que era unificar diversas instituciones que económicamente eran gravosas, sino que mantenía el altar como núcleo central visible para los enfermos de las cuatro salas. Italia contaba con la tradición más favorable para lograr este resultado, de hecho, el propio Filarete conocía la disposición de antiguos hospitales, como el de Sta. María Nuova en Florencia; él encarna esa corriente italiana que buscaba la disposición ordenada por los amplios patios, lo que permitía una mejor ventilación y zonas de paseo para los convalecientes así como salas más saludables con galerías que facilitaban los accesos.

Esta estructura general tan clara y racional no quedaba empañada por los alzados de los dibujos del tratado, que presentaban un aspecto fantástico con torres semejantes a minaretes de cierto romanticismo y con un repertorio más propio del románico-gótico que del renacimiento, pese al uso del arco de medio punto³⁹¹.

Concibió cada sala de enfermos para 60 camas. Según el plano, las columnatas debían ser abiertas para atender a la circulación de enfermos, provisiones y ropa describiendo cuidadosamente la distribución del hospital -bastante ingeniosa-.

El sistema de abastecimiento de aguas estaba muy especificado, ya que ésta se guardaría en una gran cisterna que, por pasajes abovedados y con cierto desnivel, se enviaría a cada estancia para desembocar finalmente en el río; sobre la red acuática estaría la de los pasillos, donde se instalarían los excusados. El acceso a los aseos sería mediante escotillones que estarían entre las camas y no quedarían olores porque, aparte de estar bien organizados y con abundante agua, contarían con respiraderos que pasarían por los contrafuertes hasta el tejado³⁹². En temas de mobiliario, en un afán de acomodar adecuadamente a los enfermos, figuraba que a cada una de las camas

correspondería un pequeño armario, un arca y una mesa abatible; en las salas habría dos chimeneas con fuego continuo y tomas de agua mediante dos fuentes³⁹³. Se preveían espacios de hospitalización para gentiles hombres separados de las salas comunes, disposición en la que se seguía el orden aconsejado por Alberti³⁹⁴. Mientras en la zona de hombres las camas se dispondrían en las cuatro naves de la cruz, en la de las mujeres (como se presumía que el número sería menor) sólo se ocuparían tres lados (en forma de T), quedando el cuarto como vía de acceso del sacerdote al altar central, rodeado de verja para evitar la entrada a la zona femenina. El pórtico exterior contaría con talleres en el bajo; también habría habitaciones para las enfermeras, la botica, la barbería y estancias utilitarias como hornos, carnicerías, comercio, molino, lavadero, etc. Se buscaba la disposición más idónea de la



84. Planta del Hospital Mayor. Averlino (1990).

capilla para que los enfermos pudieran seguir la liturgia allí desarrollada. En cuanto a los accesos al hospital y las escalinatas, que se veían reducidas a los enclaves más precisos (no a todo lo largo del hospital), se aludía tanto a cuestiones de economía y utilidad para aprovechar el espacio en otros menesteres como al carácter severo que debía imprimirse a este tipo de edificios aclarando que «en este lugar no hacen falta tantas escaleras ya que no es sitio de espectáculo para estar viendo juegos ni fiestas»³⁹⁵.

La crítica reconoce el influjo de los diseños del tratado de Filarete sobre el arte italiano y español gracias a las copias manuscritas ilustradas con esquemas y dibujos que circulaban por Europa; pese a que la personalidad artística de Averlino ha sido motivo de polémica, desde los severos juicios de Vasari hasta la crítica actual, se ha valorado su aportación del hospital general como arquetipo de construcción pública asistencial con planta de cruz, felizmente imitada³⁹⁶.

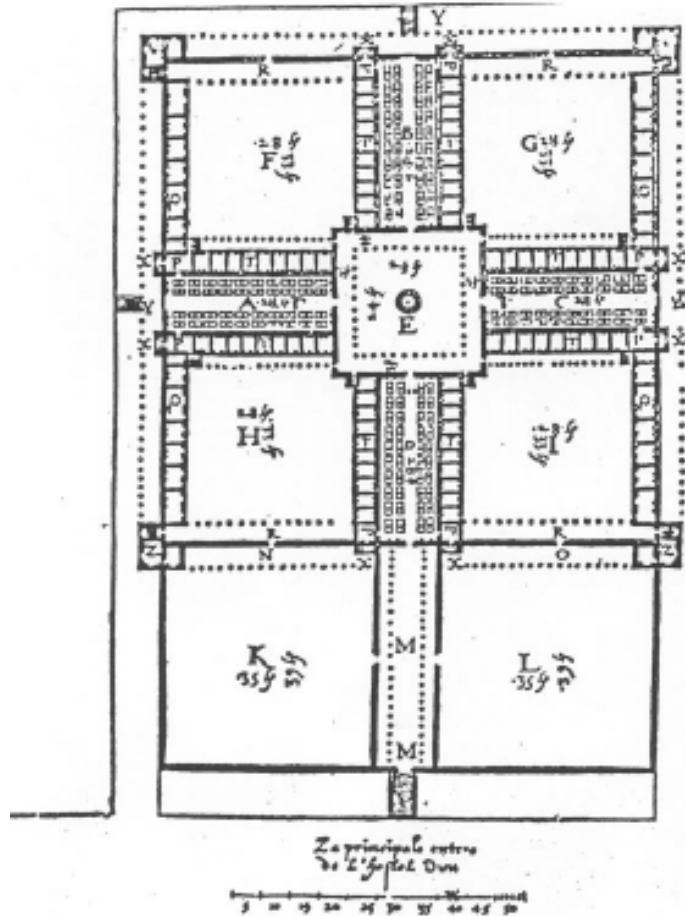
En el tratado de arquitectura de F. di Giorgio Martini dominaba su carácter de ingeniero y estilo pragmático, aportando soluciones constructivas. Para él, la fortificación era el instrumento de renovación civil; aparte de los templos o palacios, dedicó breves apartados a teatros y conventos; de éstos últimos, sólo hacía una sencilla consideración tipológica, más como reseña que como descripción³⁹⁷; prescindió de construcciones hospitalarias, algo que ocurriría con numerosos tratadistas³⁹⁸.

Quien sí ofreció una planta de hospital cruciforme fue Philibert De L'Orme³⁹⁹, con lo que logró que el modelo de Milán, Florencia y hospitales reales españoles tuviese una gran repercusión en Francia; si bien del s. XVI al XIX se construyeron en ese país muchos hospitales cruciformes, siguieron teniendo gran peso los hospitales palaciegos en forma de «U», también llamados de planta Vauban. Philibert de L'Orme, advertía al arquitecto para que atendiera primero a la sabiduría de los filósofos y los médicos antes de diseñar sus edificios⁴⁰⁰. En su obra *Le Premier Tome de l'Architecture* (París 1567) expuso las teorías clásicas tal y como las entendía un humanista francés sin descuidar los conocimientos científicos y técnicos. Este teórico recogía el aspecto sanitario de la comodidad y su influencia en la distribución de los edificios. Para él, la comodidad intervenía en la salud del hombre y se fundía con la salubridad de las construcciones y reseñaba además las consideraciones vitruvianas sobre el influjo de los vientos, así la edificación debía de regirse por el conocimiento de los ocho vientos y sus propiedades; este fundamento resultaría esencial: «...más le valdría al arquitecto no saber hacer ornamentos ni enriquecimientos de muros u otras cosas y entender bien aquello que es necesario para la salud y conservación de las personas y de sus bienes»⁴⁰¹. En el libro VIII de su *Architecture* adoptó, en su proyecto de Hôtel-Dieu, la planta de cruz griega con cuatro salas de enfermos en cuya intersección (sala central) se instalaría el altar o fuente; aquellas formaban las medianas de un cuadrado cuyos lados también eran ocupados por otras salas; las galerías de comunicación enlazaban los ángulos con la salida; delante del cuadrado, un gran vestíbulo conducía a la entrada (fig. 85)⁴⁰². Se observaba, no obstante, una evolución en el diseño con respecto a los modelos que lo inspiraron, como fue la sustitución del ángulo de la intersección de la cruz por un patio con columnas, lo que haría que la cruz careciese de verdadero centro. Las caras frontales exteriores de las salas confluían formando un rectángulo y tenían apartados adicionales; también consideró De L'Orme adecuado reservar la zona norte del hospital, más fría, para pacientes con fiebres intensas y las del sur para los pacientes restantes⁴⁰³. Para Jetter, pese a las diferencias que separaban los hospitales musulmanes de los cristianos en forma de cruz, el proyecto de hospital de Philibert de L'Orme lograba fusionar ambas concepciones⁴⁰⁴.

Se recogían también algunos elementos hospitalarios en el manuscrito de Hernán Ruiz, el Joven⁴⁰⁵; en el texto figuraba la planta de la iglesia que hizo para el Hospital de la Sangre de Sevilla, obra que dirigió de 1558 a 1569, fruto de diversos ensayos en los que las trazas del manuscrito jugaron un papel destacado. Si bien sobre la disposición de las salas cruciformes del hospital (diseñado por Martín Gainza)⁴⁰⁶ no debió introducir cambios, puesto que los enfermos ya habían llenado las salas en 1559, y se limitó a continuar la dirección y rematar la obra, sí es propiamente suya la de la iglesia.

Pedro Navascués realizó un análisis pormenorizado de las distintas soluciones de plantas (modificación de proporciones para dar al interior una proporción dupla, alargar ejes, cambiar alturas, disposición de tramos, soluciones de bóvedas, número de naves...) comparándolas con la ejecución final⁴⁰⁷. Se insistía en el carácter de iglesia exenta, en la solución de su perímetro exterior evitando ángulos en el encuentro de nave y crucero con una curva de extraño efecto, en el recurso cupuliforme sobre el crucero y el artesonado de la bóveda baja de la capilla mayor -dejando desnudas las que cubren la nave- y en la disposición de las escaleras a los lados de la cabecera para acceder a las tribunas. Pero, tal vez, la novedad desde el punto de vista tipológico fue el plantear la iglesia en un patio independiente del esquema cruciforme, rompiendo la tradicional disposición del binomio iglesia-hospital propia tanto de las construcciones de los Reyes Católicos como de posteriores fundaciones como el Hospital Tavera de Toledo o el de Santiago en Úbeda, en los que se respetó la colocación axial de la iglesia con respecto al conjunto hospitalario. Esta separación radical en el hospital de Sevilla entre capilla y zona asistencial facilitó, en realidad, el esquema de hospital-panteón que se fue configurando en el s. XVI como los mencionados anteriormente en Toledo y Úbeda, dado que las dimensiones de la iglesia, que serviría de última morada al fundador, obligaba a disponer de un espacio resaltado muy relacionado con el prestigio y ostentación propios de esta construcción. Para Navascués, el origen del cambio en las trazas de Hernán Ruiz podría ser la necesidad de ajustar a una escala superior la iglesia con respecto al conjunto del hospital, lo que obligaba a aquella a dotarla de una autonomía absoluta instalándola exenta en el patio.

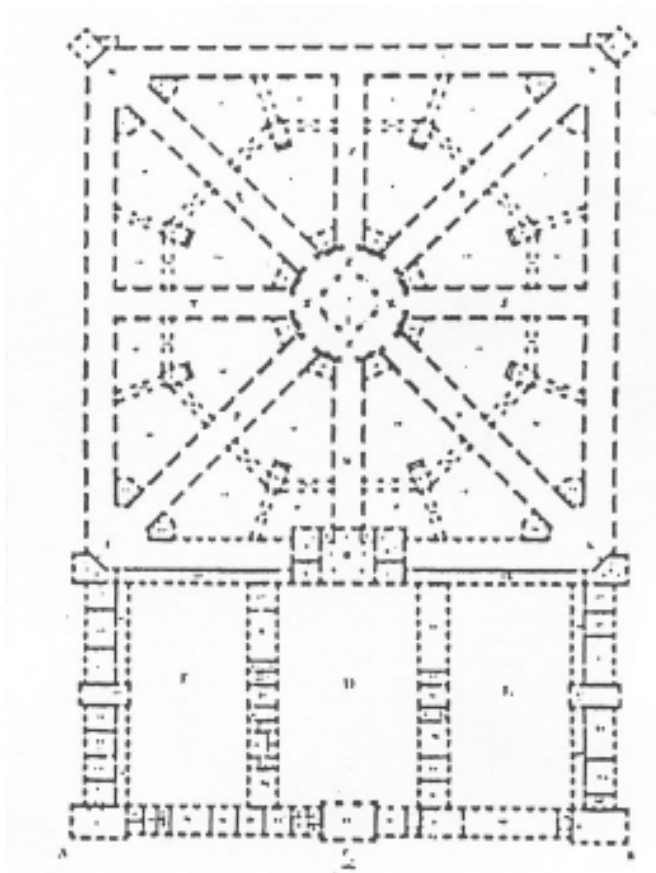
Entre los teóricos de la arquitectura alemana destacaron los Furttenbach, en cuyos proyectos para hospitales predominaban las salas cruciformes; un plano de este tipo, supeditado a la forma cuadrada reservándose la encrucijada para el altar, apareció publicado en *Architectura Civilis* en 1628. El hospital tenía capacidad para 116 camas, 30 en cada sala principal y sólo 26 en aquella que hacía las veces de entrada. El plano ideal para un hospital de tres plantas, publicado en *Architectura Universalis* en 1655, adoptaba una planta de cruz latina en el que tres de sus brazos se dedicaban a salas de enfermos; en la parte superior de la cruz se encontraba el edificio destinado



85. Planta del proyecto de Hôtel-Dieu. 1648. L'Orme (1981).

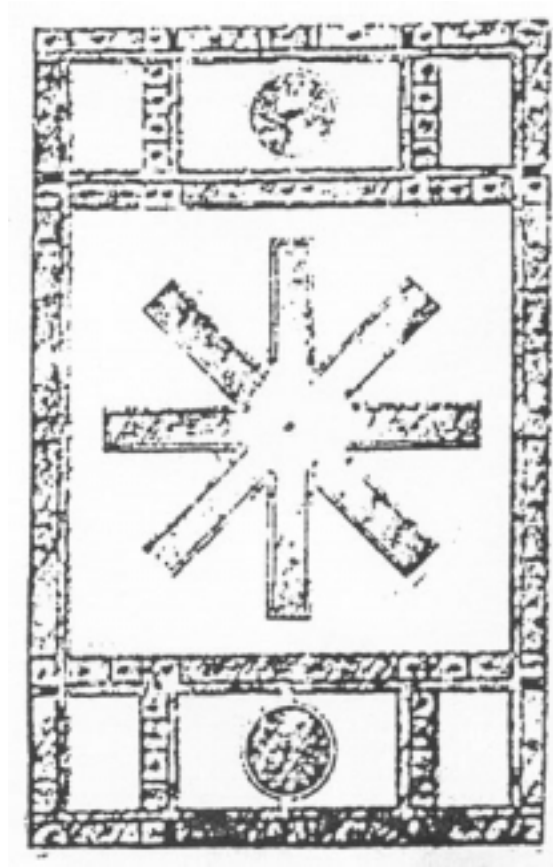
a iglesia separado del resto; en la planta baja se albergaban los hombres, en la primera las mujeres y la superior para beneficiados; dependencias adicionales se situaban en los ángulos que los brazos de la cruz formaban con el patio, completando la forma rectangular del edificio que estaría totalmente aislado del exterior⁴⁰⁸.

Más avanzado en el tiempo, en el s. XVIII, aparecieron ciertas innovaciones que llevaron a evolucionar la aceptada planta de cruz hacia las plantas radiales, ampliando el número de brazos del esquema original y logrando mayor capacidad, como fue el proyecto de Antoine Desgodetz (fig. 86) para su *Traité de la Commodité de l'Architecture* con centro octogonal, donde estaría la cúpula para renovar el aire viciado, y ocho salas radiales, situando los lavabos en el ángulo interior de ellas. Según el doctor Herrmann, Desgodetz, que trabajaba en su tratado, legó a la Real Academia de Arquitectura, como avance, algunos capítulos en los que trataba los tipos de edificios; para Szambien, la obra se preparó a partir de 1723 y formaba parte de su curso de Arquitectura del año 1726⁴⁰⁹.



86. Planta de Hôtel-Dieu. (Desgodets 1727). Pevsner (1980).

Nicolai Goldmann, en su obra teórica *Vollständige Anweisung zur Civilbaukunst* de 1708 hizo indicaciones sobre los hospitales acercándose a la corriente dieciochesca de comienzo de especialización, distinguiendo entre verdaderos hospitales y albergues, de hecho, describía los asilos de ancianos y los comparaba con los ‘hofjes’ de los Países Bajos. También Leonhard Christian Sturm en su obra *Vollständige Anweisung Allerhand Öffentliche Zucht- und Liebesgebäud ... wohl anzugeben* (1720), que antepuso al texto de Goldmann, señaló algunos ejemplos holandeses. Su propio proyecto (fig. 87) para casa de enfermos y extranjeros permitía albergar a 1525 moradores. El esquema fundamental rectangular (dividido en tres secciones) contaba, en su punto central, con una iglesia-hospital en forma de estrella de ocho puntas rodeada de un patio cuadrado con edificios de una planta; a cada lado del patio central se abrían tres patios anexos (circunscritos por salas), ubicándose a su vez en el central una iglesia-hospital independiente. Por supuesto, lo más relevante era el cuerpo central radial que Pevsner relacionaba con el de Desgodetz⁴¹⁰; cada una de las ocho salas (que albergaría 90 camas) se abriría en el centro donde convergían los radios y se encontraría instalado el altar,



87. Planta de Hospital. (Sturm). Pevsner (1980).

con lo que vuelve a mostrar la pervivencia medieval de conexión visual y acústica entre la cama y el altar (asistencia corporal y espiritual). Las pequeñas iglesias-hospitales de los patios anejos, destinados a enfermos graves, repetían el modelo, aunque con modificaciones, ya que aquí recurrió Sturm a la arquitectura circular para instalar dispositivos de conservación de calor; éste, según la descripción de Leistikow, era un cilindro de 27'50 metros de diámetro soportado por arcos que estaba rodeado interior y exteriormente por paneles de madera, estando el exterior construido en forma de rotonda con balaustrada; las paredes radiales formaban departamentos de seis camas dotados de calefacción; por encima del círculo interno de camas había veinticinco cabinas a las que se accedía por galerías externas; las grandes ventanas de la rotonda y cupulino proporcionaban la luz y aire necesarios; también se preveía que el espacio central de la capilla podría habilitarse con veinticinco camas, de esta forma, la sala central serviría simultáneamente de iglesia y de recinto de ventilación. La aireación y la calefacción pasaron a tener un gran peso en la arquitectura hospitalaria⁴¹¹. Está aún por determinar el influjo del teórico Sturm en trazados de planta estrellada en Hispanoamérica, como

el del hospital de Belén en Guadalajara (Méjico), pero, en realidad, lo destacado era cómo Sturm, continuador de la obra de Goldmann, no hacía más que recoger la idea renacentista y manierista que había sido una constante en los tratados de arquitectura; fue en el barroco donde culminó ese tipo de edificio estrellado en el que se creía reunir la perfección del arte y el funcionalismo⁴¹².

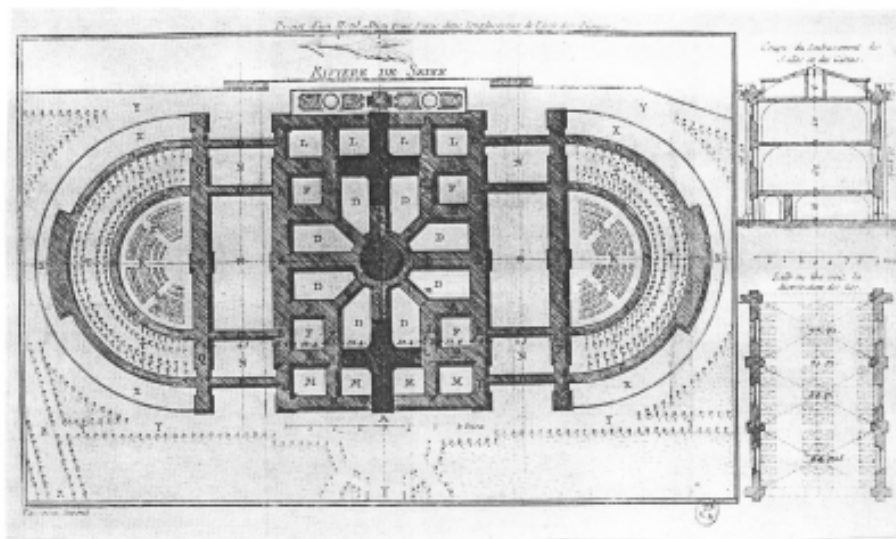
Los modelos radiales se revitalizaron hacia el último tercio del s. XVIII en Francia, cuando se plantearon soluciones para el Hôtel-Dieu de París tras su segundo incendio en 1772, proyectos (acompañados de invenciones, memorias, estudios estadísticos, etc.) que en su mayoría no se llevaron a cabo pero favorecieron el debate arquitectónico del edificio hospitalario, intentando configurarlo como una institución moderna que se distanciaba del sistema asistencial del s. XVII⁴¹³. En la Ilustración se discriminaba el hospital como lugar específico de observación y tratamiento de la enfermedad, diferenciado de la prisión (escenario de contagio), el manicomio, para la demencia, y el asilo, como centro moralizador y disciplinario, que hasta entonces se encontraban en indiscriminada mescolanza, tanto por iniciativas privadas como públicas⁴¹⁴ y, si bien en la práctica los avances tardaron en desarrollarse, a nivel teórico, entre los años 1770 y 1789 se intentó articular espacialmente cada institución, buscando solucionar las lacras de la pobreza, criminalidad y enfermedad, todo íntimamente relacionado con una mentalidad racionalista y un afán de orden social; de dichas instituciones, el hospital fue la primera en quedar definida, concebida como un lugar para tratar dolencias concretas.

Pese a todo, Blondel, teórico ilustrado destacado por su faceta pedagógica⁴¹⁵, presentaba, en sus *Cours d'Architecture* (1771-1776), el modelo de hospital francés de capilla central rodeada de patios, con terrazas y paseos. Su planteamiento sobre arquitectura hospitalaria, aun reflejando el interés por un programa para la salud pública, mantenía la tradición arquitectónica que recordaba la composición del hospital S. Luis del s. XVII (la versión más sencilla con patio cuadrado) y la de los más complejos con patios interconectados y alas unidas o separadas con capilla central. Blondel reafirmó con su diseño el tipo que se había seguido utilizando en Francia en la primera mitad del s. XVIII, tanto en reformas de edificios conventuales como en hospitales de nueva creación, tales como la obra de Soufflot, el Hôpital de la Charité en Mâçon (conjunto de pabellones en torno al patio con capilla oval en una esquina) o el Hôtel-Dieu de Lyon (1741-1764), uno de los proyectos más monumentales que se diseñaron y construyeron, con 1.060 pies de fachada (comparable en tamaño con el Albergue de Pobres de Nápoles), y del cual los comentaristas de la época destacaron el efecto beneficioso de la alta cúpula central para ventilar los pabellones. En 1773 el arquitecto Panzeron presentó, como proyecto para el Hôtel-Dieu de París, un diseño que se

consideraba réplica del tipo antiguo pero con escala mayor (fig. 88); pese a cuidar aspectos administrativos y médicos no resolvía el desafío principal que los científicos reivindicaban a ultranza, el de la circulación del aire⁴¹⁶. Blondel, en el ensayo sobre hospitales, hizo una crítica a las instalaciones existentes y una llamada de atención al gobierno sobre la situación de los pobres; propugnaba un sistema de pequeños hospitales por distrito que convergieran en una institución central, así como hospitales específicos para la enseñanza; según estas orientaciones tradicionales su discípulo Neufforge dibujó un proyecto de «Hôtel ou Hôpital des malades» en *Suite du supplément au recueil élémentaire d'Architecture* (1780)⁴¹⁷.

Dentro de la distinción de géneros de arquitectura pública que realizó Blondel, el hospital mereció cierta atención⁴¹⁸, en cambio, de otras tipologías, como las fabriles, se limitó a las advertencias de rigor de correcta ubicación, firmeza en la construcción y eficaz distribución, lo que es comprensible dentro de la escala de importancia de géneros y tipos que realizaba la tradición clásica y que situaba estos diseños dentro de una categoría de problemas menores⁴¹⁹, ya que la «gran arquitectura» con sus órdenes y decoración no tenía cabida en instalaciones utilitarias, salvo contadas excepciones de grandes fundaciones reales; en este sentido había similitudes con la tipología hospitalaria.

Blondel consideraba que existía un carácter específico de edificio económico. Se asociaba el concepto de economía con la ausencia de órdenes lo que abarcaba, lógicamente, a edificios utilitarios como era el propio hospital, con lo que economía se convertía en sinónimo de utilidad, dada la conveniencia de formas que conllevaba. Así Leroy afirmó en su *Précis d'un ouvrage*



88. Planta de Hôtel-Dieu. (Paneron 1773). Vidler (1997).

sur les hôpitaux en 1777: «de todos los objetos de economía pública, no los hay que merezca más seria atención que los hospitales»⁴²⁰.

Esa variedad de destinos arquitectónicos, de programas, la necesidad de caracterizar el edificio se planteaba en Blondel. En otros autores, como Soufflot, la conveniencia se confundía con el carácter, buscando que el inmueble encerrase todo lo que fuese necesario para su destino⁴²¹. Laugier, en su *Observations sur l'Architecture* (1775) presentó diseños cruciformes pero también radiales⁴²² y en su *Essai sur l'Architecture* (1753) había observado que «las casas destinadas a albergar a los pobres deben mostrar algo de pobreza» huyendo de la monumentalidad que hicieran perder el carácter adecuado del edificio, ponderando la sencillez y la moderación por lo que se le ha considerado en cierto sentido un adelantado del funcionalismo (la función se basaba en el contenido y creaba la forma)⁴²³. Estableció una clasificación por grados de riqueza decorativa, así mientras los palacios requerían magníficas decoraciones, aires nobles y majestuosos, los hospitales debían ser sólidos, limpios, simples, cómodos y la suntuosidad contraria al buen gusto. Esta clasificación fue la primera jerarquización diferenciada de edificios públicos y particulares (iglesias, palacios, tribunales, plazas, fuentes, hospitales, seminarios, casas particulares) bajo los parámetros de magnificencia, riqueza, simplicidad, decoro y conveniencia, que se convertiría en el modelo de Boullée o de Durand a la hora de establecer una tipología arquitectónica sistemática; tendrían más o menos magnificencia los edificios bellos y más o menos simplicidad las instituciones de caridad y las viviendas modestas⁴²⁴.

Ledoux, a diferencia de Boullée, se mostraba partidario de la descentralización y consideraba que Inglaterra era un buen modelo a seguir en el campo de hospitales, donde éstos se multiplicaban, y se quejaba del proceso de centralización que se desarrollaba en Francia. Es probable que conociera Inglaterra aunque no está clara la fecha de su visita⁴²⁵. En Ledoux primaba un estilo funcional que daba gran importancia a la sencillez y, pese a basarse en necesidades utilitarias, expresó también principios morales y emociones⁴²⁶. Adoptó de forma muy simple el término «carácter» (dada la dificultad de su puesta en práctica) ya que era menos problemático caracterizar la fábrica de tumbas o puertas de prisiones que los hospitales, escuelas, cuarteles, etc.⁴²⁷. Menos información aportaba Quatremère de Quincy en su *Encyclopédie méthodique* (1788), que dedicaba poco espacio a los caracteres de los edificios públicos y presentaba cierta indecisión en la distinción de los géneros; daba algunas prescripciones sobre hospicios, tal vez porque tenía previsto tratar de los tipos en artículos específicos⁴²⁸.

El problema de la reconstrucción del Hôtel-Dieu de París planteó una grave cuestión a la tratadística ya que tendría que ajustarse, con todo lo que tenía de innovador, al criterio dominante de la circulación del aire y la medicina moderna. En este sentido, Vidler consideraba que, para la arquitectura,

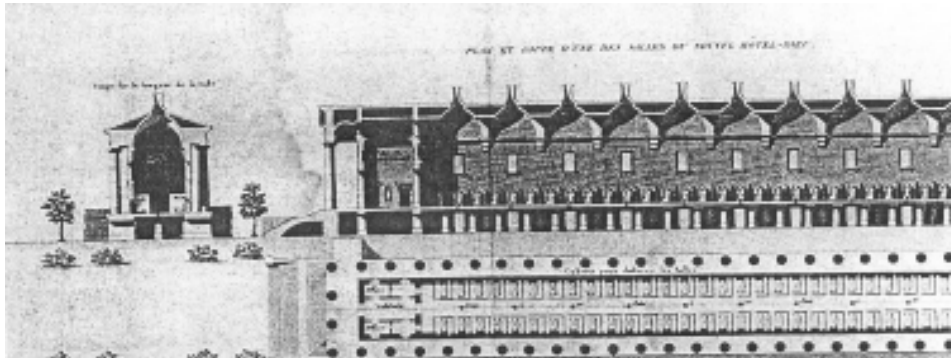
el legado más significativo de ese debate sobre hospitales fue el de la búsqueda de una utopía urbana donde la premisa de la prevención era ineludible, lo que afectó a diseños tales como el de Ledoux y la ciudad ideal de Chauv (donde la naturaleza ayudada por la arquitectura mantendría un estado de salud general)⁴²⁹. Surgieron diversos proyectos planteados por científicos no arquitectos mostrando soluciones desde el punto de vista de la salubridad, economía, ventilación y toda una serie de exigencias programáticas. El arquitecto debía resolver éstas relativizando la importancia de los precedentes clásicos, la problemática del carácter de los edificios o la estética monumental; se cuestionó si el arquitecto quedaría relegado a transformar en concreciones constructivas los diagramas diseñados por médicos pero, más que plantearse una arquitectura sin arquitectos, se trataba de otra clase de arquitectura que encontraba sus medios de expresión, no en el repertorio clásico, sino en las formas demandadas por la necesidad⁴³⁰. El giro fue importantísimo y además fomentado por planteamientos externos. Dentro de las soluciones presentadas a la Comisión formada en la Academia de Ciencias de París, prescindiendo de los proyectos más tradicionales (Panseron, Iberty), nos centramos en las logradadas en un maridaje, a veces poco reconocido, entre científicos y arquitectos como fueron el binomio Leroy-Viel, Maret-Soufflot o Petit-M. Prunneau de Monlouis.

Siguiendo a Vidler, en el primer caso se planteó el proyecto de Leroy-Viel en 1773 pero no fue presentado a la Academia de Ciencias hasta 1777 (desgraciadamente no llegó a hacerse público dado el edicto que suprimió todos los proyectos para el Hôtel-Dieu por interés público). En él se planteó un sistema de salas comparadas con tiendas de campamento militar rodeadas por aire puro y abundante vegetación; cada bloque de sala disponía de un mecanismo de ventilación con respiraderos en techos de forma ojival derivados de las chimeneas de minas (relacionado con las cadenas de bóvedas góticas), así como pozos de aire caliente procedentes de las calderas del piso inferior. Este convertir la sala en un «pulmón arquitectónico» parecía rechazar el patrimonio tradicional a favor de un esquema racional pero manteniendo ciertos convencionalismos. Pese a las afirmaciones en el texto que realizaba Leroy de edificio funcional, donde todos los elementos se simplificaban y todo lo accesorio se eliminaba en aras de la extrema limpieza, los grabados que acompañaban a las *Mémoires* estaban lejos de ser cobertizos desnudos y, de hecho, la sección (fig. 89) mostraba cómo los espacios largos, estrechos y abovedados recordaban el origen conventual, cómo el suelo se sostenía por una fila central de columnas y el bloque entero se rodeaba con una arquería dórica; además, la planta general se organizaba con salas alineadas a una gran avenida que conducía a una capilla colocada en un hemicírculo escalonado, dentro del más puro cumplimiento de las reglas académicas. La intervención del arquitecto Viel en la planta, alzado, sección y composición,

era difícil de ocultar y reclamó, aunque tardíamente, la paternidad del diseño que fue imitado en plantas de hospitales con bloques separados y que triunfaría más adelante; reflejaba la disputa que entre arquitectos y científicos se seguía librando porque, no se podía negar que, desde la perspectiva arquitectónica, lo que introdujo una nueva categoría de formas en las tradicionales fue la labor científica.

El proyecto del médico Maret y el arquitecto Soufflot, centrado en convertir la sala (diseñada en forma aerodinámica elíptica) en un túnel del viento configurado a partir de la geometría característica del aire, mostraba el extremo opuesto dentro del diálogo de la época que se debatía entre considerar al hospital como una fábrica de curar enfermos o un edificio sujeto al decoro del monumento público; prefiguraba el funcionalismo aplicado literalmente en la forma, incluso los vestigios de columnas dóricas que se disponían a la entrada de la sala quedaban absorbidos por la línea de la planta⁴³¹.

De mayor interés resultaban los proyectos radiocéntricos de Petit y Poyet pese a que fueron rechazados por la Academia -que optó por el sistema de pabellones-, por su incidencia en la tratadística española. En su *Mémoire*, Petit, médico de la universidad de París, sometió a un estudio crítico las prácticas de los arquitectos de hospitales insistiendo en que no bastaban los criterios de magnificencia o solidez, sino que una adecuada instalación debía atender también los efectos de agentes externos (aire, agua, emanaciones), es decir, cuestiones de salubridad propias del médico; era por tanto necesario el traslado de los hospitales fuera de las ciudades. Su diseño de planta atendía a tres principios: -circulación del aire, -rapidez de servicio a cada enfermo y -alojamiento del mayor número de pacientes sin riesgo para su curación. Por los inconvenientes que presentaba, rechazaba la planta cuadrada y optaba por la circular con seis bloques de salas radiales que favorecían la aireación; éstas se unían en el interior por las enfermerías, lo que facilitaba su control visual y situaba en el perímetro la zona de servicio (panadería, cocina, farmacia, habitación de médicos, de enfermeros, etc.) agilizando así los repartos. El centro geométrico de la construcción lo constituía la capilla circular que podía ser vista por los enfermos. Formalmente se relacionaba con el diseño de Desgodetz y con el futuro panóptico de Bentham pero el diseño radial de Petit enlazaba con dos antecedentes, por un lado la tradición vitruviana de la ciudad de los vientos y por otro las soluciones adoptadas por el mundo de la industria, así la llamada por Petit 'cúpula en forma de embudo invertido' (ver el plano reproducido en fig.40) era una réplica del horno inglés para la fusión de vidrio, publicado por la *Encyclopédie*, cuya forma cónica aumentaba el tiro y, con ello, la temperatura del crisol, al tiempo que se expulsaban los vapores y humo de coque; la cúpula serviría como ventilador común renovando el aire de las salas y a ella se conducirían también los humeros de las estufas y las chimeneas de las cocinas. Para plas-



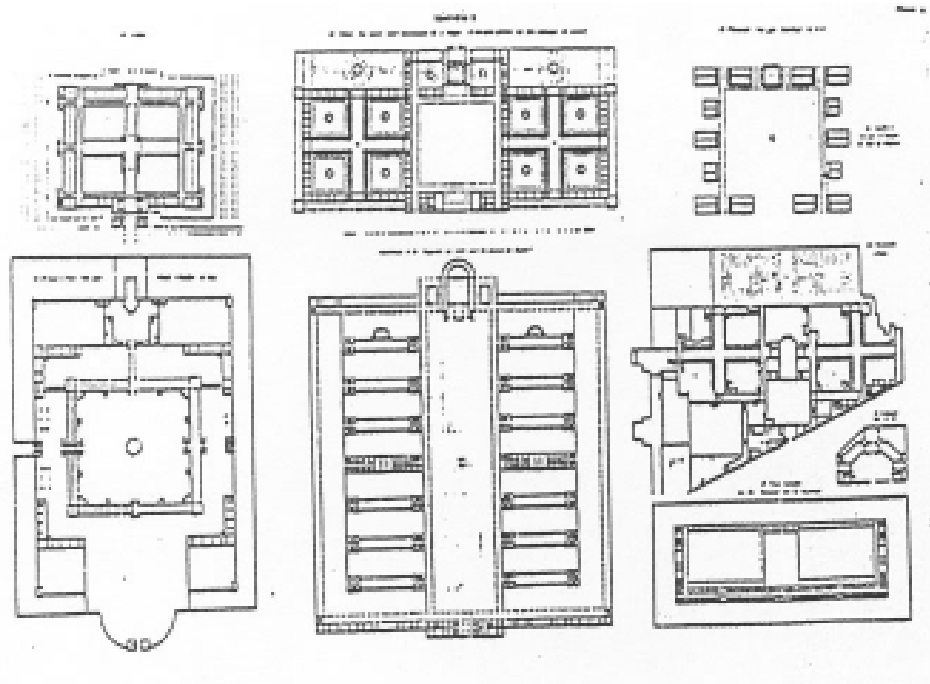
89. Sección del proyecto del Hôtel-Dieu. (Leroy 1773-1787). Vidler (1997).

mar arquitectónicamente su planta tipo contó Petit con el arquitecto M. Prunneau de Monlouis⁴³².

Dentro de los proyectos anteriores a la Revolución destacaba, por su monumentalidad, el diseño de hospital circular de Bernard Poyet (1785)⁴³³ ayudado por Claude-Philibert Coquëau. Revelaba cómo en la década de 1780 todavía los arquitectos buscaban un equilibrio en la polémica entre la forma programática y la tradición arquitectónica, ya que la sumisión de una u otra no resolvía el conflicto; la necesidad de mantener las exigencias de representación clásica, monumentalidad y carácter no podía ceder ante una forma antiarquitectónica. En este sentido, el modelo de Poyet trataba de aunar ambas cuestiones concibiéndose el hospital como un monumento-servicio que articularía un sector estratégico de la ciudad y, pese a que no se construyó, su influencia fue notable. Fue utilizado por Charles de Wailly al preparar su *Projet d' utilité et d' embellissement pour la ville de Paris* (1788) para hospital en la Île des Cygnes, como punto de partida del desarrollo de la zona de los Inválidos, duplicando la planta en la zona oeste para mercado y baños. Poyet planificó el centro asistencial en un amplio espacio abierto enteramente rodeado por el río, consiguiendo la ventilación y rapidez de servicio por vía fluvial. Asumió, como Petit, trazar en planta una ciudad de los vientos vitruviana con dieciséis salas, aprovechando los efectos benéficos que, según la creencia médica, aportaban los vientos, tales como los nitratos del viento del norte o el azufre del viento del sur, lo que permitía clasificar a los enfermos en función de las propiedades de esos vientos. Los bloques radiales se unían en el interior por corredores cerrados de servicio en torno a un patio circular que contenía una capilla también circular desapareciendo por tanto el ventilador cónico de Petit del centro de la composición. El resto del proyecto seguía los tópicos de hospitales en cuanto a salas aisladas, ventiladas por patios con vegetación y dotadas de baños, servicios, oficinas, cocina y farmacia, garantizándose la rapidez de comunicación por las galerías interiores y exteriores.

Esas comodidades permitirían, según el autor que, pese a las 5.000 camas que albergaría, tendría un buen gobierno, semejante a un pequeño hospital, ya que su geometría facilitaría su vigilancia, economía en la prestación de servicios así como la flexibilidad de multiplicar o concentrar los servicios; se asociaban los principios de orden arquitectónico con las exigencias de orden administrativo. El círculo creaba un diseño simple, proporcionado y económico. Este principio de economía se veía ennoblecido en la medida que las construcciones utilitarias como los hospitales formaran parte del discurso sobre arquitectura. Durand precisamente alabaría del proyecto de Poyet este aspecto, el planteamiento de economía de formas y de decoración, ya que se consideró que el círculo se decoraba a sí mismo⁴³⁴ y destacó de él que no necesitaba enlaces suplementarios; esto no ocultaba aspectos simbólicos, ya que el círculo monumental, por su forma, se convertiría también en la alegoría de la salubridad, conmemorando el papel de los vientos para la salud, lo que recuerda los diseños de Boullée así como su afirmación de que los edificios públicos deberían ser de alguna manera poemas: «las imágenes que ofrecen a nuestro sentido deberían suscitar en nosotros sentimientos análogos al uso al que estos edificios se consagran»⁴³⁵. En este sentido, Boullée asociaba la simplicidad con la modestia que debía reinar en las Casas de Caridad. Pese a todo, desde el punto de vista práctico, el proyecto de Poyet suponía una pérdida de terreno considerable, lo que unido a otras objeciones le impidieron prosperar. Mientras para algunos coetáneos él había resuelto el problema de la arquitectura hospitalaria e incluso el de otras tipologías (así para el arquitecto-historiador Jacques-Guillaume Legrand era recomendable su aplicación para cuarteles, casa de reclusión o fábrica) para otros, bien fueran partidarios -como la Academia de Ciencias- de ciertos hospitales singulares de gran escala, o bien detractores de la centralización sanitaria como Pierre Samuel Du Pont de Nemours, representaba la insensatez institucional, la planta inflexible y pretenciosa; de una forma u otra no generó indiferencia sino que el debate se prolongó bastante tiempo después.

El informe Tenon llevó a la Academia a optar por el sistema de pabellones según la propuesta de Leroy. El tipo promulgado por Tenon y dibujado más tarde por Poyet, bajo la supervisión de aquél, fue el hospital oficial del s. XIX. Durand lo publicó en su *Recueil* (1799-1801) (fig.90) y en su *Précis de leçons* (1802-1805). Aquella ha sido considerada la primera historia general de la arquitectura; ésta se presentaba siguiendo tipologías sobre láminas comparativas, es decir, clasificando los edificios según los géneros⁴³⁶. Durand respondía a la variedad de la demanda social y, como otros arquitectos, buscaría combinaciones tipológicas para las nuevas funciones que se necesitaban. Realizó para ello un completo inventario de equipamientos públicos buscando la solución de dos problemas, construir, en el caso de los edificios privados, con un máximo de utilidad dentro de la previsión del gasto y, en el



90. Planos de hospitales. Durand (1840)

caso de los públicos, una vez que se fijaran sus caracteres, con el menor gasto posible. Su metodología compositiva abrió camino hacia los esquemas que fueron típicos en el s. XIX.

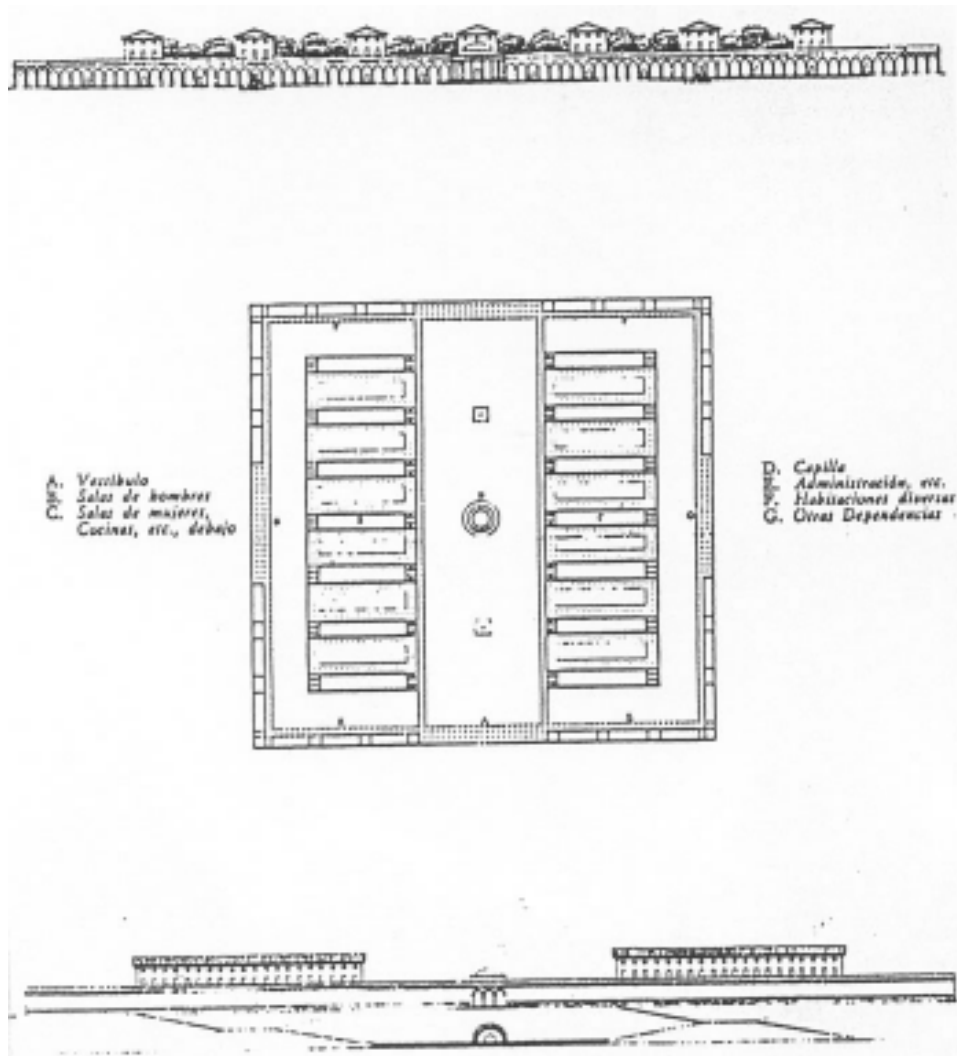
Durand, junto a las obras de Dubut y Rondelet, proporcionaron los elementos metodológicos más generales para tipificar los productos en sucesivas variaciones, buscando la economía y simplicidad de procesos constructivos y esquemas de planeamiento⁴³⁷.

En su obra *Précis de leçons* efectuó casi una selección de las formas tradicionales eligiendo las más simples y esquemáticas. Realizó una especie de teoría arquitectónica asociando entre sí, de todas las formas posibles, los elementos dados, primero prescindiendo de su destino y luego siguiendo las exigencias de distribución de los distintos temas. Las figuras del tratado anunciaban la producción de los ingenieros del s. XIX, de hecho, Durand consideró de gran importancia facilitar el ejercicio de la arquitectura a los ingenieros porque serían los que, en regiones apartadas, se encargarían de erigir los hospitales, prisiones, almacenes, puertos, cuarteles, etc⁴³⁸. Para Chueca, Durand encarnó la figura del arquitecto que recogió la herencia neoclásica y la convirtió en receta tipológica «con elementos de composición sencillos reiterados de una u otra manera y con uso de volúmenes elementales, desarrolla una serie de programas de tipo muy vario: hospitales, cuarteles, edificios públicos...»⁴³⁹. Para Benevolo, aquí aparecen ya todos los caracteres: -composición por adición mecánica, -la independencia entre el conjunto estructural y el acabado de los elementos y -preferencia por formas elementa-

les que reducen al mínimo el arbitrio de los proyectistas. Llega a la casuística de los tipos distributivos (privados o públicos) partiendo del estudio de la ‘disposición’, que se queda a nivel más bien teórico por falta de experiencia⁴⁴⁰. Su obra sirvió prácticamente de base para la enseñanza académica francesa durante el s. XIX, siendo objeto de numerosas reediciones. El que el tratado de arquitectura se transformase en uno de composición suponía una importante ruptura con el pasado, ya que en el trabajo del arquitecto prevalecería su habilidad para disponer los elementos del edificio en vez de su concepción global del mismo. Para Moneo, Durand no llegó a inventar tipos sino que aplicaba a los programas esquemas de organización que se desarrollaban según los criterios de composición que él proponía, atendiendo a la utilidad pública o privada según los casos; ésta se conseguiría ajustándose a la idea de programa. Puso a disposición de los arquitectos los esquemas de composición «partis», entre los que ellos debían elegir el más adecuado al tema. Durand, pese a su aparente neutralidad, establecía en el segundo volumen del *Compendio* ciertas diferencias, así consideraba más conveniente los «partis» lineales para los programas de hospitales, escuelas, cuarteles o prisiones y los centralizados para palacios, bibliotecas, museos, etc.; estas diferencias desaparecieron en su tercera obra *Parte gráfica de los cursos de arquitectura*⁴⁴¹.

En concreto, en el análisis de los hospitales -dentro de los edificios públicos-⁴⁴² expuso las lamentables condiciones en que se encontraban y las deficiencias de salubridad generadas por las plantas cuadradas y en cruz (algo que ya había expuesto la Academia de Ciencias con anterioridad). Para él, merecían elogios los amplios pórticos del Hospital de Milán -pero no su disposición de salas- y los pabellones del Hospital de Plymouth -pero con errores de ventilación por concebirse como salas pareadas-; las mayores ventajas residirían en los diseñados por Poyet, en pabellones, para los hospitales de La Roquette y Sainte Anne, fuera de París, según el programa de la Academia de Ciencias de 1787; por tanto, Durand se decantó por ese sistema, modelo que insertó en su obra (fig. 91). Se trataba de un hospital con catorce pabellones distribuidos simétricamente y perpendiculares a un patio rectangular en cuyo centro se hallaba la capilla circular rodeando al conjunto una serie de dependencias como la administración, lavanderías, tiendas de aceite, fábricas de velas, carnicerías, panaderías, leñeras, etc., es decir, aquellas que por su carácter combustible se alejaban lo más posible de las salas ocupando los muros exteriores; se mantenían los amplios vestíbulos columnados al gusto de Boullée. Cada pabellón (clasificados por sexos y enfermedades) contaba en el bajo -abovedado al igual que las salas- con las cocinas, botica y alojamiento de monjas, mientras que en el superior se hallaba la zona de enfermos; en un extremo se instalaban las escaleras que llevaban al patio y en el otro las habitaciones de servicio⁴⁴³.

El camino abierto hacia la «tipificación» espacial de los edificios se apreciaba también en la obra de Louis Bruyère *Etudes relatives à l'art de la construction* (1823-1828) -discípulo de Perronet y director de los «travaux» de París a partir de 1811-, quien observó las dificultades de determinar todas las necesidades de un edificio (establecer su programa) dada la información que era preciso tener de las personas interesadas, y si esto era imposible había que recurrir a un estudio de los del mismo tipo que se hubieren construido en cualquier lugar con éxito: «es más útil tener libros que contengan programas detallados y planos de edificios bien diseñados, y por esta razón he querido ofrecer algunos en esta publicación, en la que se encontrarán programas de mercados, almacenes, mataderos, viviendas, hospitales, etc.»⁴⁴⁴.



91. Plano de hospital. (Poyet 1785). Durand (1840).

En su diseño para la ciudad proyectada cerca de Comacchio en el Adriático (1805), incluyó las fachadas de los edificios públicos entre los que destacaba el hospital (fig. 92) figurando también el matadero, mercado, teatro, bolsa, tribunales, baños, colegio, prefectura, etc., dispuestos en un programa de ciudad rectangular portuaria con un lazareto independiente, que recuerda formalmente al hospital pero con estructura abierta al mar y completamente aislado por un corral circundante. El hospital se situaría en el extremo de la ciudad presentando un diseño de seis patios -modificando el realizado por Poyet para la Academia en 1786- con distribución en cuarteles, en el que destacaba el gran patio central presidido por la capilla en el eje de simetría y el semicircular que determinaba el cuerpo curvo que rodeaba a aquella⁴⁴⁵.

Entre los tratadistas italianos encontramos cómo Milizia, al analizar la distribución de los edificios públicos, observaba la necesidad de que los hospitales, al igual que los cementerios, lazaretos o fábricas debían disponerse fuera de las ciudades, en lugares abiertos y ventilados⁴⁴⁶. En este mismo sentido se expresa en su *Principi di Architettura Civile*, donde además insistía en la necesidad de lograr construcciones simples, cómodas, salubres y limpias distribuidas por la provincia y apoyadas por una legislación adecuada que evitase los abusos⁴⁴⁷. Girolamo Masi no ofrecía grandes novedades y señalaba como idóneas para hospitales las plantas centralizadas de cruz griega inscritas en el cuadrado con el altar en el centro o, en caso de mayor capacidad, la octogonal, donde el sistema radial posibilitaría la visión del altar ubicado en el núcleo central -los peristilos que lo rodeaban permitirían disponer de adecuadas vías de comunicación-⁴⁴⁸.

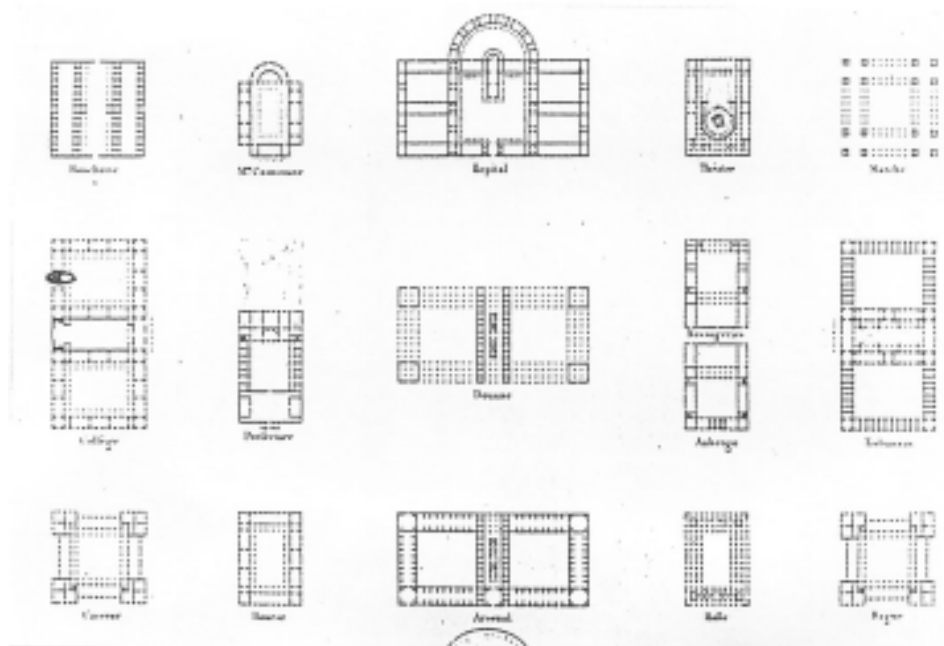
En España, aparte de tratados ceñidos a lo práctico como el de Brizguz y Bru⁴⁴⁹, destacaron los textos de Diego de Villanueva -donde se encaminaba hacia la divulgación del nuevo racionalismo⁴⁵⁰ -y la obra de Rieger que, aunque dedicaba espacio a edificios destinados a utilidad pública (tribunales, consejos, bibliotecas, academias, ayuntamientos, etc.), no incluía los hospitales⁴⁵¹. Sí tenía previsto tratarlo Losada en el tomo séptimo de su compendio junto a cárceles, refugios, coliseos y viviendas particulares; en su clasificación antepuso los palacios (real, pontifical, arzobispal), conventos y templos, para terminar con la cantería y estudios de materiales⁴⁵².

José de Herosilla, en su *Architectura Civil* (1750), clasificó la arquitectura en civil y militar y subdividió los edificios en públicos o privados y aquellos en sagrados y profanos; ubicaba los hospitales dentro de la arquitectura pública y religiosa como lugares píos, al igual que las catedrales, conventos y parroquias⁴⁵³, por lo que cuando en el libro tercero enumeraba las tipologías (templos, palacios, tribunales, mercados, teatro, etc.) no figuraba el hospital como tal sino que lo integraba en el templo, donde se insistía, como generalidad, en la necesidad de contar con abundante luz y ventilación para lograr *su sanidad*. No hay un modelo específico de hospital pero pre-

sentó el diseño de una casa religiosa o convento con su capilla y oficinas necesarias para la comodidad a fin de que «sirvan sólo para excitar la idea del arquitecto en el caso práctico, donde las más veces la precisión del sitio, la particularidad del instituto y otras mil circunstancias harán variar en todo o en parte la disposición del edificio, los de religiosos, los hospitales y otros semejantes al exemplo»⁴⁵⁴ (fig. 93). Esto nos lleva también a un problema como es el de la indiferencia funcional de las tipologías; en ocasiones, la tradición clásica pervivía entre las novedades tipológicas, así Sabattini, por ejemplo, no tuvo problemas para citarse a sí mismo cuando presentó el proyecto de Cuartel de Guardamarinas en el Ferrol -década de los noventa-, que era una simplificación del proyecto para un Colegio de Ciencias y Bellas Artes de 1750, con el que obtuvo el primer premio del Concurso Clementino de la Academia de S. Lucas de Roma⁴⁵⁵.

También Jovellanos realizó su aportación en el campo de la salubridad relativa a la disposición de los hospicios⁴⁵⁶, recurriendo a las ideas de Alberti, Ribeiro y a la propia Academia de Ciencias de París.

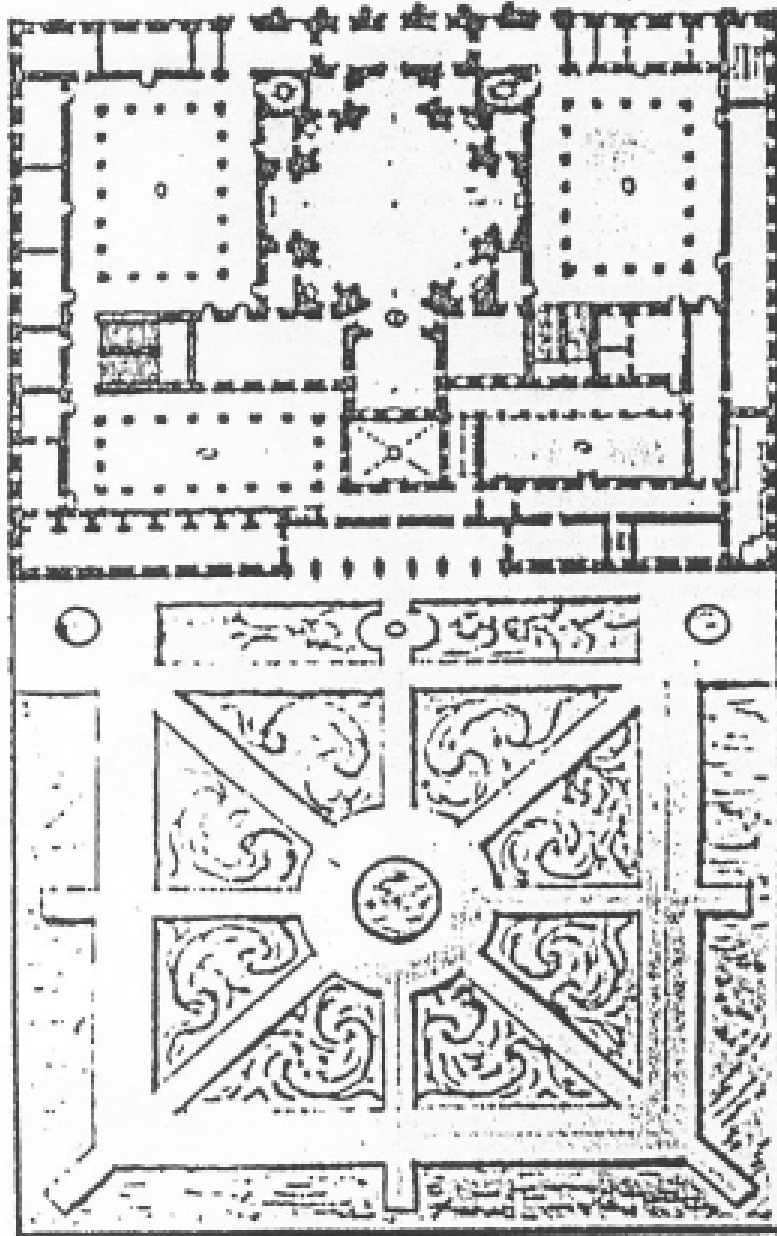
Destacaron, desde el punto de vista de los edificios hospitalarios, las obras de dos teóricos, Bails y Valzania. El primero, profesor de matemáticas de la Real Academia de S. Fernando, a la que perteneció desde 1771, definió el hospital como «edificio público donde van a curarse los pobres que no pueden hacerlo en sus casas por falta de medios»⁴⁵⁷. En su enciclopedia de diez tomos titulada *Elementos de matemática* (1772-1783), dedicó el nove-



92. Planta de edificios públicos de la ciudad proyectada cerca de Comacchio. (Bruyere 1805). Kaufmann; -Teyssot- (1980).

no volumen a la teoría arquitectónica, cuya parte primera se destinó a la Arquitectura Civil incluyendo en ella los hospitales, teatros, prisiones, etc., de los que realizaba un análisis razonado sobre sus programas. Bails, calificado por Navascués como *culto traductor*, por encargo de la Academia, vertió en su *Arquitectura Civil* los textos de Blondel, Patte, Frèzier, Milizia, Palladio y, en el tema de los hospitales, el de Petit⁴⁵⁸. Si bien hoy parece demostrado que la participación de Bails carecía de la originalidad que dentro del pensamiento ilustrado se le había conferido, sí se valoró en su justa medida la aportación de tratadistas franceses e italianos y el hecho de mostrar ejemplos concretos de las tipologías arquitectónicas ligadas a la razón⁴⁵⁹. Sí se le ha criticado su carácter ajeno a la tradición española; mientras Inglaterra, Francia o Italia recogían en sus textos las arquitecturas nacionales, en España, Bails no mantendría esa línea, pese a que en el campo hospitalario la aportación española fue importante.

Referencias a ella y a su difusión fuera de nuestro territorio tenemos el testimonio de Tenon, quien en sus *Memorias* reconocía la dificultad con que se encontraba la Comisión, creada por la Academia de Ciencias de París, para elegir entre los modelos presentados para el nuevo Hôtel-Dieu de la ciudad y la necesidad de recopilar material de otros países, entre ellos España: «su Excelencia M. Le Duc d'Hyar, hizo llegar a uno de nosotros una soberbia colección de planos, memorias y obras sobre los hospitales de España»⁴⁶⁰. Pero Bails parecía no conocer ese material ya que en su *Arquitectura Civil* no mencionó los hospitales reales de Egas, los trabajos de ingenieros militares de la época o la polémica sobre el Hospital General de Madrid, en cambio, recurrió a los planteamientos de la Real Sociedad de Medicina de París, al diseño estrellado de 1774 de Antoine Petit y a los textos de higienistas tales como Duplanil, Buchan o Ribeiro⁴⁶¹. Bails, en las generalidades sobre hospitales, insistía en que debía primar la salubridad sobre la hermosura y entre los puntos comunes con otros tratadistas estarían las cuestiones relativas a aireación, los peligros del aire viciado, la abundancia del agua y los enclaves adecuados fuera del centro de la ciudad para preservar la salud de los ciudadanos y evitar contagios -lo que no se reñía con el argumento económico ya que en el extrarradio los solares serían menos caros-⁴⁶². Atendía a los dos principios de comunicación y rentabilidad del espacio: «primero, hacer que esté tan a la mano de todos lo que para todos ha de servir, que sin ningún embarazo lo puedan disfrutar con la mayor brevedad; segundo, colocar en un espacio determinado el mayor número de enfermos que sea posible sin perjuicio de su salud y asistencia»⁴⁶³. Como Petit, repetía las críticas a la planta cuadrada por sus dificultades de renovación de aire y problemas de climatización, siendo preferible la construcción de varios hospitales a uno en gran escala. Seguía a Duplanil en cuanto al mal estado de los hospitales franceses y los problemas asistenciales derivados de su distribución, consi-



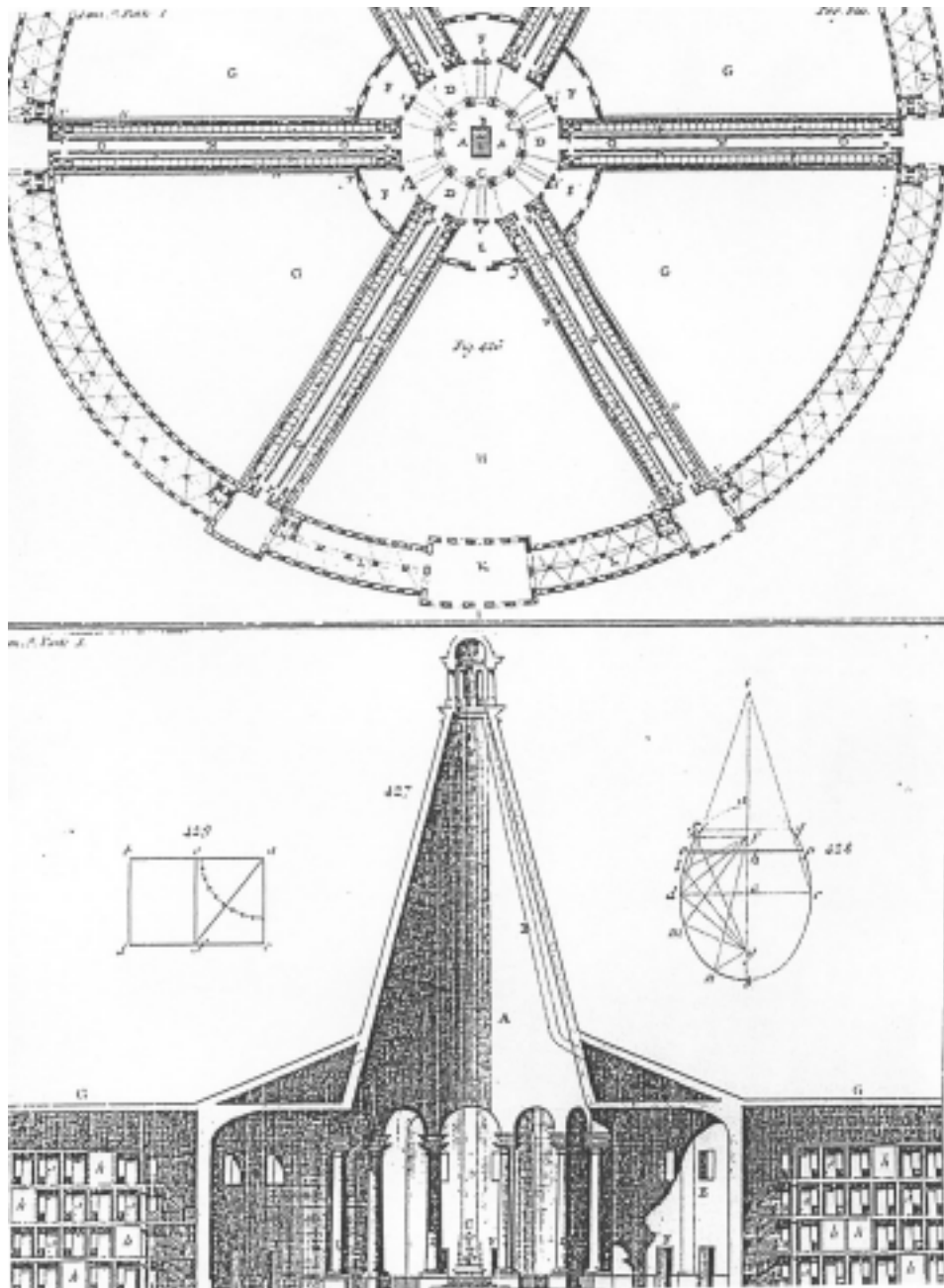
93. Planta de convento. Hermosilla i Sandoval (1750).

derando ideal «la planta en figura de estrella con más o menos rayos según convenga, levantando en medio de esta planta, esto es en el centro de los rayos una cúpula, a manera de embudo trastornado»⁴⁶⁴.

Describía el modelo de Petit y presentaba los mismos planos de planta y sección (fig. 94); el altar enrejado ocuparía el núcleo central bajo la cúpula (rematado por la linterna), sostenida por doce columnas toscanas; las seis salas radiales, cada una con cuatro pisos y comunicadas por el núcleo central permitían poner las camas «a modo de palco» en habitaciones individuales, sólo cerradas al frente por cortinas (manteniendo cierto aislamiento), a las que se accedería desde sencillas galerías; en los pasillos centrales de las salas se situarían las estufas. Respecto al tema de limpieza, cada habitación contaría con su ventanilla para la evacuación y aseo (lo que recordaba al Hospital Mayor de Milán) exponiendo también el sistema de desagües y alcantarillado con las inclinaciones pertinentes. La renovación del aire se haría por la cúpula central, a la que se conectarían las salidas de las chimeneas de las salas, cocinas y boticas; la entrada de aire se garantizaba por la amplitud de los patios triangulares. El círculo perimetral que conectaba las salas permitía la galería para convalecientes y habitaciones del personal asistencial (médicos, enfermeros, capellanes, etc.)⁴⁶⁵.

Estos planos tuvieron repercusión en la primera edición de la *Arquitectura Civil* de 1783 pero, en su reedición de 1796, perdieron su vigencia ya que los derroteros de la Academia de París se encaminaban al diseño de pabellones expuesto por Leroy, por el informe Tenon y el plano dibujado por Poyet, que se divulgó en España a partir de la traducción de Valentín de Foronda en 1793⁴⁶⁶ si bien desde el punto de vista estético, ejerció más influencia el diseño radial de Poyet de 1785 por su monumentalidad. A Bails hay que reconocerle el indudable mérito de haber sido de los pocos que recogió el diseño de Petit y le dio difusión (ya que en Francia el proyecto se vio eclipsado por el dictamen de la Academia), lo que también ocasionó cierta confusión y malos entendidos como en la reedición de Milizia *Principi di Architettura Civile* (1804), a cargo de Giovanni Battista Cipriani Sanese, donde se citó a Bails y se confundió el diseño de Leroy con el presentado por Petit⁴⁶⁷.

Valzania también se ocupó del tema hospitalario en sus *Instituciones de Arquitectura* (1792) pero no avanzó en la polémica sobre ellos, ya que se centró más en los aspectos de salubridad, ubicación en el extrarradio, la búsqueda de la buena ventilación y la tranquilidad de los pacientes teniendo también en cuenta los inconvenientes económicos de erigir hospitales con criterios de salubridad. Aconsejó cuáles debían ser las dependencias habituales (cocina, botica, capilla, cuarto de asistentes, etc.) pero no estableció un modelo concreto de distribución ni lámina explicativa, lo que justificó en el prólogo, ya que consideraba que su método expositivo no lo hacía necesario, insistió en las ventajas de descentralizar los hospitales y apostó por las construccio-



94. Planta y sección de hospital. 1796. Bails (1983).

nes pequeñas con salas para distintas enfermedades, subdivididas en celdillas con ventanas y respiraderos para la ventilación⁴⁶⁸. Sería esa posible clasificación por dolencias el elemento más avanzado de Valzania y más cercano al planteamiento francés, pero su obra carecía de la sistematización y concreciones de programa que hubiera sido deseable y se mostraba llena de vaguedades, por ello, en la Academia de S. Fernando la influencia de la de Bails fue más relevante que la de Valzania.

También alcanzaron gran difusión en la Academia estudios como el de Iberti -publicado en Londres-, sobre hospitales, relacionado, más que con una tipología concreta de arquitectura, con «la voluntad de establecer un modelo moral de sociedad»⁴⁶⁹. Pero no sería hasta avanzado el s. XIX cuando el ingeniero Eduardo Labaig, en 1883, presentó el gran tratado español sobre tipologías hospitalarias con una interesante planimetría de hospitales europeos -fruto de su viaje al extranjero para estudiarlos- donde predominaba el sistema de pabellones; destacó el hospital Tenon de París por sus principios higiénicos así como los alemanes⁴⁷⁰.

VII. LOS HOSPITALES Y LAS REALES ACADEMIAS

El proceso de evolución arquitectónica y de la tratadística sobre hospitales, a lo largo de los siglos XVIII y XIX, ha estado estrechamente ligado a las Academias Reales, ya que era desde aquí, y promovido por ellas, donde se desarrollaban las investigaciones, máxime cuando se asistía a la aparición de toda una serie de edificios públicos que debían expresar los nuevos ideales. A mediados del s. XVIII, los mercados, teatros, aduanas, colegios o los propios hospitales (ajustados a nuevos criterios higiénicos) tuvieron también su reflejo entre los temas de estudios académicos para los grandes premios. Si en la Academia francesa antes de 1744 los temas a concurso eran sobre todo edificios religiosos o palacios, en 1748 el tema fue la Bolsa, en 1757 y 1761 una sala de conciertos, en 1764 una escuela, entre 1777 y 1789 lo fueron hospitales, arsenales, aduanas, teatros, baños termales, colegios de medicina, prisiones y museos y, entre 1790 y 1833, teatros, institutos, museos, academias, bibliotecas, conservatorios, escuelas politécnicas, de bellas artes o escuelas de medicina. Desde el punto de vista sanitario, en las primeras décadas del s. XIX, aparte de cementerios o baños termales, no figuraba ningún diseño de hospital aunque sí de lazareto (1829) y de hospicio general (1812)⁴⁷¹.

Si bien la introducción de nuevos tipos de edificios estaba incentivado por la tendencia de las competiciones académicas de aumentar la monumentalidad, complejidad y grandiosidad así como por el influjo del historicismo romano, también reflejaba un incipiente interés por las exigencias públicas; para Collins, se mantenía el defecto de su impracticabilidad,

«su desprecio por las necesidades prácticas de los edificios, proyectando siempre imágenes grandiosas de tipo puramente imaginativo y pintoresco»⁴⁷². Los proyectos eran bloques simétricos dispuestos de acuerdo con las normas de macizos y vanos faltándoles la integridad que un uso bien definido debía dar a las formas; más que por su funcionalidad se diseñaban estos proyectos con una visión monumental.

Entre 1750-1880 cualquier construcción pública consistía en una serie de habitaciones aprisionadas en un espacio limitado, donde el arquitecto debía disponer los volúmenes más agradables, las circulaciones más adecuadas y los patios más espaciosos posibles. Hubo serias dificultades para prestar atención a los problemas de planeamiento que los nuevos edificios exigían, así entre un hospital neogótico de 1860 y uno medieval no había diferencias radicales en lo relativo a estructura o detalles, sino en la distribución⁴⁷³; sin embargo, éstos, junto a teatros o prisiones, fueron privilegiados por las investigaciones tipológicas que sobre ellos se desarrollaron desde mitad del s. XVIII⁴⁷⁴. En esa búsqueda de lograr su adecuación a la función más claramente definida (de máxima ventilación en el caso del hospital), la polémica tras el incendio del Hôtel-Dieu de París fue de especial relevancia.

En la tipología hospitalaria tal vez los grandes cambios procedieron de la Academia de Ciencias y no de la de Arquitectura, así cuando ésta propuso el programa de hospital para el Grand Prix de 1771 (con capacidad para 700 enfermos incluidas personas de diversos rangos) los resultados fueron muy previsibles y evidente la influencia del tratado de Blondel con sus soluciones arquitectónicas tradicionales de patios intermedios⁴⁷⁵. En 1787 ganó el Grand Prix el Hôtel-Dieu de Bonard, en el que se insistía (al igual que ocurriría con el Lazareto de St.Hubert) en una serie de pabellones dispuestos de modo que la relevancia del edificio central, con el que conectaban, era mínima y donde se observaba el nuevo concepto de organización espacial a base de duplicaciones y yuxtaposiciones⁴⁷⁶. En 1812 figuraba el tema de Hospicio General ganado por Mr. Suys⁴⁷⁷; según el programa, se concebía aislado (rodeado de agua y con un puerto militar) sobre un terreno de 80.000 m², para 1.000 indigentes clasificados en cuatro secciones por edad y sexo, donde un tercio del espacio se destinaba a edificaciones y patios interiores. Se distribuía en bajo con un piso organizado en sistema de parrilla destacando en el centro la capilla cruciforme; en torno a los patios con galerías se situaban los dormitorios, refectorios, enfermerías, baños, lavaderos, cocinas, farmacia, panadería, lencería, administración, cobertizos, etc.; habría cuartos particulares para dementes y enfermos contagiosos y asimismo habitaciones para el servicio (médico, capellán, agente, recaudador y enfermero). Su diseño con siete patios recordaba al de Sabbatini para el Hospicio General de Madrid.

En cuanto a los lazaretos destacaron en el Grand Prix dos diseños, el de 1784 de Mr. St. Hubert y el de 1829 de Mr. Constant⁴⁷⁸. El primero se situaría en una isla cuya orilla contaría con un puerto cubierto; los distintos edificios se disponían de forma radial para alojar a navegantes y sus mercancías, distinguiendo los afectados de los sospechosos, contando además con el edificio para la guarnición, Estado Mayor, enfermería, farmacia, almacenes, capilla, alojamiento de eclesiásticos, médicos y sirvientes, así como grandes plantaciones y jardines con la debida separación. Las construcciones principales tendrían salas y paseos cubiertos, varios dormitorios comunes y secciones para personas distinguidas. El proyecto premiado en 1829 fue diseñado para una ciudad del sur de Francia, inscrito en un octógono, con sus muelles de embarque, en el que se señalaban tres divisiones: -para los afectados, -para los sospechosos y -para los no sospechosos; cada uno constaba de doce o quince alojamientos aislados (dispuestos en torno al patio) para oficiales y dormitorios para marineros; tenía grandes almacenes cercados y puerto particular. En el servicio general del lazareto se preveía un edificio de administración, Estado Mayor, servicio sanitario, capilla y cuerpo de guardia, cuyo esquema recordaba a los de las ciudades ideales renacentistas.

En el caso de España, en la Academia de S. Fernando, instrumento de gran importancia para el reformismo ilustrado, con apoyo expreso de la Corona, aunque el influjo italianizante era fuerte (no sólo por las pensiones en Roma, sino por sus propios directores) se tuvieron en cuenta las experiencias de París, como reflejaban los textos y grabados de Bails o los propios fondos de la biblioteca de la Academia⁴⁷⁹. La creación en 1786 de la Comisión de Arquitectura permitió fiscalizar las edificaciones y reformas que se llevaban a cabo con fondos públicos; además de unificar la imagen arquitectónica, expresión de la monarquía ilustrada, permitió llevar la doctrina académica a aquellos lugares donde no había Academias⁴⁸⁰. Es en ella donde se plantearán las reflexiones tipológicas difundidas en Europa por los llamados 'arquitectos revolucionarios' y se marcarán importantes puntos de inflexión en la evolución de la propia idea de la arquitectura, encaminada hacia lo que Delfín Rodríguez denomina «imagen de lo posible»⁴⁸¹.

Dentro del proceso docente elaborado por la Academia, amén del uso de tratados, textos, estampas, etc., destacaba la existencia de premios de arquitectura, con lo que se seguía también en esto el sistema organizativo de otras Academias europeas de Bellas Artes (salvando, por supuesto, las diferencias con el Grand Prix de la Academia francesa). Éstos se convocaban anualmente hasta 1757, fecha en que los Estatutos de la Academia lo fijaron en tres años para cada convocatoria⁴⁸²; incluían la «prueba de pensado» (donde se hacía público el anuncio del asunto y se daba un plazo -seis meses- para elaborarlo) y la «prueba de repente» que se realizaba en la propia Academia sobre otro tema o el mismo; así se optaba a los tres premios de primera y

segunda clase para cada arte (o sea, total de 18). Con este mecanismo de los premios se realizaban las oposiciones a las plazas de profesores de arquitectura.

La propia formulación del título de arquitecto en los Estatutos de la Academia resultaba un tanto ambigua dado que planteaba, como requisito para la adquisición del grado de académico de mérito para la arquitectura, la presentación de un proyecto, considerándose así el diseño de la arquitectura como la máxima expresión de la profesión⁴⁸³. El repertorio de temas de exámenes de arquitectura usados en premios, pensiones y oposiciones indicaba, además de las exigencias de la política ilustrada, la evolución de ideas estéticas que se generó en la segunda mitad del s. XVIII⁴⁸⁴.

El examen de «pensado» se aplicaba al proyecto de gran complejidad con múltiples detalles (comprendía el informe de ubicación, planta, fachada, método constructivo, cálculo del proyecto y planos de planta, fachada y sección) y en el de «repente», se elegían los temas del libro de *Asuntos*, en el que por ejemplo, el nº 69 era un «hospital para 100 enfermos con todas las proporciones y comodidades correspondientes, planta, fachada y corte». Se trataba de un trabajo más práctico encaminado a demostrar la habilidad del examinado; al principio, se usaba el mismo asunto en los dos para contrastarlos⁴⁸⁵ y, en ellos, el influjo del barroco europeo y el clasicismo se iba haciendo cada vez más patente (arcos de triunfo al modo de los antiguos romanos, órdenes, etc.). Hasta 1774 abundaban las edificaciones de tipo palaciego y religioso y una menor presencia de viviendas y obras públicas pero, poco a poco, se fue evolucionando hacia otros modelos arquitectónicos donde la arquitectura civil se representaba con ayuntamientos, plazas de toros, almacén de comestibles u hospital. En los temas de la Academia se expresaba también el desarrollo de una serie de escuelas de cirugía y hospitales que, comenzando por la Real Sociedad Médica sevillana, se extendieron por todo el país⁴⁸⁶.

En la segunda mitad del XVIII, pero sobre todo cuando avanza el XIX, la Academia se hizo eco de las pautas que los demás países europeos iban desarrollando en materia higiénico-sanitaria, por lo que proliferaron proyectos en este sentido (hospitales, hospicios, lazaretos) que se proponían como tema de examen para obtener, no sólo premios, sino también pensionados, títulos u otros honores. No conviene olvidar que todo ello conllevaba también un carácter de obra sobre papel, con finalidad en sí misma, que favorecía en ocasiones la megalomanía, si bien, debían tener cierta verosimilitud para el jurado.

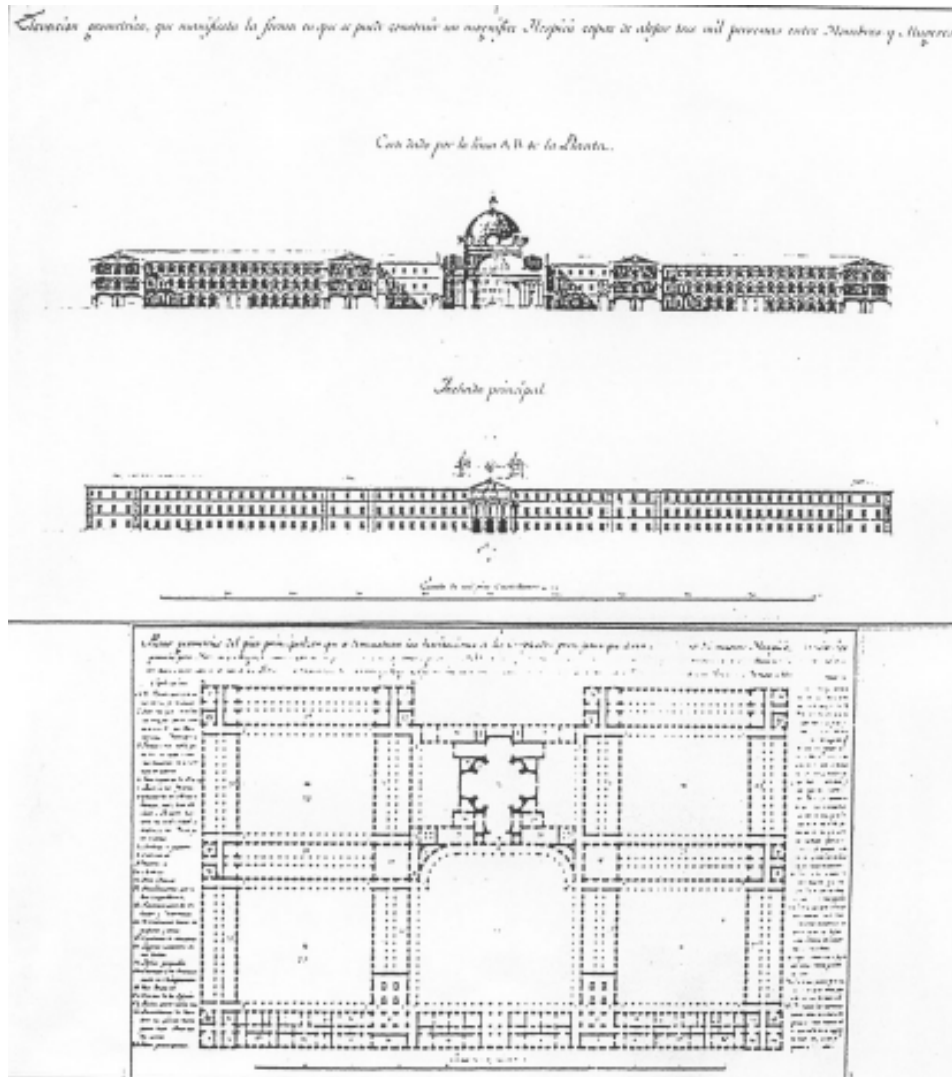
Así en el tema de examen de 1760 la «prueba de pensado» para premio de primera clase consistía en «un gran hospital con todas sus comodidades, oficinas y servidumbre. Plan de quarto bajo y otro del quarto principal, fachada y corte interior, todo geométrico. Se expresará esta idea en pliegos de

papel de olanda de la marca que llaman Imperial o de la grande águila»⁴⁸⁷. No conocemos estos proyectos dado que quedó vacante el premio tras ser examinados los seis opositores por los académicos Joseph de Hermosilla, Francisco Sabattini, Conrado Giaquinto, Diego Villanueva, Jayme Marquet, Joseph Castañeda y Miguel Fernández. Fueron al principio rechazados tres de ellos por no ajustarse al asunto procediéndose después, como establecía el Estatuto, a hacerles a los tres restantes admitidos las preguntas «tanto sobre las pruebas, como sobre las obras de pensado, porque como en este arte no se prueba la pericia precisamente por el primor del dibujo, sino es por saber la razón de lo que se executa, y las doctrinas que reglan y dirijen las operaciones, no podían con solos dibujos conocer en qual de ellos había más mérito, esto es qual opositor había tenido más reglas, más doctrina y más estudio para practicar las operaciones puestas en el papel... pero en ninguno había mérito para el primer premio»⁴⁸⁸.

En la Academia de S. Carlos el tema del concurso general de premios de 1780 fue el de «Casa Hospital General de hombres y mujeres, con capilla, piezas para convalecientes y todas las oficinas correspondientes», obteniendo el premio de primera clase Vicente Marzo, con un diseño rectangular distribuido en tres zonas diferenciadas con sucesivos patios⁴⁸⁹.

En 1778 la Academia de S. Fernando planteó para la convocatoria del premio de primera clase, como tema para la prueba de pensado, «un grande hospicio con comodidades para fábricas, manufacturas, habitaciones de dependientes, y división oportuna para hombres y mugeres: templo capaz con tribunas separadas para los dos sexos, todo con magnificencia: planta del quarto baxo, otra del principal: fachada y corte todo geométrico», a la que se presentaron ocho aspirantes, resultando ganador el proyecto de Guillermo Casanova (fig. 95)⁴⁹⁰. Diseñó un hospicio para albergar a 3.000 personas, permitiendo su distribución la separación de sexos habitual, con cinco grandes patios a los que se accedía por arquerías, manteniendo la iglesia un lugar destacado como eje de simetría al fondo del gran patio central. Se utilizaba la planta baja para escuelas, fábrica de tejidos, almacenes, lavaderos, tahonas, boticas, etc., y los dos pisos superiores para dormitorios, enfermería y habitaciones del personal (maestros de talleres, maestras, rectora, etc.); la zona destinada a la administración, archivo, tesorería, etc, ocupaba el frente de la fachada.

Esto recordaba bastante al *Discurso* que ese mismo año, sobre este tema, expuso Jovellanos o el propio Joaquín de Murcia, quienes recogieron los principios de trabajo, salubridad e higiene propios de esta época, con escasas novedades; otros textos, como *Informes de las Reales Sociedades Económicas de Madrid y Murcia sobre erección, dotación y gobierno de Hospicios o Casas de Misericordia* (1781), seguían las reflexiones de Ward y se clasificaban a los acogidos en inválidos, semi-válidos y válidos, pero



95. Sección, alzado y planta de Hospicio. (Guillermo Casanova 1778). Varios (1992 a).

desde el punto de vista arquitectónico, las recomendaciones eran muy parcas, «estas casas se deberán construir o proporcionar si estuviesen hechas con respecto a la extensión de la provincia y número de pobres que se calcule podrá recogerse en ella, y con reflexión a las fábricas que convenga establecer, atendidos los materiales que produce cada país, por lo que no puede darse punto fijo ni determinada regla; pero sí puede decirse que en todas ellas deberá haber dormitorios, laboratorios y demás oficinas enteramente separadas y sin comunicación para ambos sexos... Para las fábricas deberá haber oficinas, almacenes, patios para tendedores, blanqueos, tintes urdidos y demás elaboraciones de las primeras materias. Será muy útil una extendida huerta... Es forzoso dentro de los hospicios haya fuentes o cauces de agua

corriente, cuyo uso conviene no menos a la sanidad de dichos hospicios, y debe haber proporcionada capilla, o iglesia dentro de dichas casas»⁴⁹¹.

Para Sambricio, el planteamiento en 1778 del tema del hospicio indicaba los contactos con la Academia francesa⁴⁹². De hecho, como ya mencionamos anteriormente, se observa gran semejanza entre el esquema del Hospital General de Sabattini y el del que ganó el Grand Prix de 1812 de Mr. Suys tanto por la disposición de patios como por el diseño de fachada, donde dominaba la horizontalidad del conjunto sólo alterada por algunos resaltes verticales sin especial decoración. El Gabinete de Dibujos de la Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando conserva un importante repertorio de proyectos de hospicios⁴⁹³: aparte del de Casanova cabe reseñar el de Mateo Guill (1778) -a quien se le otorgó el segundo premio de primera clase-⁴⁹⁴, el de Gregorio Sevilla, el de F. Lesmes Gabilán (1788), el de Manuel de Echanove (1793), el de Manuel Martínez Zoydo (1804), el de Baltasar Hernández, el de Juan Redecilla (1.845), el de Saturnino García y Martínez (1854), el de Agustín Santa Cruz o el de Juan Marcelino Sagarbinaga. También en esta institución hay interesantes diseños de Casas de Misericordia⁴⁹⁵.

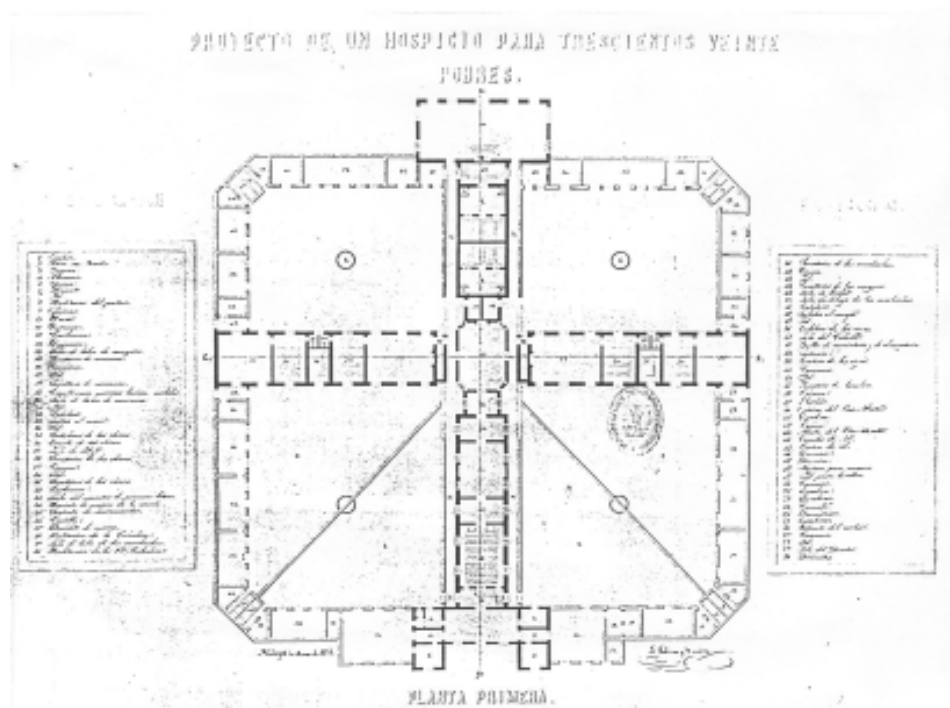
Asimismo, en la Academia de S. Carlos, se propuso como premio de concurso general en 1785 el tema de «hospicio formado sobre un cuadro que tiene de frente CDLXX palmos i de área CCXXMCM», ganado por Fray Joaquín de Niño Jesús, con diseño de seis patios y destacada iglesia de planta de cruz griega⁴⁹⁶.

También los ingenieros diseñaron hospicios en enclaves defensivos de la propia península, caso de J. Salinas y Ramírez quien firmó en Málaga, 1835, un proyecto de hospicio para 320 pobres, con menor monumentalidad que los proyectados por los arquitectos, recurriendo a una planta cruciforme inscrita en un cuadrado con ángulos achaflanados, utilizándose las crujías como dormitorios en el principal y enfermerías en la segunda planta (fig. 96)⁴⁹⁷.

Relacionados con los Hospicios cabría situar también los proyectos que se presentaron a la Academia de S. Fernando de las Casas de Niños Expósitos y las Inclusas; ejemplo de esta última sería el de Federico Inzenga y Castellanos, ya avanzado el s. XIX (1852) (figs. 97, 99), que diseñó un edificio exento en función de tres grandes patios (los dos primeros determinados por salas dispuestas en forma de «T») en torno a los que se distribuían las salas de maternidad, lactancia y enfermeras de niños; al fondo del último patio estaría la capilla del establecimiento con ábside semicircular, habitación del capellán, etc.. En la fachada resaltaba el triple balcón del cuerpo central y el torno a su izquierda⁴⁹⁸.

Como ocurría en otras Academias, en la de S. Fernando se planteó el tema de los lazaretos, institución que había ido desarrollando diversos esquemas a lo largo del tiempo. Se eligió este asunto para el premio de primera clase de 1805: «e proyectarán tres lazaretos para Madrid, indicando en un

plano geográfico de esta población los parajes donde se sitúen en las inmediaciones de ellos; 1º que sirva de observación para los objetos y efectos procedentes de los países contagiados con entera separación de los sexos, y de los que han salido de dichos pueblos quince días antes de declarado el estado de contagio, y de los procedentes de los pueblos situados a diez leguas de los ya declarados en dicho estado de contagio; el 2º para hospital de los apestados, y que reúna todas las ventajas convenientes para aislar el contagio y evitar que se difunda en los pueblos inmediatos; y el 3º para expurgar todos los efectos y géneros procedentes de países extranjeros. En papeles separados se manifestará con demostraciones de sus plantas, fachadas y corte, todo geométrico, la disposición de cada uno de los expresados lazaretos, con la explicación correspondiente; en cuya formación y situación se tendrán presentes las reglas y observaciones que prescriben Howard, Roussel, Papon»⁴⁹⁹. El primer premio, de Fermín Gutiérrez, presentaba un lazareto de observación (figs. 98, 100) con un perímetro octogonal para tendedores cubiertos, guardarropas, efectos de los albergados, etc. en el que se inscribía una cruz griega, cuyo núcleo era la iglesia de planta central, rodeada de una estructura octogonal donde se instalaban las dependencias comunes y zonas de fumigación que enlazaban por dos galerías con los pabellones de contagiosos. En el eje principal, pero aislado, estaba el edificio rectangular del



96. Planta del primer proyecto de Hospicio para 320 pobres. (Salinas Ramírez 1835).
 Cartoteca Servicio Histórico Militar 16-391.

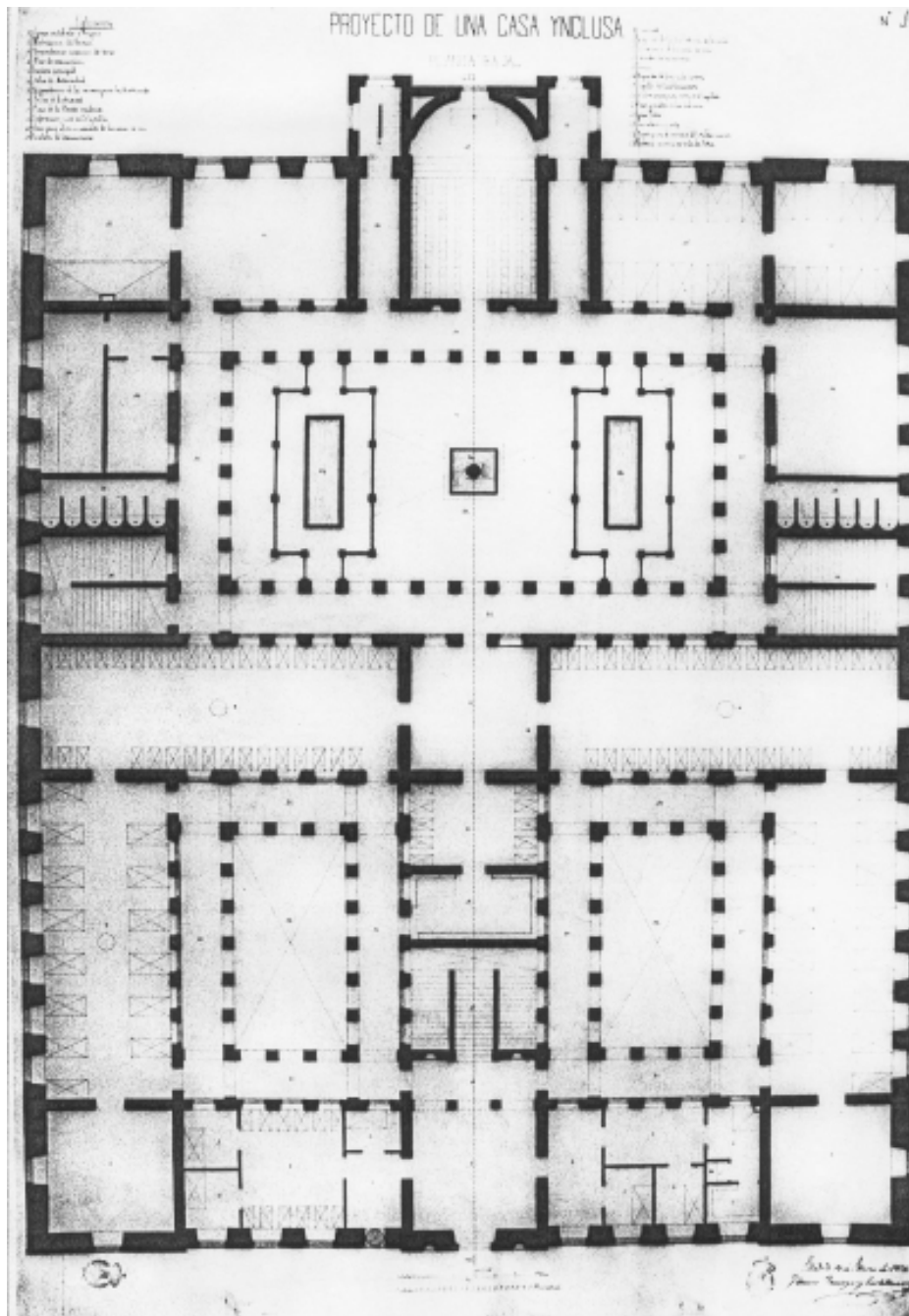
personal sanitario, capellán, etc. organizado en torno al patio; el lazareto para hospital de contagiosos utilizaba una estructura circular que conectaba con la cuadrangular.

El segundo premio fue otorgado a Miguel Antonio Marichalar (fig. 101) -reproducido por Sambricio- con un sistema radial -núcleo octogonal y cuatro brazos rectangulares- que, según Bonet Correa estaba inspirado en la casa de campo de Serlio⁵⁰⁰, y que recordaba el sistema de Petit -conocido a través de Bails-; se relacionaba también con las tipologías carcelarias y el panóptico de Bentham (1791).

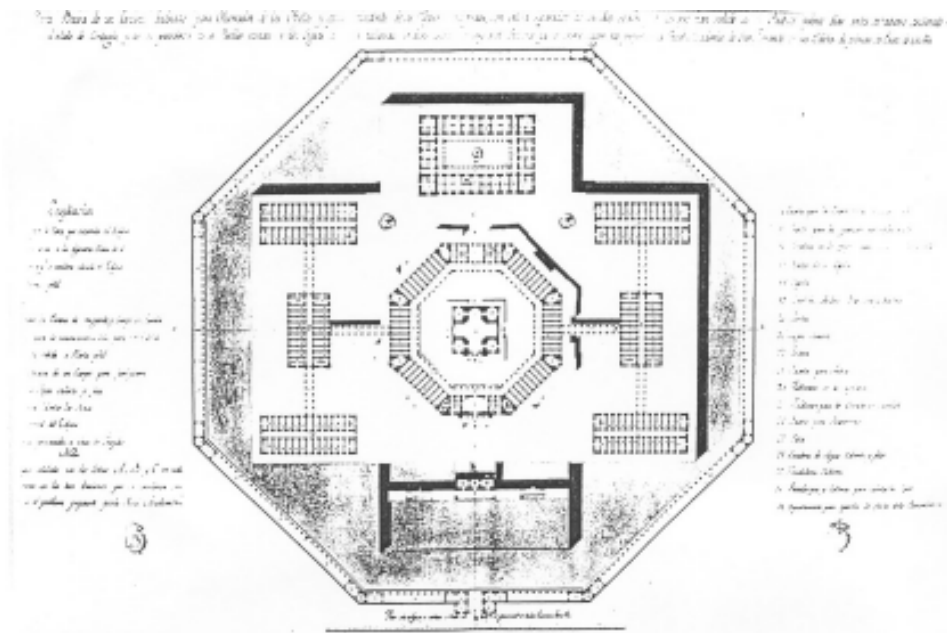
Con carácter más disperso, y huyendo de una perfecta simetría, se encontraba el diseño de José Ramón Más para un lazareto en puerto de mar (1854) (fig. 103), en el que predominaba el sistema de pabellones dispuesto en forma de «T», «X» o cruz griega inscritos en sus correspondientes cuadrados con la iglesia de planta rectangular en el centro del complejo⁵⁰¹. En el Gabinete de Dibujos de la Academia de S. Fernando se conservan, además de los ya mencionados, los de José París, José Oriol Mestre, Francisco Morales y Manuel Julián San Martín⁵⁰².

En cuanto a los diseños de hospitales presentaban un amplio abanico entre modelos palacianos, claustales, cruciformes, radiales y con pabellones. De los radiales destacaba el ampliamente reproducido de Pedro Manuel de Ugartemendía (1803) (fig. 102) para 1.300 enfermos y que manifestaba el influjo de Bails en la Academia; los diez radios confluían en la galería central y el perímetro circular se inscribía en un amplio cuadrado de construcciones, resaltadas con otras alas, que determinaban patios menores en los ángulos y en el lado opuesto a la entrada. Mantuvo el sistema radial el proyecto de José Rafuls (1842) (fig. 105) pero con dos núcleos -para hombres y mujeres- en perfecta simetría, interconectados, que dejaban dos grandes zonas cuadrangulares en el centro; formaba un conjunto de carácter oval que recordaba a un anfiteatro romano donde se aunaban factores higiénico-sanitarios con la monumentalidad clásica⁵⁰³.

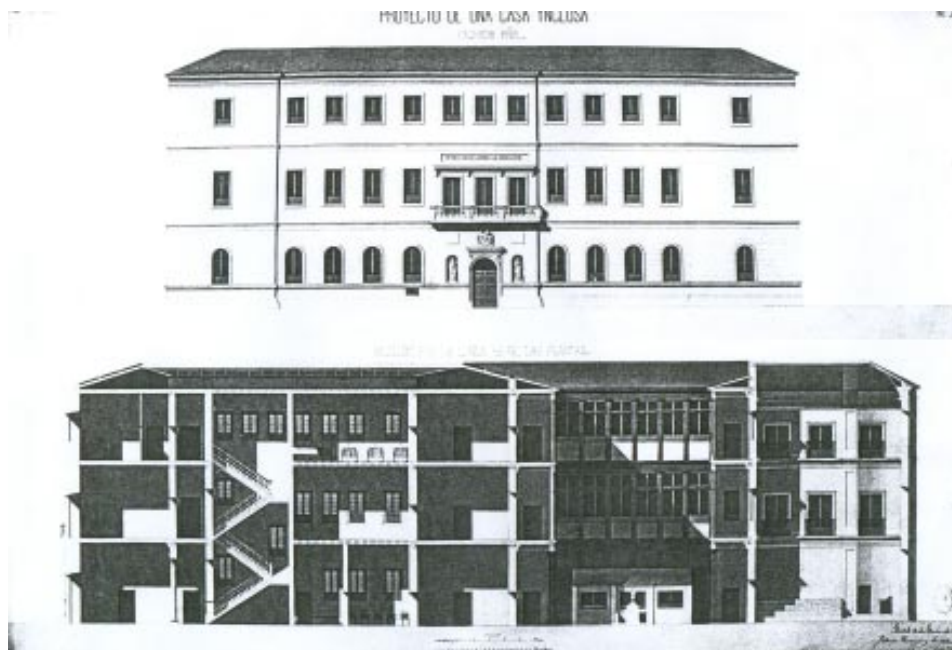
Otros proyectos resultaban más tradicionales, como el de Alday (1787), en torno a un gran patio cuadrado, con carácter claustral⁵⁰⁴, donde se distribuían las dependencias. En esta línea estaba el diseño de José Luis de Menchaca (1826) (fig. 104), en el que las enfermerías ocupaban dos salas en lados opuestos del rectángulo y en los restantes se instalaban las cocinas y demás secciones de servicio (botica, despensa, almacenes, archivo, etc.), con lo que las salas quedaban independientes entre sí, ventiladas sólo con huecos al exterior en uno de los lados ya que el otro no se abría a la galería del patio sino a las habitaciones de los vigilantes⁵⁰⁵. Habría que citar también el diseño sencillo de Ramón Jiménez de la Fuente (1830) (fig. 106) para un hospital de pueblo; en este caso, la planta baja estaba totalmente compartimentada, con iluminación del exterior y de la galería del patio, utili-



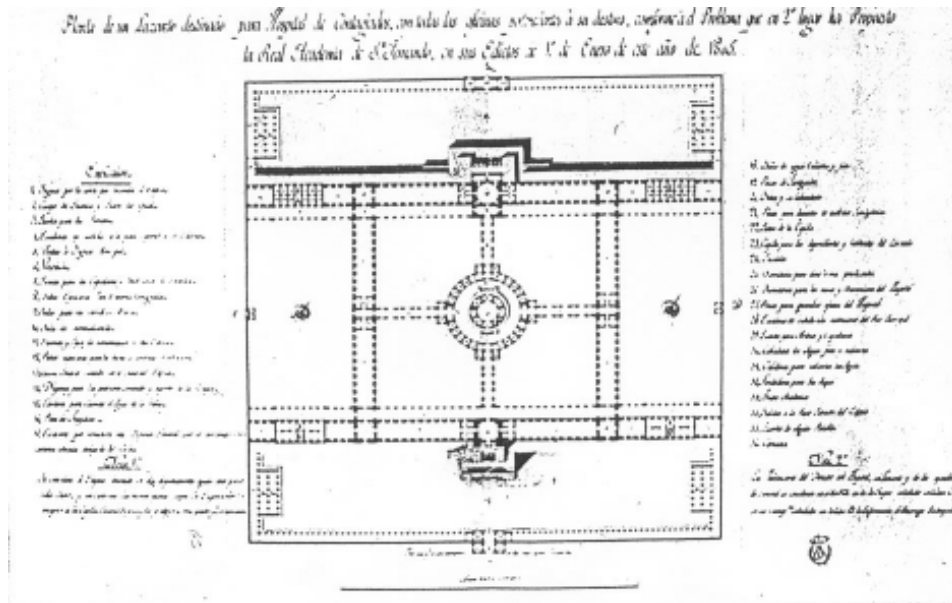
97. Planta del proyecto de Inclusa. (Federico Inzenga y Castellanos 1852). Gabinete de Dibujos Academia S. Fernando (G.D.A.S.F.), A-2694.



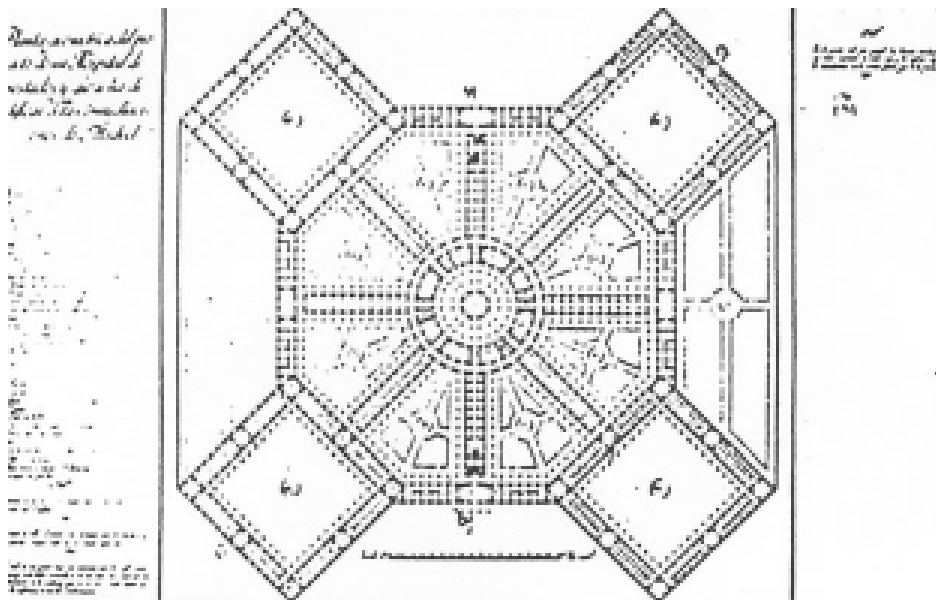
98. Planta del proyecto de Lazareto de observación para Madrid. (Fermín Gutiérrez 1805). Varios (1992 a).



99. Fachada y sección del proyecto de Inclusa. (Federico Inzenga y Castellanos 1852). G.D.A.S.F., A-2697.



100. Planta del proyecto de Lazareto de contagiados para Madrid. (Fermín Gutiérrez 1805). Varios (1992 a)



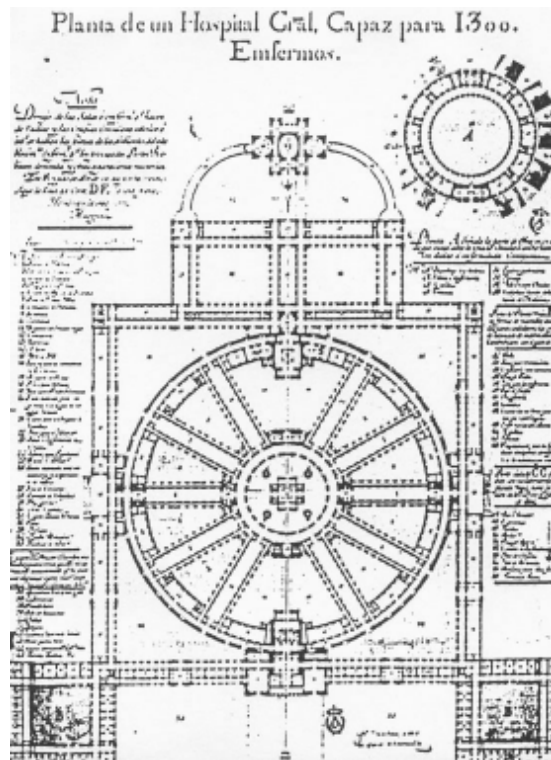
101. Planta del proyecto de Hospital de apestados para Madrid. (Juan Antonio de Marichalar 1805). Sambricio (1986)

zándose para servicios (cocina, despensa, almacenes, habitación del rector, capilla, etc.); destacaba, en la zona opuesta a la entrada, la iglesia de planta circular inscrita en la crujía. En el piso principal se instalarían las habitaciones para los practicantes y las salas de enfermos «por ser más sano a causa de la ventilación»⁵⁰⁶.

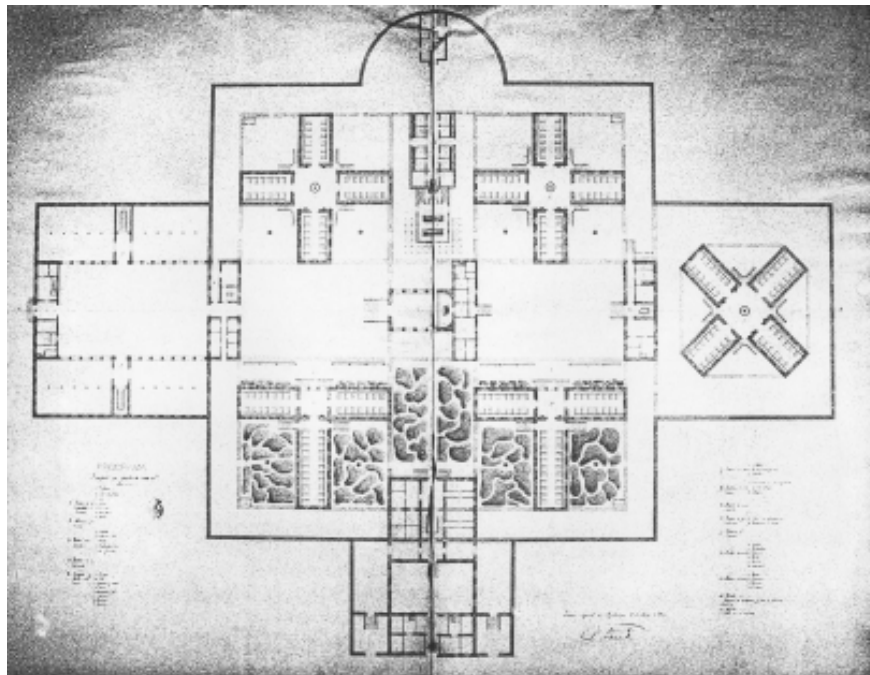
Aparecen variantes en plantas claustrales fundidas con las cruciformes, como el proyecto para hospital «de 60 camas para hombres y quarenta para mujeres, con las demás oficinas necesarias, según el asunto dado por la Real Academia de S. Fernando en 3 de marzo de 1793» presentado por Luis de Huertas (fig. 107); su forma recordaba un cuadrado con los vértices resaltados, lo que creaba dos lados retranqueados que rompían la monotonía del conjunto; las amplias salas ocupaban dos lados consecutivos del perímetro (abiertas al exterior y a la galería interior) y en los otros dos se disponían las dependencias accesorias (secretaría, contaduría, refectorio de practicantes, etc.); las galerías determinaban en el centro un cruce que subdividía en cuatro el gran patio, confluyendo en la iglesia central de planta circular inscrita en un cuadrado⁵⁰⁷.

Más avanzado en el tiempo se presentaron diseños en torno a dos patios (que recordaban a las plantas de hospicios de Lesmes Gabilán -1788- o Manuel Echanove -1793-), como el de José Antonio Pérez (1827) (fig. 108) para un hospital de ciudad de provincia. Mostraba una silueta de planta rectangular, con resaltes en los ángulos y en la puerta principal, destacando el cuerpo central formado por la entrada, la iglesia de cruz latina con crucero ligeramente marcado y el teatro anatómico circular, que avanzaba en el centro de la fachada posterior. Este eje determinaba dos patios que recordaban al hospital Tavera, si bien el lugar preponderante de la iglesia de aquél estaba ocupado aquí por el teatro anatómico. La iglesia lograba la división espacial de los patios y el reparto simétrico de dependencias. Como era habitual, los servicios administrativos (consultas, oficinas del contador, etc.) se instalaban en compartimentos de la crujía de fachada, y la zona de cocina, almacenes, etc. en la opuesta; las laterales permitían la ubicación de las grandes salas de enfermos que, al estar ventiladas y aisladas entre sí, recordaban el sistema de pabellones, dejando los cuartos de practicantes y vigilantes en sus extremos así como cuatro habitaciones para enfermos, de menor tamaño, en los ángulos del edificio⁵⁰⁸.

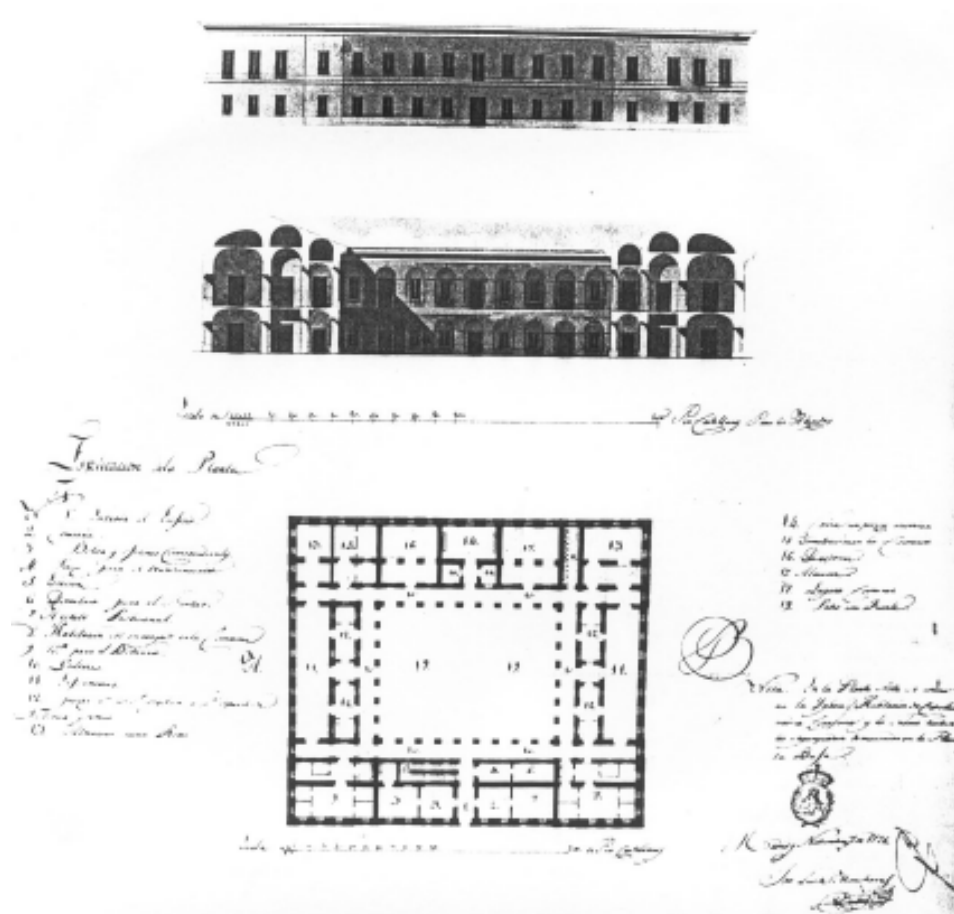
Distribución en torno a tres patios presentó José Rodríguez (1845) (fig. 109) para «casa de dementes con jaulas para los más poseídos y celdas de distribución para los maniáticos y habitación para un Rector, un Medico cirujano, un administrador, un Conserje, varios loqueros y demás servidumbre con separación de secos, capilla, un salón para reunir los menos atacados, baños, labadero y demás oficinas que le corresponden»⁵⁰⁹. En este caso, todo el espacio estaba compartimentado buscando una alta ocupación, así había celdas dispuestas hacia el exterior y en torno a los tres patios.



102. Planta de Hospital General para enfermos. (Pedro Manuel de Ugartemendía 1803). Sambricio (1986).



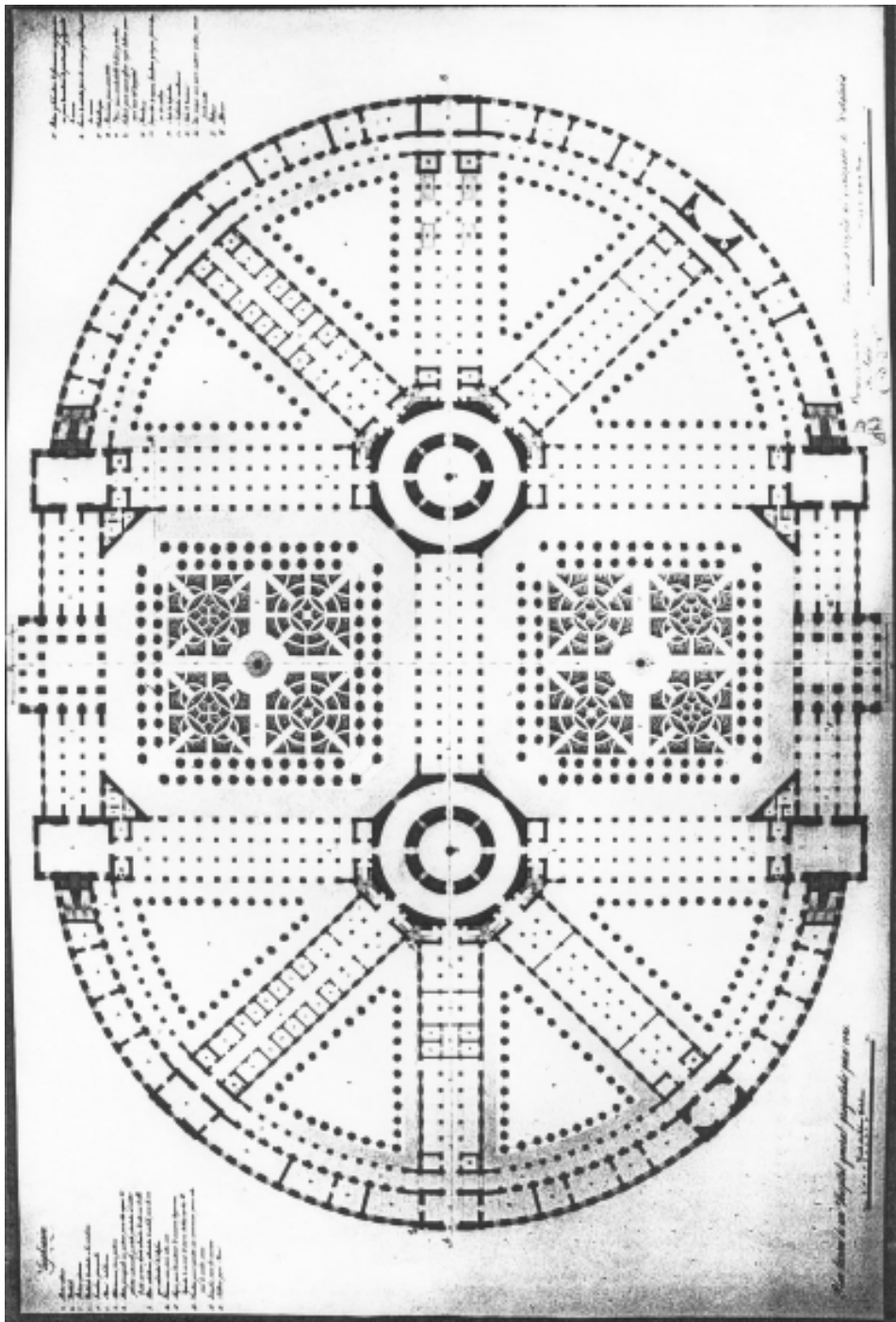
103. Planta del proyecto de Lazareto. (José Ramón Mas 1854). G.D.A.S.F., A-2661.



104. Planta, alzado y sección de Hospital. (José Luis de Menchaca 1826). G.D.A.S.F., A-2462.

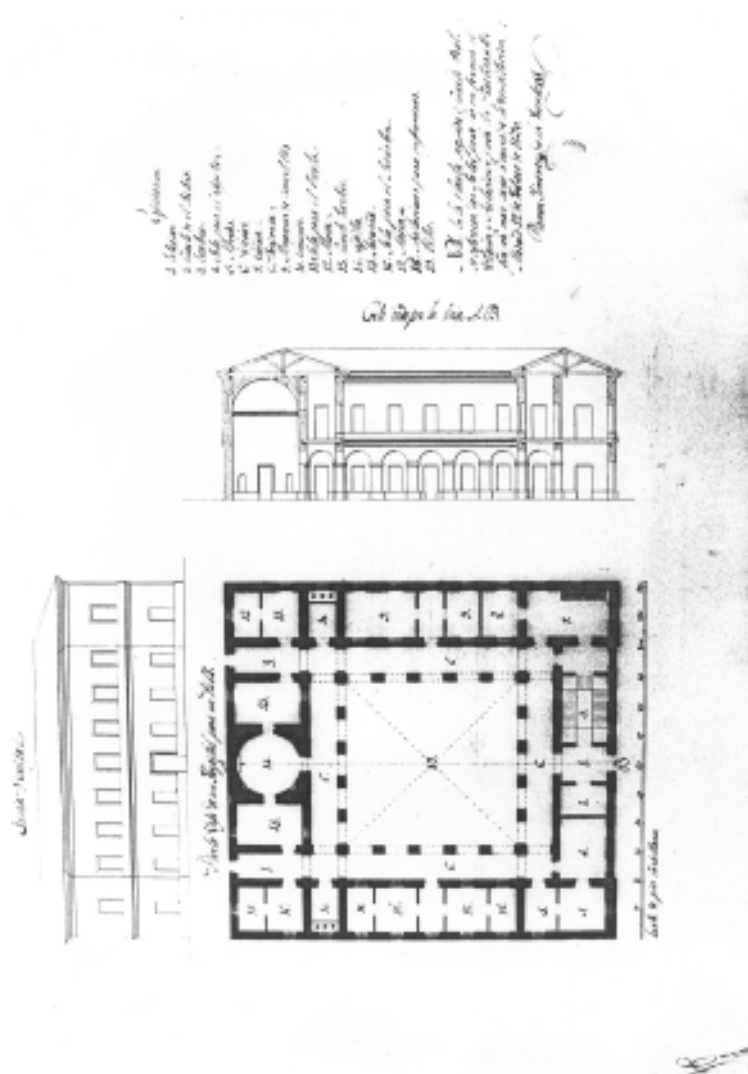
Diseño de parrilla y más compleja distribución de patios cuadrados, rectangulares e, incluso ovales, presentó Pascual Rezusta (1795) (fig. 110) para Hospital General. En el eje de simetría resaltaba la iglesia de cruz latina, de grandes dimensiones, y en la crujía opuesta el teatro anatómico circular; las salas rectangulares, de diversa longitud (según se dispusiesen en patios de mayores o menores dimensiones), presentaban un tratamiento semejante a los pabellones por sus condiciones de ventilación, aislamiento y conexiones con galerías⁵¹⁰.

En el caso del proyecto presentado por Atilano Sanz (1821) para un Hospital General en Zaragoza u otra población grande (fig. 111), con bajo, principal y segundo -de gran monumentalidad-, se seguía un sistema de nueve patios, interconectados, de los que ocho tenían carácter cuadrangular y uno muy amplio, semicircular, determinado por la crujía curva, que enlazaba los vértices del hospital, en la que se ubicaba el manicomio con sus depen-

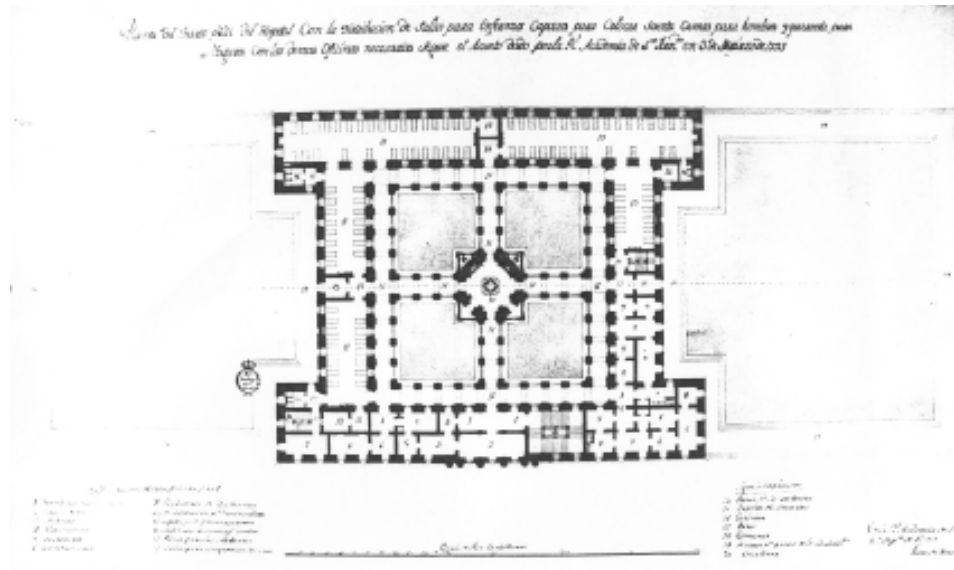


105. Planta para Hospital General (José Rafuls 1842). G.D.A.S.F., A-2544.

dencias más indispensables para clasificar a los enfermos. En el bajo del cuerpo cuadrangular se instalaba, además de la entrada, la sección de administración, la recepción de expósitos, cuerpo de guardia, etc. y en el resto de los patios los almacenes, carpintería y demás elementos del servicio y personal. En el centro del conjunto se encontraba la iglesia de planta central con tribunas en el piso principal, habitaciones del sacristán, etc.. En el piso principal se hallaban las habitaciones del enfermero mayor, médico, archivo, etc. así como las de los enfermos distinguidos, que ocupaban las crujías en torno al patio del extremo derecho cercano a la entrada (salas de cirugía independiente, comedor, etc.). Había también salas para unciones, enfermedades epidémicas, convalecientes, con la correspondiente separación de



106. Planta, alzado y sección de Hospital (Ramón Jiménez de la Fuente 1830). G.D.A.S.F., A-2479.

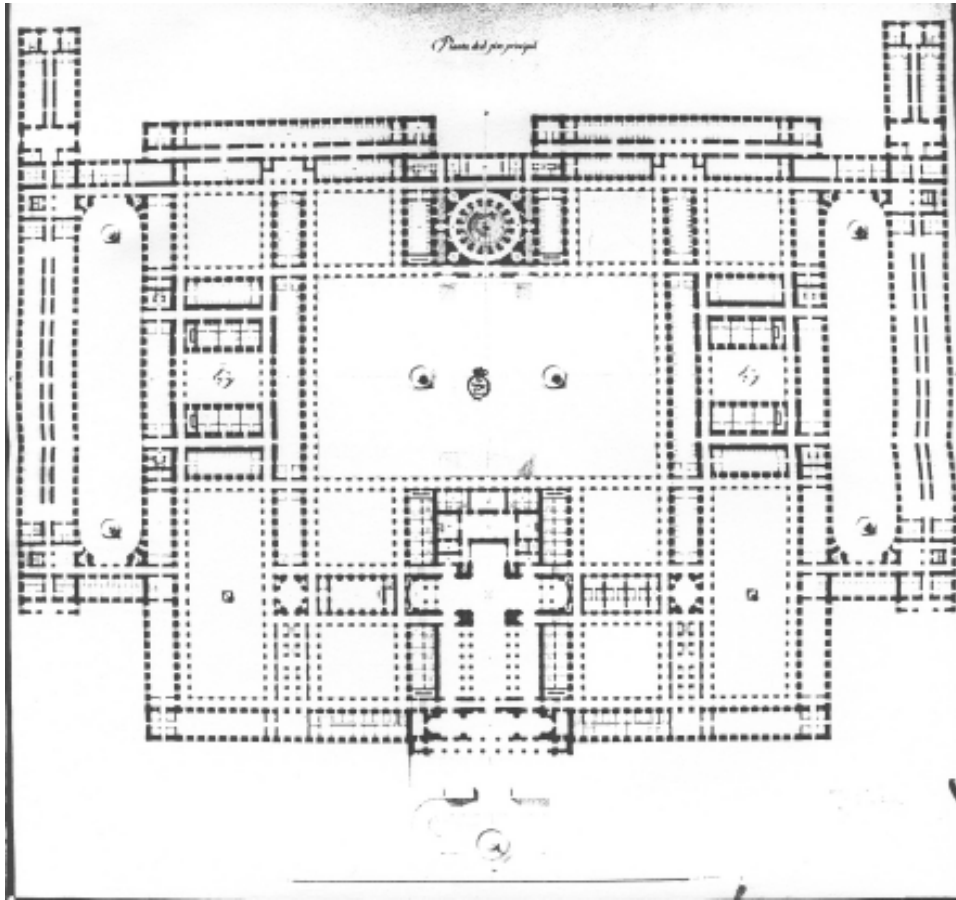


107. Planta de piso principal para Hospital (Luis de Huertas 1793) G.D.A.S.F., A-2438.

sexos, salas para presos y de cirugía para enfermos comunes. En cuanto al piso segundo «consta de la misma distribución que el principal pero en éste todas las galerías son descubiertas a fin de que el ambiente pueda circular mejor pues de esta suerte serán más sanas todas las estancias de lo interior del edificio además sobre el salón de sitiados que en todo lo que corresponde al cuerpo abanzado del centro como ya lo indican los alzados hay otro piso con destino para la Cátedra de Cirugía, biblioteca y demás; las salas que corresponden a la parte del jardín que son las señaladas con las líneas A y B y C están destinadas para las retiradas y los expósitos con las demás oficinas necesarias. Todas las demás estancias podrán tener el mismo destino que las del piso principal o el que más acomode con arreglo a las circunstancias». Pese a lo avanzado de la fecha se mezclaban funciones propias del hospital y el hospicio, aunque era interesante la solución del último piso para favorecer la ventilación de los pisos inferiores⁵¹¹.

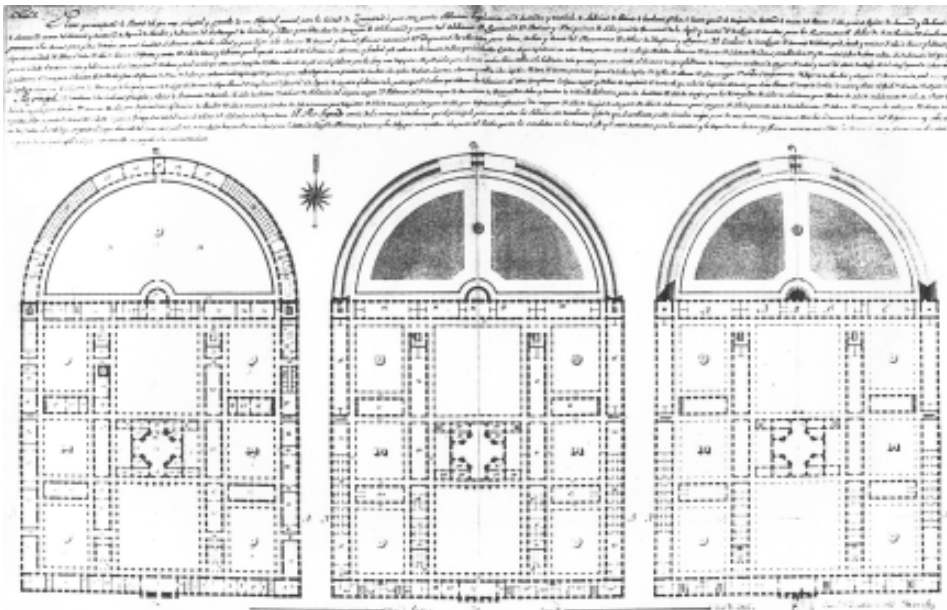
Semejante al anterior pero de menores dimensiones era el proyecto de «Hospital para un pueblo de cuatro a cinco mil vecinos, capital de provincia, capaz de contener cómodamente de 480 a 500 enfermos de ambos sexos con todas las oficinas y habitaciones de empleados correspondientes» (1838) de Lorenzo Francisco Moñiz (fig. 112); en este caso aparecían seis patios (cinco en el perímetro rectangular y un gran patio semicircular) ocupando la iglesia el centro de la cruzía posterior -opuesto a la entrada- sin interrumpir el gran patio central⁵¹².

En la misma línea de hospital en parrilla y patios interconectados conviene reseñar la prueba de examen realizada a los 25 años por el arquitecto José Trigueros (futuro Arquitecto Municipal de Málaga) en 1839 para «un



110. Planta del proyecto de Hospital (Pascual Rezusta 1795). G.D.A.S.F., A-2441.

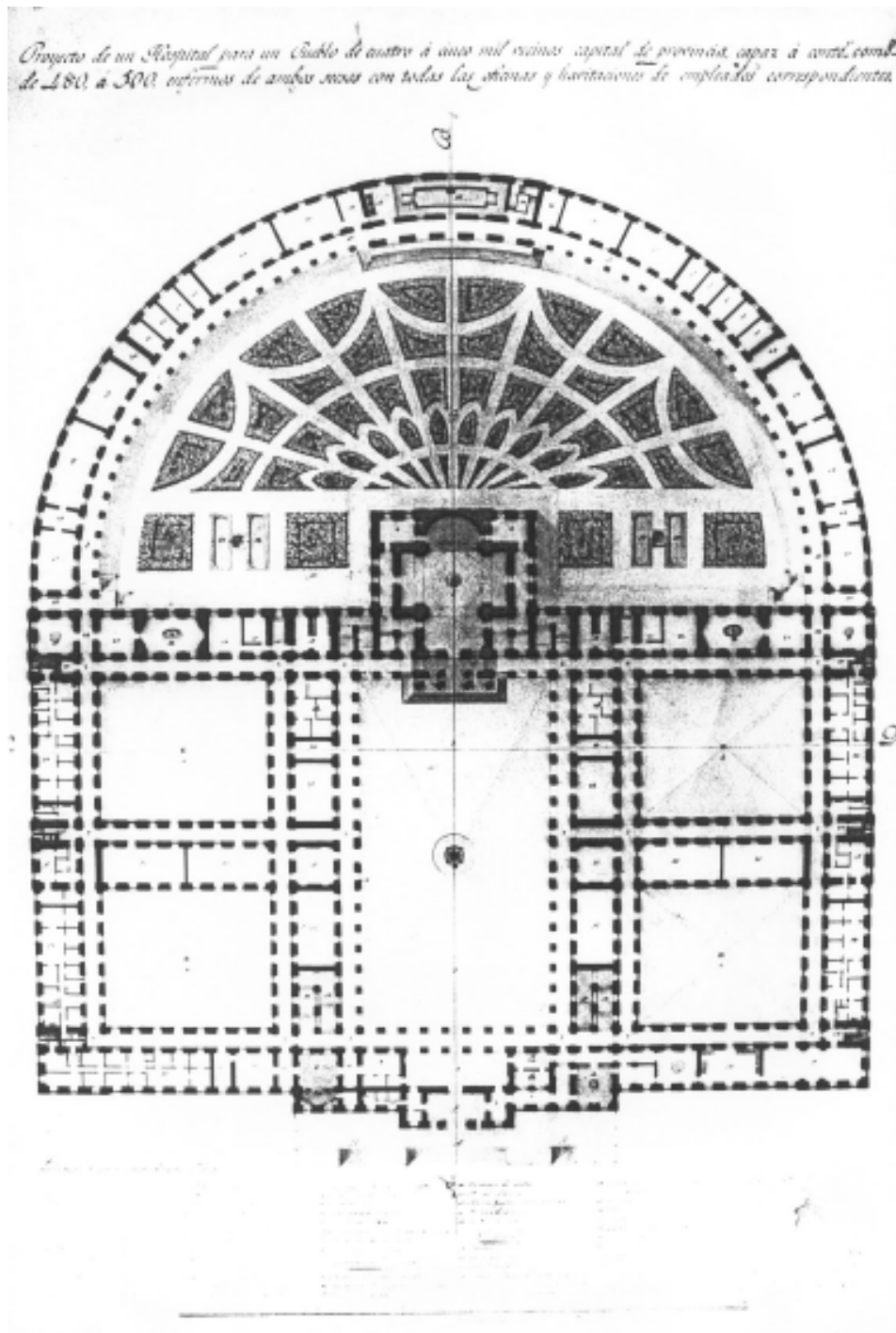
hospital destinado para la ciudad de Málaga». En una estructura simétrica se distribuían las crujías separadas por nueve patios y, según la explicación de la planta baja (fig. 113), en la entrada se instalaban las escaleras, porterías, salas para recibir enfermos, habitaciones del médico y cirujano de guardia y almacén de ropas del enfermo; en todo el perímetro, y perpendiculares a éste, se disponían distintas salas de enfermos, concebidas como pabellones abiertos a galerías con bóvedas de crucería. Casi en el centro de la composición se encontraba la capilla de planta central con tribunas en el piso superior, pero sin destacar especialmente dentro del conjunto ya que figuraba enlazada a tres salas que determinaban una «T» invertida. La crujía trasera se abría a una gran zona verde cercada por galería (que abarcaba casi el 50% de la zona construida) donde se instalaban las cocinas, lavaderos, piezas agregadas, otras dependencias del servicio, depósito de cadáveres, etc.. En la planta principal se situaba el salón de juntas, secretaría, contaduría, tesorería, habitaciones del rector, enfermero, etc. así como salas de enfermos al igual que en el bajo. Las fachadas presentaban una disposición austera con



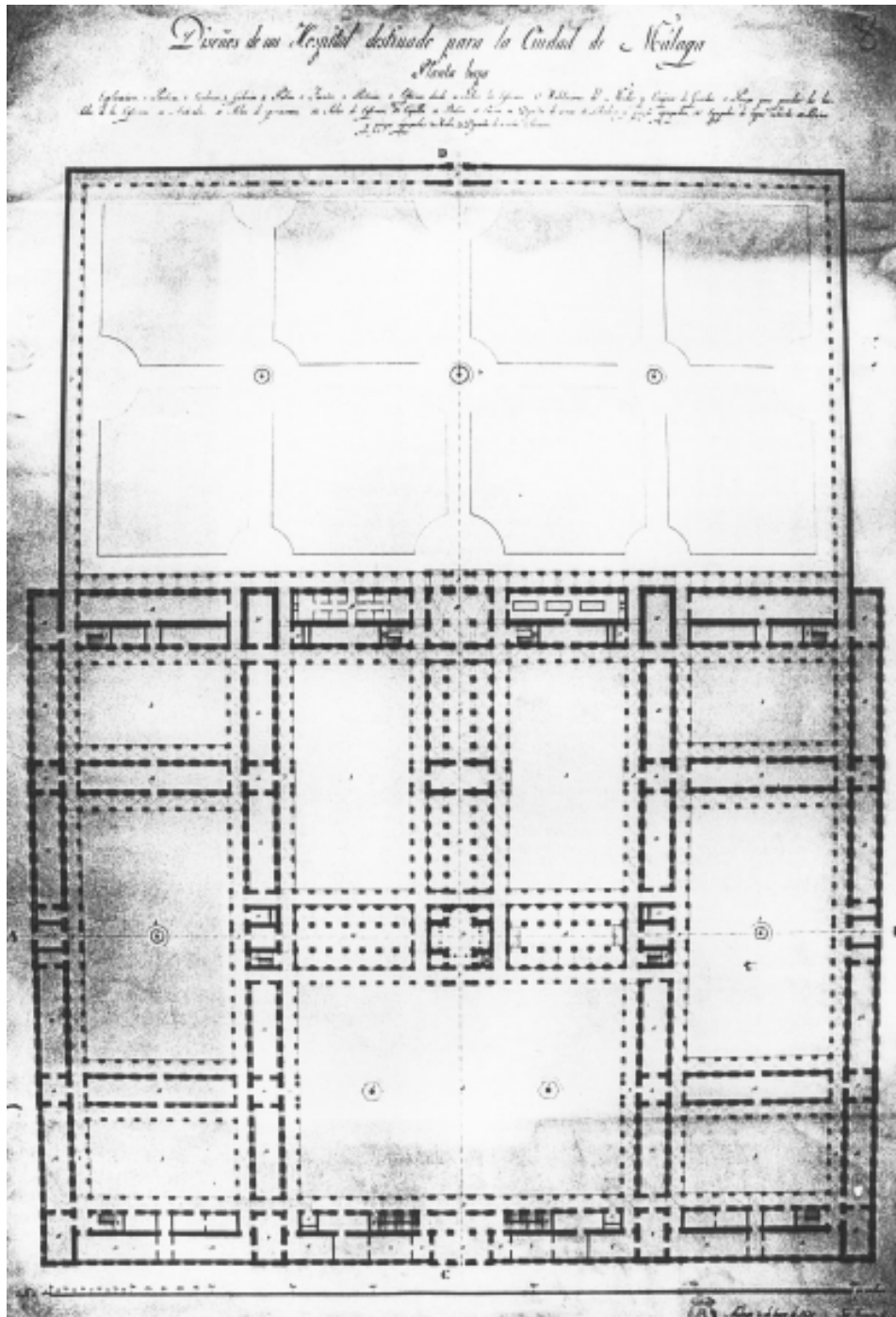
111. Planta del proyecto de Hospital (Atilano Sanz 1821). G.D.A.S.F., A-2451. Santamaría Almolda (1996).

escasos elementos decorativos, las ventanas mantenían una cierta monotonía que se rompía con los moldurados del triple hueco que marcaba el ingreso en el edificio y que resaltaban ligeramente avanzados con respecto al resto del lienzo de fachada, lo que se repetía en los ejes donde se insertaban las crujeas perpendiculares y en los extremos⁵¹³.

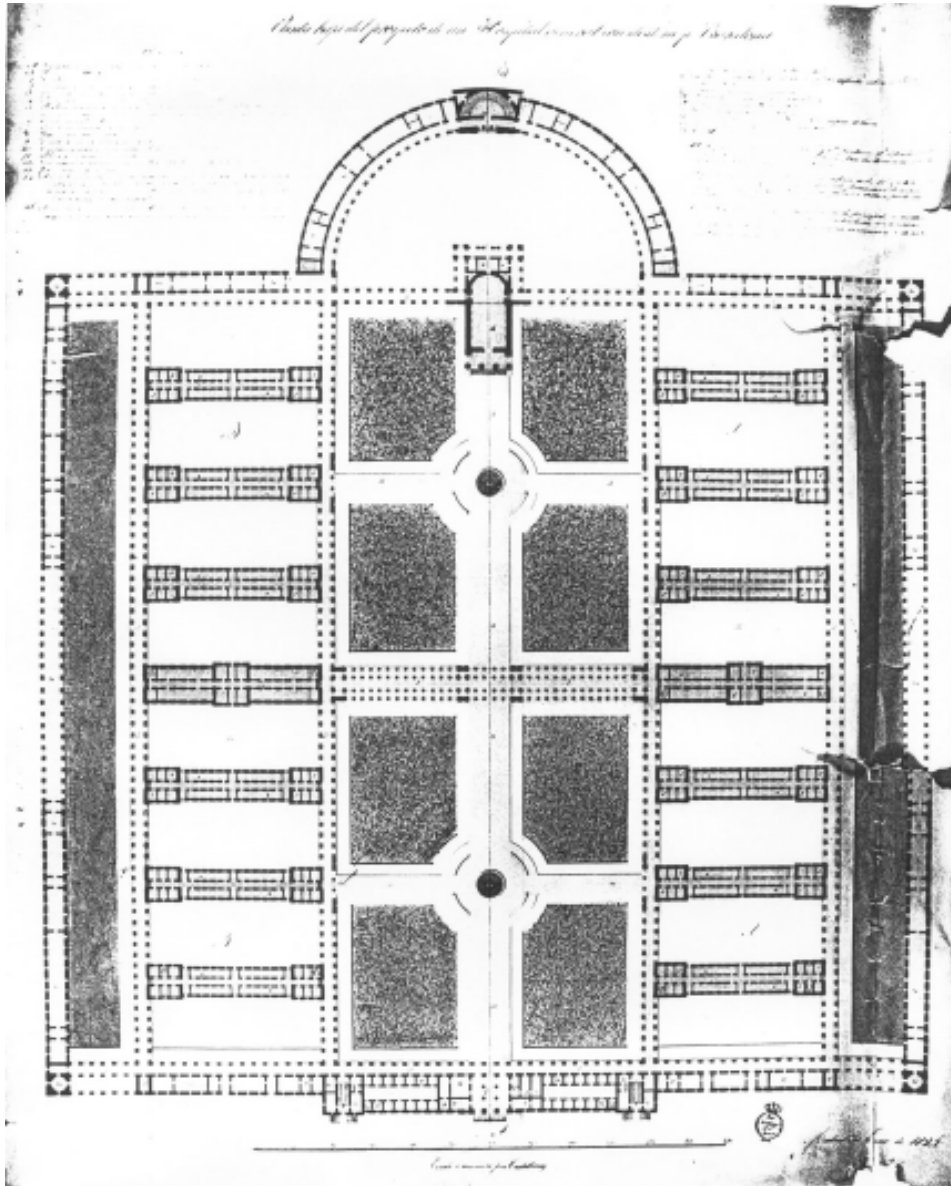
En torno a las mismas fechas se plantearon también en la Academia los diseños con sistema de pabellones según el modelo francés difundido por Foronda. Una encendida defensa de él se observaba en el proyecto de 1803 para un Hospital Militar en Barcelona -4.000 enfermos-. Se insistía en la necesidad de una «arquitectura arreglada, noble y sencilla sin lujo pero donde la ventilación, la separación de salas para clasificar las enfermedades, el proporcionar los medios para la limpieza, el que se construya en paraje sano y ventilado y el que aquellas oficinas interiores necesarias se coloquen al cuadrante que convenga y tengan al mismo tiempo la unión y separación correspondiente». También fueron de especial interés las reflexiones del Intendente al Sr. Viceprotector sobre el informe que la Junta Superior Gubernativa de los Colegios de Cirugía-Médica de esta Corte dieron sobre la salubridad de una instalación para 4.000 enfermos o su división en varios edificios (720 en cada uno) para lo que se esgrimían, no sólo criterios arquitectónicos sino económicos, ya que, atendiendo a los cálculos de Mr. Necker, la asistencia diaria en un hospital pequeño sería de 2 reales y en uno grande de 5⁵¹⁴. Tal vez la apuesta más fuerte de la Academia por el sistema de pabellones la realizó entre 1851-1857 con su apoyo al diseño del Hospital de la Princesa de Aníbal Álvarez⁵¹⁵.



112. Planta del proyecto de Hospital para un pueblo de 4.000 a 5.000 vecinos. Capital de provincia. (Lorenzo Francisco Moñiz 1838). G.D.A.S.F., A-2515.



113. Planta baja del diseño de Hospital para Málaga. (José Trigueros 1839). G.D.A.S.F., A-2524



114. Planta baja del proyecto de Hospital General para Barcelona. (Francisco Valles 1825). G.D.A.S.F., A-2454.

Entre los proyectos conservados en la Academia correspondientes a esta tipología cabe señalar el de Francisco Vallés (1825) para un Hospital General en Barcelona (fig. 114) con 14 pabellones perpendiculares al gran patio central dispuestos simétricamente e inscritos en un gran rectángulo; una construcción semicircular (que incluía el teatro anatómico) envolvía el cuerpo de la iglesia, que se encontraba en eje con la entrada. El diseño de cada pabellón seguía el modelo francés con las unidades de vigilancia y servicios en sus extremos. Se conectaban con galerías, como el de Leroy o de

Poyet, pero se diferenciaría de ellos en que rompía la continuidad del gran espacio central, que conducía a la iglesia, al disponer una galería transversal⁵¹⁶.

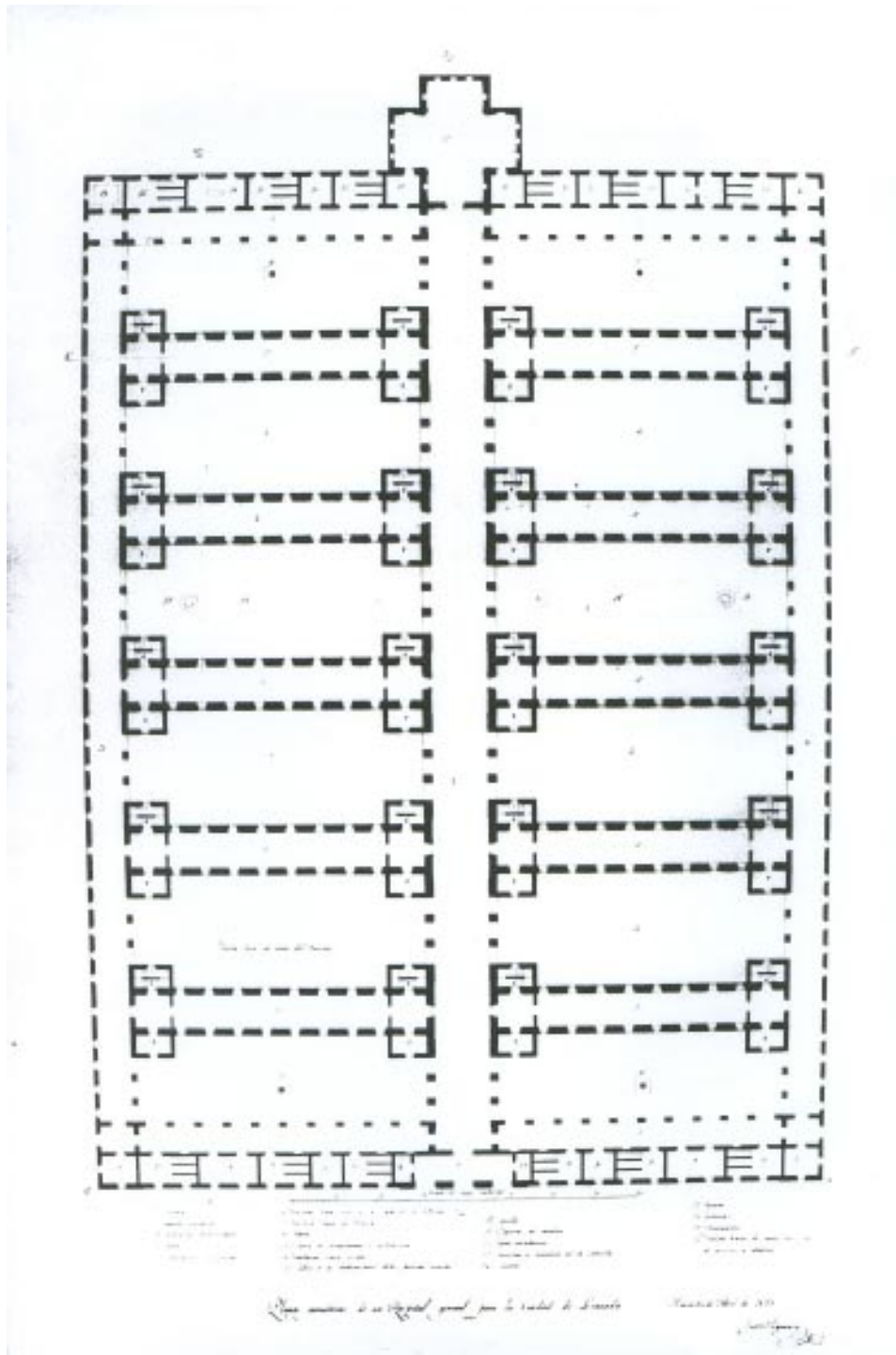
De mayor sencillez era el proyecto de 10 pabellones de Juan Puignaré para un Hospital General en Granada (1833) (fig. 115) donde seguía el modelo del programa de Poyet, pero con mayores limitaciones espaciales, ya que desaparecía el gran patio central (que comunicaba con la iglesia) reduciéndose a una galería más de las que interconectaban longitudinalmente los pabellones; el hospital mantenía una perfecta forma rectangular sólo interrumpida por el perfil de la cruz griega de la capilla en el eje opuesto a la entrada⁵¹⁷.

Un proyecto mucho más ambicioso en dimensiones y complejidad fue el de José Casademunt para el Hospital de Barcelona (1829) (fig. 116) en el que se mantenía una estructura simétrica pero con doble eje, lo que determinaba una organización cuatripartita ya que los pabellones se ubicaban en función de cuatro grandes patios. El eje principal, que enlazaba la entrada con la iglesia y determinaba la disposición de 12 pabellones (6 en cada lado del patio central), se veía interrumpido por un amplio eje transversal que terminaba en exedras y en el que también se situaban otros 12 pabellones perpendiculares; en estos últimos, cuatro de ellos se enlazaban con las crujías exteriores que formaban el perímetro del hospital. Los pabellones recordaban las plantas de salón medieval, de carácter basilical, con soportes intermedios que determinaban tres naves cubiertas con sistemas cupuliformes mientras las amplias galerías se cubrían con bóvedas de crucería⁵¹⁸.

Proyecto con cierta semejanza con el St. Thomas de Londres fue el de Ramón de Mirondo (1837) (fig. 117) donde los 6 pabellones enlazaban perpendicularmente con los cuerpos anterior (administración) y posterior (servicios), dominando el sistema longitudinal, resaltado sólo por el eje central del pórtico de entrada y la iglesia de planta cuadrada al fondo⁵¹⁹.

El estudio detallado de los 446 arquitectos aprobados por la Academia entre 1814-1858 y el análisis comparativo realizado por Rosario Santamaría de las pruebas de pensado en esas fechas, revelan que fueron presentados veintitrés proyectos de edificios hospitalarios que representaban el 6% del total, sólo superado por el 19% de los diseños para centros de enseñanza (liceos, colegios, academias, universidades, institutos) o el 9% de los edificios religiosos (templos, catedrales, colegiadas, abadías, etc.). En ellos, y para las distintas tipologías, se reiteraban las formas regulares y geométricas de los jardines que, en los centros asistenciales, estaban relacionados además con los principios de higiene, salubridad, adorno de patios y recreo de enfermos y convalecientes⁵²⁰.

Las labores de control que ejerció la Comisión de Arquitectura en el campo relativo a hospitales, lazaretos o casas de caridad, revelaban los inte-



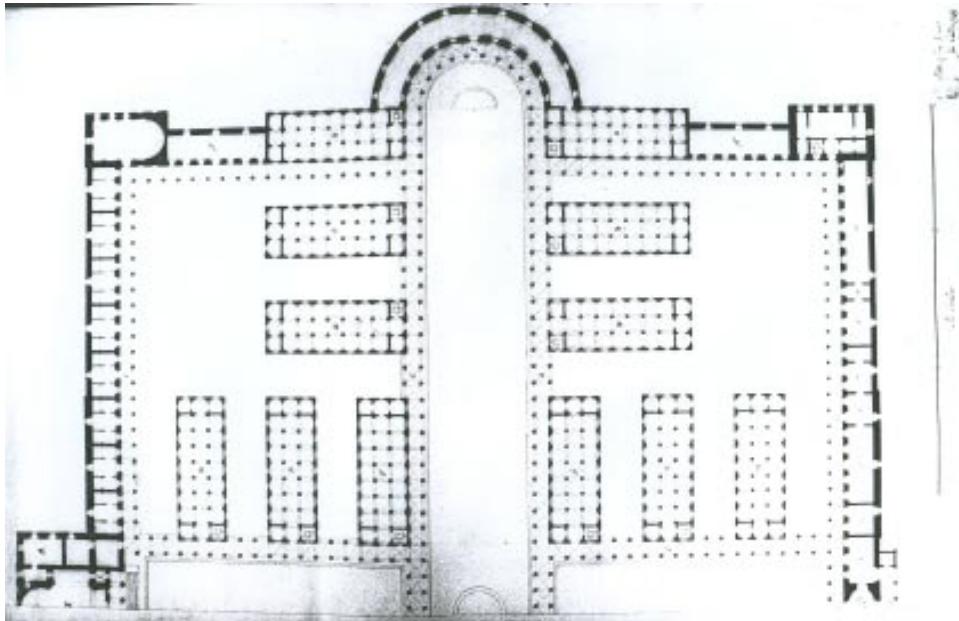
115. Planta de Hospital General para Granada (Juan Pignare 1833). G.D.A.S.F., A-2488.

reses de la Academia en aspectos concretos de salubridad, carácter de fachada, economía, vigilancia y comodidad que debían reunir estos edificios. Con respecto a Casas de Caridad y Misericordia se conservan informes sobre la construcción de la de Bilbao (1868), Reus (1870), Azpeitia (1833) o la de Logroño (1865) -del arquitecto provincial Jacinto Arregui-⁵²¹, la incluida dentro de la Casa de Misericordia de Lérida (1859) y la Casa de Caridad para Sta. Cruz de Tenerife (1853).

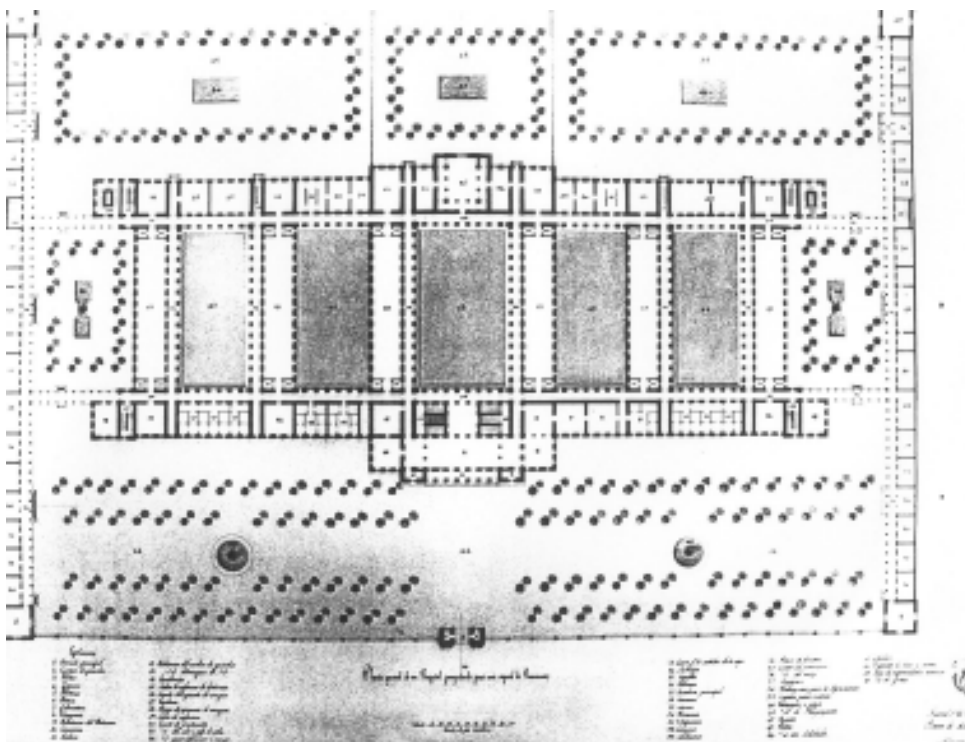
Resulta interesante el examen que la Sección de Arquitectura de la Academia de S. Fernando en 6-VI-1893 hizo del proyecto para el Hospicio de Madrid, encomendado por la Diputación al arquitecto Mariano Belmás, donde se insistía en valores constructivos, higiénicos o administrativos pero también, pedagógicos y morales. Aunque se atendía a las funciones educativas se advertía de los peligros «de hacer hombres medio instruidos sin provecho positivo... burócratas de más o menos vuelo que son actualmente la plaga que infecta las ciudades modernas», es por ello que se alababa el interés de la Diputación de encaminar a los asilados a la agricultura e industrias derivadas de ella «de que tanta necesidad hay en nuestro país», lo que se traducía también arquitectónicamente liberando amplios espacios para plantaciones, jardines, etc.; se insistía en las ventajas de la disposición arquitectónica por pabellones (al tiempo comunicados y aislados) que facilitaban la aireación y soleamiento. Al igual que ocurría en los hospitales, la ubicación de la capilla era un problema a resolver, ya que determinaba la disposición del proyecto según se concibiera de uso público o de exclusivo para los asilados⁵²².

Pero en ocasiones, para esas construcciones no se disponía de los lugares con condiciones idóneas y era necesario recurrir a reformar instalaciones como las parroquiales, caso del Hospicio de Burgos (1805), lo que también era controlado por la Academia que buscaba solucionar «*defectos de salubridad, distribución y decencia*»; el proyecto del arquitecto León Antón reconocía las dificultades de escasez de agua y el estar rodeado de edificios, pero reformó la parroquial de S. Esteban y su huerta achaflanando ángulos -para conseguir mejorar las alineaciones de fachada- y distribuyendo en torno a dos amplios patios las distintas dependencias⁵²³. Para la instalación del Colegio de Niñas Huérfanas, Emilio Rodríguez Ayuso propuso la reforma del Palacio Viejo de Vista Alegre; con ciertas correcciones relativas a la higiene, como la ubicación de la enfermería (no debía de estar rodeada de dormitorios sino en un extremo del edificio con escaleras y servicios propios) fue aprobada por la Sección de Arquitectura de la Academia de S. Fernando el 15-I-1888⁵²⁴.

Sobre el control de proyectos de lazaretos, cabe mencionar, entre otros, el del puerto de Vigo, aprobado en 1838 según los planos de Alejo Andrade, ampliado por José García Limeses (1848) y aprobado por la Academia en 1851 o los diseñados en colonias por el cuerpo de ingenieros⁵²⁵.



116. Planta para Hospital en Barcelona (José Casademunt 1829). G.D.A.S.F., A-2471.



117. Planta de Hospital proyectado para una capital de provincia. (Ramón de Minondo 1837). G.D.A.S.F., A-2500 .

Asimismo aparecían estudios de departamentos de dementes como el aprobado para Valladolid (1849) o el de Granada, para ser instalado en el hospicio (1859). Ese mismo año, el 28-VII, se planteó un *concurso para un proyecto de un manicomio modelo* por el que los arquitectos, en término de 90 días, debían presentar sus propuestas atendiendo al programa: 500 enfermos, en la provincia de Madrid, un sistema cuidadoso de clasificación, con secciones para varones y hembras, pensionistas, acogidos a beneficencia, agitados, sucios, tranquilos, etc. así como dependencias del manicomio - descritas minuciosamente- tales como sección de entrada, administración y oficinas, recepciones y juntas, capilla, servicios médicos, servicios farmacéuticos, servicio de alimentos, ropas y utensilios, almacenes de carbón y leña, jardines, cuadras, cocheras, habitaciones, cementerio y abastecimiento de agua. La Academia emitió su informe el 12-XII-1860 sobre los ocho opositores⁵²⁶.

También, en la comunicación de la Sección de Arquitectura del 17-V-1.887 sobre el programa para un manicomio en Pamplona, se especificaba que se basaba en la memoria científica presentada por los médicos, a la que el arquitecto, en el plan general de la obra, no debía contradecir; se seguía el modelo propio del s. XIX de pabellones, que permitía la clasificación de enfermos, contaba además con dependencias rurales y colonia agrícola; la capilla se situaría en el cuerpo central con dos naves unidas en ángulo recto donde se instalaría el altar⁵²⁷.

En cuanto al control sobre instalaciones hospitalarias propiamente dichas, la Academia tenía que insistir en principios que, aunque repetidos, no calaban lo suficiente; así pese a la insistencia de facilitar la aireación, aislamiento de los edificios y evitar el contacto con el resto de la urbe, aún se elevaban peticiones, como la del arquitecto Juan Soler, para reformar la fachada del Hospital de Lérida (1859) en la que se quería instalar -en el bajo-tiendas y habitaciones, a lo que la Academia se opuso tajantemente, recomendándole su uso accesorio para el propio hospital pero nunca para habitarlo, recordando que «los hospitales son siempre establecimientos insalubres, que por regla general deberían aislarse completamente y situarse fuera de las poblaciones para no contagiar a los habitantes de ella». Sí se aprobaron proyectos de hospitales provinciales como el de Cáceres o el de Incurables de Madrid⁵²⁸. Se dio conformidad a elementos de modernización tales como la instalación de un departamento de hidroterapia para el Colegio de San Carlos, anfiteatros anatómicos en antiguos hospitales como el de las Cinco Llagas de Sevilla (1853) o reparaciones como las de las boticas y enfermerías del Hospital Real de Santiago (1828)⁵²⁹.

En cuestiones estilísticas, en la Academia no se encontraban reparos a la utilización de repertorios medievalistas en nuevas obras enclavadas en solares de antiguas fundaciones de los Reyes Católicos pero se reprochó a veces, como en el caso del Hospital de Corte que se quería construir en el

solar del Buen Suceso de Madrid, que el arquitecto usara un estilo excesivamente original (aunque con elementos ojivales) que no recordaba a los monarcas que lo fundaron. La Sección de Arquitectura en Junta de 4-II-1861 creyó que le convendría se aunaran los tipos arquitectónicos y que aparecieran «con el carácter arquitectónico del tercer periodo del arte ojival, tomando por tipo la Capilla Real de Granada, S. Juan de los Reyes de Toledo o cualquier otro de los muchos edificios dedicados a la religión o a la caridad pública que erigiera aquella preclara soberana en los prósperos días para España de su reinado. De este modo el viajero así como el vecindado de la Corte tendrían un recuerdo perenne de tan notable época, pues bastaría mirar al edificio para recordar su origen y fundación»⁵³⁰.

La Academia también hizo observaciones sobre hospitales en temas tales como la disposición de los elementos (escaleras), iluminaciones, sistemas de calefacción, seguridad o añadidos de pisos para aislar las salas de los enfermos; pero, tal vez, las más frecuentes fueron las de carácter económico, pues algunos presupuestos eran considerados «escandalosos», sobre todo si se abusaba de los adicionales⁵³¹. Estableció puntualizaciones sobre materiales, así fomentaba el uso de basamentos de sillería -de mayor altura que un simple zócalo- para garantizar el aislamiento, o modificaba el empleo de la madera por el del hierro atendiendo a que aquella tenía un elevadísimo coste y menor duración que éste, cuyo precio había disminuido. Los recortes afectaban también al campo decorativo recomendando, por ejemplo, hacer más sencillas y sin cresterías las cúpulas de capillas de hospitales que ocupasen espacios centrales.

En definitiva, en el tema de los hospitales, la Academia mostraba la ambivalencia con la que la propia arquitectura se iba desarrollando entre las formas generadas por la necesidad, programa o economía y las ligadas a las fuentes figurativas clásicas. Los hospitales, desde el punto de vista económico, debían ser edificios austeros y funcionales, por ello, pese a la monumentalidad de los diseños en papel, la realidad constructiva obligaba a otros planteamientos. Buena muestra de esta situación la encontramos en la queja que la Sección de Arquitectura de la Academia expresaba, a raíz de la aprobación del proyecto del Hospital de Incurables del arquitecto Lorenzo Álvarez Capra, al Ministro de la Gobernación en un informe el 24-X-1877 donde manifestaba: «cuanto deplora el que las tristes y penosas condiciones que impone la economía, y la estrechez de los fondos de que se dispone sean constantemente causa de que en los proyectos de edificios públicos aparezca siempre, por necesidad y contra sus deseos, el Arquitecto como divorciado de las otras Artes sus hermanas, y que tenga que limitarse a decorar y caracterizar sus proyectos puramente con los elementos de construcción, prescindiendo del poderoso auxilio que podrían prestarle la Pintura y la Escultura, que completarían con su simbolismo el pensamiento artístico, embelleciendo además y aumentando su importancia y efecto»⁵³².

NOTAS

¹ Benevolo (1974), p. 913; (1973) p. 783.

² Pevsner (1980), p. 165. Otro importante estudio sobre tipologías hospitalarias europeas con gran repertorio ilustrado en Thompson, J; Goldin, G.: *The hospital: a social and architectural history*. New Haven and London, Yale University Press, 1975 citado por Soto Caba (1991 b), pp. 41-57

³ Leistikow (1967), pp. 9-10.

⁴ Jetter (1972), pp.263-295, Braunfels (1975), pp.13-20, 65-68, 305-308.

⁵ En Francia a esos establecimientos destinados a la reclusión de menesterosos se les denominaría 'hospitaux généraux', sin embargo, el término en castellano 'hospital general' servía para definir la reunión o agregación de hospitales; por tanto, la nomenclatura francesa resulta confusa al hablar de 'hospitaux' y 'hotel-dieu' como hospitales en el sentido tradicional de carácter sanitario y 'hospitaux généraux' para los asilos de reclusión, vaciando de contenido específico la palabra 'hospicio' que en castellano tiene connotaciones asilares muy fuertes. En este sentido, Carasa cree que se debían denominar hospitales a los establecimientos tradicionales con gran amplitud funcional, pero no sería apropiado nombrar así a los creados en la Baja Edad Moderna destinados a la reclusión de mendigos. Carasa Soto (1985), p.31.

⁶ En España, el hospital de Achuri en Bilbao pasó a ser sede del museo y después Escuela de Maestría Industrial. Gaya Nuño (1966), p.56. Esa misma versatilidad funcional parecen desplegar las construcciones conventuales que, en ocasiones fueron erigidas sobre antiguas casas señoriales cuyo patio haría las veces del claustro y el oratorio de capilla siendo destinados posteriormente a museos, cuarteles, ayuntamientos, escuelas, cárcel, etc. Navascués Palacio (1986), pp.20-27.

⁷ Soto Caba (1991 a), pp. 27-39.

⁸ Chueca Goitia (1965), pp. XII-XIV. Sobre las dificultades para las secuencias y establecimiento de formas tipo ver Kubler (1975), pp. 47-51; Gaya Nuño (1961), p. 35.

⁹ Lampérez y Romea (1993), T. I, p. 12.

¹⁰ Labasse (1982), pp. 23-24.

¹¹ Zárata Martín (1991), p. 87.

¹² Alomar (1980), p. 176.

¹³ Labasse (1982), pp. 273-279.

¹⁴ Labasse (1982), pp.286, 333.

¹⁵ Domínguez Alcón; Rodríguez; De Miguel (1983), p. 21.

¹⁶ Labasse (1982), pp. 18-19. Rosenberg (1995), pp. 10-11.

¹⁷ Mayntz (1972), p. 16.

¹⁸ López Piñero (1990), pp. 170-171.

¹⁹ Los helenófilos no han llegado a demostrar la existencia de establecimientos hospitalarios; se sabe que existían en la antigüedad albergues para peregrinos (Egipto faraónico, santuarios de Apolo en Delfos, Delos, Corinto, santuarios de Asklepio con dormitorios situados a los lados de un patio interior). Jetter (1972), pp. 263-295.

²⁰ Esto se repite en diversas culturas: sumeria, egipcia, judaica, etc. Sendrail (1983), pp. 49, 83. Este autor considera que las enfermedades contribuyen a definir una cultura; al igual que se habla de estilos propios monumentales, literarios o decorativos, cree en la existencia de un estilo patológico. Destaca cómo el cristianismo asumió el sufrimiento y la muerte como instrumentos de salvación, con lo que el dolor humano y la enfermedad adquirieron un significado sobrenatural; la curación representaría no sólo una misión técnica sino caritativa, de ahí que la expansión del cristianismo supusiese también la de los hospitales. pp. 181-185.

²¹ Los valetudinarios, aún teniendo rasgos propios de hospitales como administrar cuidados sanitarios y comida, diferían en que sólo atendían a un grupo concreto de población (esclavos, soldados) y que no hay rastro de que hayan existido en los lugares donde después se desarrollarían los hospitales medievales, ya que se ubicaban en zonas fronterizas como el valle del Rin o el Danubio. El sentimiento que inspiraba a los valetudinarios (cuidado de la mano de obra o de la combatibilidad de los ejércitos) poco tenía que ver con la caridad cristiana. Jetter (1972), p. 266.

²² González de Pablo (1992 a), pp. 36-46.

²³ Padrós (1965), pp. 4-14. Herwegen (1960), p. 72.

²⁴ González de Pablo (1992 b), pp. 52-62.

²⁵ García del Moral (1984), p. 31. Sobre el mundo islámico ver Schipperges (1972), pp. 59-113. Entre las similitudes con el mundo islámico cabe señalar cómo la prescripción coránica de la caridad a los enfermos fue motor de fundaciones hospitalarias así, Harun al-Rashid decretó en el 786 que junto a cada nueva mezquita tenía que haber un centro hospitalario. Laín Entralgo (1989), p. 177. Parecen regir en el mundo islámico y cristiano los mismos supuestos para la fundación de los hospitales, de hecho, la idea hospitalaria islámica es heredera de la tradición cristiana (tal vez a través de hospitales bizantinos). Girón Iruete (1993), pp. 116-126. Sobre hospitales hispano-árabes ver Zaragoza Rubira (1966), pp. 27-76.

²⁶ Mollat (1978), pp. 9-19. Rubio Vela (1984), pp. 14-16. Los niños se equiparaban al pobre (huérfanos, expósitos o lactantes) y si tenían algún defecto se les catalogaba de dementes.

²⁷ Jetter opina que tal vez la historiografía apenas ha considerado las raíces monacales del hospital y sí las de fundaciones episcopales. En este sentido, habría influido no sólo la postura apologética de los investigadores (religiosos en su mayoría), sino también la defensa de los derechos de regalías arzobispales en los hospitales frente al poder de la ciudad, el rey o la propia beneficencia pública de carácter estatal. Jetter (1972), pp. 266-268. Sobre la expansión monástica en España, ver Atienza (1994), pp.112-116.

²⁸ En nuestra opinión, el hecho de que el primer hospital reconocido en territorio español sea una fundación episcopal no nos permite sacar conclusiones, ante la escasez de documentación existente, acerca de la influencia episcopal o monacal en el origen de la hospitalidad en España. El hospital Mazona es considerado un centro de asistencia bizantino enclavado en la península ibérica que debió extinguirse sin posible continuidad. Zaragoza Rubira (1972), pp. 169-179. García Villoslada

(1979), pp. 402-403. Hernández Iglesias (1876), p. 17. Arquitectónicamente los xenodoquios buscan el principio de sala común para facilitar la comunicación acústica y óptica entre cama y altar, lo que ha perdurado en las casas de enfermos hasta prácticamente 1800. Jetter (1972), p. 270.

²⁹ Las *Partidas* recogían disposiciones sobre las donaciones que beneficiaban sobre todo a los pobres de los hospitales. Jetter (1972), p. 276. Mientras las leyes prohibían a la Iglesia poseer bienes raíces, eran los obispos quienes distribuían las limosnas entre los pobres. Cuando a fines del s.III la Iglesia pudo detentar dichas posesiones fundó asilos para esclavos, hospicios, hospitales de enfermos y peregrinos. Arenal (1927), p. 14.

³⁰ Especialmente destacan las disposiciones del Concilio de Orleáns (549) que prohibía apoderarse de los fondos de los hospitales, de Viena (1311) que mandó que todos los bienes de las fundaciones benéficas se empleasen en su primitivo objeto y que no se concediese la administración a título de beneficio, y de Trento (1545-1564) donde se encargó a los obispos el cuidado de que todos los hospitales, incluso los exentos de su autoridad, fueran gobernados con fidelidad, los visitasen e inspeccionasen. Hernández Iglesias (1876), pp. 1135-1136.

³¹ Pevsner (1980), p. 165.

³² También aquí se empleaba ambiguamente el término pobre y peregrino. Vázquez de Parga.; Lacarra; Uría Riu (1993), p. 287.

³³ Soto Caba (1991 a), pp. 27-39.

³⁴ López Alonso (1986), pp.407-474. En esta obra se realiza una completa definición de la pobreza, sus perfiles, grados y actuaciones sociales ante ella. La atención médica-hospitalaria formaba parte de ese comportamiento de asistencia y represión de la pobreza. Sobre la pobreza y asistencia como expresión de la estructura socioeconómica, ver Martínez García (1981), pp. 25-26.

³⁵ Durante la Baja Edad Media se incrementó la influencia municipal y eclesiástica en los hospitales. Batllé (1973), pp. 59-71.

³⁶ Gracia Guillén; Peset (1972), pp. 338-351. Fernández Conde (1982), pp. 422-426.

³⁷ Hernández Iglesias (1876), p. 277. Fernández Álvarez (1970), pp. 154-160. Fernández Conde (1982), p. 338.

³⁸ Sobre la labor de protección y asistencia de las cofradías ver Rumeu de Armas (1981), pp. 127 y ss. Concepción Arenal insistía en el carácter individual con que se hacían las fundaciones y en el hecho de que no había una respuesta por parte de la sociedad, incluso los reyes actuaban «como cristianos, no como jefes de estado, y cediendo el patronato de su fundación o conservándole nominalmente, dejaban su custodia ya a corporaciones religiosas, ya a individuos que por razón de su oficio debían ocuparse en conservar el buen orden en el piadoso asilo; pero nunca una regla a que debieran sujetarse ni aún los que eran del Real Patronato». Arenal (1927), p. 20. El papel asistencial y material jugado por la Iglesia incluía, sobre todo, el consuelo espiritual del enfermo y esto se reglamentaba para preparar incluso a cuidadores no religiosos. Dueñas (s/f): B.N. MSS. 8168

³⁹ El tribunal del Protomedicato fue una de las instituciones españolas de más dilatada existencia ya que abarcó hasta el s.XIX, contando entre sus funciones el aconsejar y dirigir los trabajos contra la peste y otros contagios; sobre su historia; ver Iborra (1987).

⁴⁰ Félez Lubelza (1979), pp. 18-27. Félez Lubelza (1988), pp. 45-91.

⁴¹ Rodríguez de Gracia (1983), p. 30. A ello habría que añadir los intentos de los gobernantes, a través de las Cortes, de remodelar la hospitalidad (se solía limitar a reducir el número de centros para que subsistiesen unos con el incremento de las rentas de los desaparecidos) aunque los resultados fueron muy desiguales. Hernández Iglesias (1876), pp. 277-279. Sobre la reducción de hospitales con Felipe II y el apoyo del Papa ver Archivo General de Simancas (A.G.S.), Patronato Real 23-190.

⁴² Maravall (1986), pp. 262-266. Sobre la función del poder real en la actividad sanitaria del s.XVI y la asistencia a la pobreza, ver López Piñero (1989), pp. 13-21, 34-39, 125-143

⁴³ Lallemand distingue las dos escuelas que a partir del Renacimiento tratan de socorrer a los pobres; una favorable a la intervención de la autoridad secular y otra rechazándola. Lallemand: *Histoire de Charité* T. IV, p. 10, citado por Jiménez Salas (1958), p. 91.

⁴⁴ Vives (1526). Valencia, pp. 99-100. Para Bataillón, el planteamiento de pobres que hace Vives manifiesta un espíritu burgués propio de las municipalidades libres y ricas de la zona flamenca; el valor del trabajo hace comprender la importancia de la mano de obra; citado por Maravall (1986), p. 265.

⁴⁵ Vives (1526), pp. 104-105.

⁴⁶ Entre los seguidores españoles se sitúan Fray Juan de Medina, Miguel de Giginta, Cristóbal Pérez de Herrera, Martín González de Cellórigo, Pedro Fernández de Navarrete, Martín Batista de Lanuza, Bernardo Ward, Juan Sempere y Guarinos, Pedro Joaquín de Murcia, López Bravo, Tomás Mercado, etc.; en Flandes destacan los autores Chrétien Cellarius y Egidio Wyt. Jiménez Salas (1958), p. 87. Rodríguez de Gracia (1983), p. 32.

⁴⁷ Rumeu de Armas (1981), p. 171. Los vagabundos eran considerados un gran peligro para la colectividad y se les asociaba a los bandidos, de ahí la necesidad de proceder a su control, si bien las medidas para combatirlos escasamente se cumplían y, con frecuencia, se iban haciendo más severas. Braudel (1976), pp. 118-120.

⁴⁸ Soto (1545), cap. XI.

⁴⁹ Medina (1545). En el prólogo expresaba las ventajas de las instrucciones firmadas por Juan II y Carlos I, especialmente la de 1540, por la que se procuraba se redujesen los hospitales de cada pueblo a uno, limitando los derechos de mendicidad, no excluyendo a los extranjeros, pero intentado que los «*pobres verdaderos fuesen alimentados*» llevándole a su casa 12 maravedíes para el hombre, 10 para la mujer y 6 si el muchacho no podía trabajar; se excluían de las medidas beneficiosas a los vagabundos, lo que permitiría desembarazar de éstos a los hospitales para que así pudiesen ser «*mejor hospedados en ellos los pobres que acudiesen*» (II parte).

⁵⁰ Medina (1545), cap. XX.

⁵¹ Rumeu de Armas (1981), pp. 172-174.

⁵² Giginta (1579), p. 14

⁵³ Giginta (1579), pp. 5v, 8, 8v

⁵⁴ Giginta (1579), pp. 88-88v, 95v. En 1586 presentó ante las Cortes de Madrid una petición sobre los hospitales que convenía hubiese en el reino, sus formas de gobierno, etc. Muñiz Fernández

(1969), pp.107-174, ver especialmente pp. 133-135. Influjos positivos del esfuerzo moralista de Giginta se dio en el caso de Barcelona en 1584, cuando se destinó el convento de los Angeles Vels como Hospital de Misericordia para recoger y asistir pobres y dedicarlos a algún trabajo. Durán Sanpere (1970), pp. 111-114.

⁵⁵ Pérez de Herrera (1598), fol. 20v.

⁵⁶ Pérez de Herrera (1598), fol.15.

⁵⁷ Pérez de Herrera (1598), fol. 21.

⁵⁸ Pérez de Herrera (1598), fol. 24-24v.

⁵⁹ Pérez de Herrera (1598), fol. 29.

⁶⁰ Pérez de Herrera (1598), fol. 134-135.

⁶¹ Pérez de Herrera (1598), fol. 135-135v.

⁶² Pérez de Herrera (1598), fol. 136-137.

⁶³ Pérez de Herrera (1598), fol. 137-138.

⁶⁴ Granjel; Riera Palmero (1973), pp. 181-189. Granjel (1980), p. 122.

⁶⁵ Sobre la expansión de esa Orden ver Santos (1715-16). Álvarez Sierra (1950)

⁶⁶ Sobre el tema del aumento, en el s. XVII, del número de personas necesitadas como consecuencia de la depresión económica, ver Herrera Puga (1974)

⁶⁷ Jiménez Salas (1958), pp. 113-118.

⁶⁸ Domínguez Ortiz (1985), p. 19. Es necesario tener en cuenta el gran peso económico de la Iglesia y sus rentas destinadas a la función social para comprender la persistencia de principios benéficos-caritativos en el Estado Moderno y su labor en las epidemias. Domínguez Ortiz (1970), p. 186. Sobre la intervención social de la Iglesia, ver Fernández Álvarez (1989), pp. 148-149

⁶⁹ Carmona García (1979), pp. 469-470. Granjel; Riera Palmero (1973), pp. 181-189. Sobre los hospitales militares y de la Armada así como la situación penosa de su mantenimiento en el s.XVI ver A.G.S. Guerra Antigua G.A., Leg. 203/19, 149; Leg. 237/198; Leg. 202/160; Leg. 102/59. Se sucedieron disposiciones para su organización así como la colaboración de los obispos para que recabasen «las casas que fueren más cómodas para los dichos hospitales». A.G.S. G.A., Leg. 101/153.

⁷⁰ Esta tendencia a la reclusión aparece con el nombre de Hospital General en el modelo francés, en el inglés con el de House of Correction y en el alemán con el de Zuchthäuser. García Guerra (1993 a), pp. 132-142. García Guerra (1993 b), pp. 148-158.

⁷¹ Foucault (1967), p. 65. Para este autor, entre las instituciones de la monarquía absoluta surgió la idea burguesa y republicana de que la virtud era un asunto de estado; la casa de confinamiento era necesaria para edificar la ciudad perfecta por lo que aquella sería una creación institucional propia del s. XVII (p. 70). Relaciona las teorías higienistas del s. XVIII y toda la literatura surgida en torno a la ventilación de los hospitales y asilos así como las necesidades de aislamiento, más que con un problema médico de contagio con el gran miedo de que se difundiesen los vicios -contagio moral- (p. 182). Encuentra una convergencia espontánea y muy arraigada entre la ideología política y la tecnología médica. Foucault (1979), p. 63.

⁷² Sobre la reunificación de hospitales y la problemática que se generó entre diversos capellanes, mayordomos, etc, ver Demerson (1964), pp. 132-142.

⁷³ Rumeu de Armas (1981), pp. 276-285. La tesis de Ward ejerció una gran influencia en su siglo porque se llevó a la práctica inspirando la política social del Conde Floridablanca. Sobre la preocupación del hombre ilustrado por la pobreza ver Rodríguez de Gracia (1985), pp. 12-13. Sarrailh (1974), pp. 529-537 .

⁷⁴ Jiménez Salas (1958), pp. 119-120.

⁷⁵ Jovellanos (1952 b), pp. 431-435. Artola (1956), pp. VII-LXXXVIII.

⁷⁶ Jiménez Salas (1958), pp. 121-122. Esta preocupación también se reflejó en el mundo anglosajón, donde la problemática era similar y se buscaba detectar las causas de éstas, el influjo de la ociosidad, las medidas de socorro, las casas de labor, hospicios, etc., por ejemplo, Mcfarlan (s/f), B.N. MSS. 1831.

⁷⁷ Murcia (1798), p. 2.

⁷⁸ Murcia (1798), pp. 66, 95.

⁷⁹ Murcia (1798), pp. XXIX-XXXIV.

⁸⁰ García Guerra (1993 c), pp. 164-174. Se ha comparado la actuación de la monarquía ilustrada que, como padres del pueblo, construía establecimientos benéficos (hospitales, hospicios, orfelinatos), con una especie de "lavado de conciencia" o disculpa por el boato que rodeaba sus vidas. Para Chueca resulta curioso que en Nápoles levantara Carlos III dos grandes construcciones, el Palacio de Caserta y el Albergue de Pobres, y que en Madrid, por estar ya edificado el Palacio Real, se ocupase de las obras en los Reales Sitios y de la construcción de un gran hospital diseñado y empezado por Sabatini que hubiera superado en extensión y magnificencia a lo ya conocido. Chueca Goitia (1988), pp. 201-214. Lo que resulta ineludible es que, con el fortalecimiento del estado borbónico, éste experimentó una mayor actividad (difusión de la ciencia de la policía) que le llevó a ocuparse de asuntos que, como al sanitario, anteriormente se le habían prestado una atención escasa e intermitente. González Alonso (1988), pp. 83-96.

⁸¹ Rosen (1985), pp. 316-350. Un análisis pormenorizado del modelo francés en la atención a pobres y enfermos, mejoras en el sistema hospitalario y asistencia pública se ofrece en Rosen (1984), pp. 81-106.

⁸² Kamen (1986), p. 38.

⁸³ Destacaban por su propósito renovador las ordenanzas del 7-V-1775, las Reales Cédulas de 11-VII-1781 o de 11-I-1784. Varios (1988), pp. 521-524. Esto era una manifestación más de que la autoridad del país la ejercía el rey y, como tal, era el encargado, según el orden ilustrado, de hacer felices a los hombres aunque fuera contra su propia voluntad. Anés (1988), pp.19-36.

⁸⁴ En cuanto a las disposiciones legales sobre la ordenación y represión de la mendicidad desde el s. XVI al XVIII ver Jiménez Salas (1958), pp. 127-134.

⁸⁵ Pérez Moreda (1988), pp. 145-158.

⁸⁶ Esta situación se fue manifestando también fuera de España. Ackerknecht (1984), pp. 153-164. Moix Martínez (1958), pp. 1-13. En España, conforme avanzaba el s.XIX, se iba disociando beneficencia de filantropía y caridad; ante la legislación de beneficencia y los errores que generaron se

alzarón voces intentando que el Estado no se aislase de la caridad individual porque iría en perjuicio de los derechos de los más débiles. Arenal (1927), pp. 74, 92.

⁸⁷ Maza Zorrilla (1985), pp. 97-98. En estos cambios los avances de la medicina tuvieron un fuerte impulso. Riera (1981)

⁸⁸ Este proceso se completaba, entre otros, con la Cédula de 12-I-1799 que creaba una Junta Suprema autorizada para dirigir las enajenaciones de bienes, con la Instrucción de 29-I-1799 que las ejecutaba, etc. Sánchez (1800), pp. 144-146; 151-162.

⁸⁹ Herr (1988), pp. 37-51.

⁹⁰ Sirvan como ejemplos los intentos de saneamiento económico que se hicieron en el s. XVI, cuando se veía que el gran problema era el excesivo número de instituciones heredadas de la Edad Media que estaban desvirtuadas y carecían del poder económico para cumplir su misión, por lo que se hacía necesaria su reducción para salvar los hospitales en ruinas; en este sentido actuó Felipe II y el propio Felipe III. Jiménez Salas (1958), pp. 136-138; Hernández Iglesias (1876), pp. 277-281.

⁹¹ Convendría además tener en cuenta los cambios que sufrieron los establecimientos benéficos durante el reinado de José Bonaparte donde, siguiendo precedentes franceses, quedaron incluidos en la organización del Ministerio del Interior, por lo que la asistencia privada se desarrollaría junto a la estatal o municipal considerándose el alivio de la miseria como un aspecto más del deber policial. Mercader Riba (1983), pp. 561-565.

⁹² Hernández Iglesias (1876), pp. 72. Artola (1990), p. 255.

⁹³ *Reglamento...*(1822).

⁹⁴ Díez Rodríguez (1993), p. 56. Sobre la relación Iglesia-Estado en el s. XIX ver Núñez Muñoz (1976).

⁹⁵ Según la ley de 1849 se clasificaban los establecimientos de beneficencia públicos en:- generales, de carácter nacional (para incapacitados permanentes o de atención especial como locos, ciegos, sordomudos, etc.); - provinciales, cada capital debía tener un hospital, una casa de misericordia o asilo, una de huérfanos, otra de maternidad y expósitos y, por último - municipales para socorro del necesitado con albergues de mendicidad, hospitalidad en tránsito y beneficencia domiciliaria. Díez Rodríguez (1993), pp. 38-39.

⁹⁶ Arenal (1927), pp. 62-63.

⁹⁷ La Ley de Sanidad de 1855 establecía la constitución de los organismos rectores de la política sanitaria, ordenaba el cumplimiento de los servicios sanitarios marítimo e interior y regulaba otras actividades sanitarias. La ley sufriría en años sucesivos diversas reformas relacionadas con los avatares políticos. El gobierno de Narváez encomendó al Consejo de Sanidad la reforma de la ley, elaborándose el proyecto de 1860 ajustando los preceptos de la de 1855 a las resoluciones de la Conferencia Internacional Sanitaria de París de 1859. Aunque la ley de 1866 modificó la de 1855 en la Sanidad Marítima, ésta mantuvo su vigencia pese a los intentos de renovación de 1882, 1894 y 1899. Granjel (1972), pp. 255-307.

⁹⁸ Carasa Soto (1986), pp. 9-40. Sobre los efectos de la desamortización en bienes eclesiásticos ver *Clero secular y regular...* (1924).

⁹⁹ Carasa Soto (1985), pp. 43-55; 211-213.

¹⁰⁰ Granjel (1972), pp. 255-307. Comenge y Ferrer (1914), pp. 125-131. La situación sanitaria en Francia e Inglaterra revestía caracteres semejantes especialmente en las crisis epidémicas; descripciones muy gráficas de esta situación aparecen en textos de escritores coetáneos. Heine (1991), pp. 148-152. Snow (1991), pp. 152-155.

¹⁰¹ Consiguió que la asistencia obligatoria a los pobres de cada localidad se formulase con la llamada «hospitalidad domiciliaria», dado que en su concepción los hospitales eran un prototipo de instituciones que había que superar. López Piñero (1984), p. 14. Se reproduce en esta obra el proyecto de Código Sanitario del año 1822.

¹⁰² Granjel (1983), pp. 17-22.

¹⁰³ No reprobió el embellecimiento de los hospitales pero criticó cómo los magnates y autoridades proyectaban, tras la visita a los hospitales, obras menores que llenaban su vanidad pero no prestaban atención a los graves males que debían remediarse. Fresquet Febrer (1990), p. 63.

¹⁰⁴ Peset (1993), pp. 180-190.

¹⁰⁵ Se clasifican en cuatro los precedentes hospitalarios de la antigüedad: -los 'valetudinarios'; -los «asklepieia»; -los «iatreia» y -los «demosieuentes iatroi». Sobre ellos ver Capítulo I citas 21 y 22.

¹⁰⁶ Jetter (1972), pp. 263-295. Según una descripción del Valetudinario «Los planos de primera planta revelan la existencia de largos pasadizos que conducían a una serie de salas cada una de las cuales constaba de dos habitaciones privadas comunicadas por un pequeño distribuidor. Además había patios centrales para las cocinas, comedores, farmacia y demás. Parece ser que no existen salas comunes, de lo que se deduce que cada soldado paciente disfrutaba de cierta intimidad». Donahue (1985), p. 84.

¹⁰⁷ Jetter (1972), pp. 266-268.

¹⁰⁸ Leistikow (1967), p. 11.

¹⁰⁹ Jetter (1972), p. 270.

¹¹⁰ Sobre la teoría de la basílica ver Chueca Goitia (1974), pp. 201-204.

¹¹¹ Caballero; Mateos (1993), pp. 19-20. En esta publicación aparece una perspectiva ideal de reconstrucción del hospital del obispo Masona.

¹¹² Braunfels (1975), pp. 14-15. Seguimos a este autor en lo relativo al programa arquitectónico y las reglas monásticas, pp. 13-20.

¹¹³ Braunfels (1975), pp. 305-307.

¹¹⁴ Braunfels (1975), p. 44. Esa relación entre el estamento eclesiástico, especialmente los conventos, y las autoridades nobiliarias o municipales medievales no estuvo exenta de dificultades, sobre todo, desde el punto de vista económico. Weber (1987), pp. 158-160. Sobre los monasterios en España como centros de actividad económica, ver Fernández Conde (1982), pp. 192-198.

¹¹⁵ Siguiendo a Walter Horn, Braunfels hace un análisis detallado del plano y su relación de edificios. Braunfels (1975), pp. 57-63.

¹¹⁶ Se especificaba incluso el diseño del mobiliario (camas, sitaliaes, barricas), lo que indicaba que no era un simple esbozo arquitectónico, sino unas líneas maestras desarrolladas para cualquier instalación nueva. Kostof (1984), p. 76. Schaefer (1929), pp. 77-79.

¹¹⁷ Agrupa las instalaciones en seis zonas: -iglesia y dependencias de los monjes; -visitantes (nobles, peregrinos y pobres); -agricultura y ganadería; -educación de novicios y laicos; -medicina y salubridad y -oficios, molinos y almacenes. Bango (1990), p. 18. Braunfels señala, sin embargo, cinco ámbitos: -el templo (con la doble función de oratorio monacal y de iglesia parroquial o de peregrinos); -el claustro y construcciones propiamente monacales correspondientes a la clausura (dormitorios, refectorio, ropería, almacenes); -edificaciones más abiertas al mundo (huéspedes distinguidos, escuelas, palacio abacial y sus correspondientes cocinas, cervecería, etc.); -novicios y enfermos que funcionan como un pequeño monasterio tras la iglesia, con baños, cocinas propias, dormitorios, refectorio, provisiones (fuera de esa zona, junto a la portería, se ejercía la vieja hospitalidad con peregrinos y pobres) y, por último -las dependencias agropecuarias (talleres artesanos). Braunfels (1975), pp. 63-66.

¹¹⁸ Price, Lorna: *The plan of St. Gall in Brief*, University of California Press, Berkeley, Cal. 1982, citado por Sainz, (1990), pp. 77-79, 213

¹¹⁹ Braunfels (1975), pp. 65-68.

¹²⁰ Contrasta la ausencia de letrinas en el albergue de pobres y su presencia en el de distinguidos; éstas se ubicaban en el borde del plano y abarcaban también el noviciado, enfermería, palacio abacial, casas de médicos y, sobre todo, la casa de sangría, en la que se hacían las operaciones y se aplicaban los purgantes. Jetter (1972), p. 274.

¹²¹ Leistikow (1967), p. 15.

¹²² Se centra, sobre todo, en los ámbitos ligados a la iglesia y claustro, si bien se reconoce el afán de la orden cisterciense de canalizar adecuadamente los cursos de agua y favorecer la eliminación. Yarza (1987), pp. 325-328.

¹²³ Presenta dificultades también la disposición de la entrada, que no está en el costado sino en la fachada occidental del monasterio (descentrada), y la organización de las camas entre la serie de arcadas. Verdier (1858/1864), T. II, pp. 103-105.

¹²⁴ Leistikow (1967), p. 116.

¹²⁵ Jetter (1972), pp. 276-277.

¹²⁶ Juan II Comneno fundó, a orillas del Bósforo en 1136 cerca de su palacio, el Pantókrator, una tríada de instituciones que se iban a repetir en occidente: una iglesia suntuosa que serviría de tumba a la dinastía, un monasterio para el culto a los difuntos y un hospital de 50 camas con departamento de farmacia. En esta línea se hace una lectura del Escorial, donde se cree hubo durante algún tiempo un hospital. Se plantea la posibilidad de que influyera la arquitectura hospitalaria en la disposición utilizada por Felipe II para el Escorial, en el que podía ver el altar mayor desde su lecho de muerte (algo semejante a Carlos I en Yuste); ese nexo cama-altar en palacio es algo que se repite en los hospitales medievales y hasta prácticamente el s. XVIII. En la obra del Císter en Eberbach, según la tradición comprobada, los monjes moribundos eran trasladados al extremo del dormitorio que daba al coro, para así poder ver el altar mayor a través de una ventana. Jetter (1972), p. 269.

¹²⁷ Leistikow (1967), pp. 27-28. Dado que debía satisfacer todos los requisitos de la vida (vivir, comer, dormir, orar), necesitaba un espacio aéreo suficiente para hacer tolerables las condiciones básicas de habitabilidad; el altar para el culto sería el punto central.

- ¹²⁸ Verdier (1858/1864), T. II, p. 148.
- ¹²⁹ Verdier (1858/1864), T. II, pp. 100-101.
- ¹³⁰ Verdier (1858/1864), T. II, pp. 146-147.
- ¹³¹ Verdier (1858/1864), T. II, p. 148; Pevsner (1980), pp. 166-168.
- ¹³² Verdier (1858/1864), T. II, p. 149; según este autor «para conseguir la caridad hay que pasar por la fe».
- ¹³³ Verdier (1858/1864), T. II, p. 150.
- ¹³⁴ Verdier (1858/1864), T. I, pp.1-16; Pevsner (1980), p. 168; Leistikow (1967), p. 33.
- ¹³⁵ Pevsner (1980), p. 168. Leistikow (1967), p. 29.
- ¹³⁶ Sobre las reformas urbanísticas que se generaron en esta zona y en la que el Hôtel-Dieu era un elemento de gran importancia, ver Cloquet (1984), pp. 150-163.
- ¹³⁷ Leistikow (1967), pp. 33-34.
- ¹³⁸ Piccini (1995), pp. 11-22; Galliani (1995), pp. 23-38.
- ¹³⁹ Torres Balbás (1952), p. 244; Lampérez y Romea (1993), pp. 284-285
- ¹⁴⁰ Lampérez y Romea (1993), pp. 259-264. Torres Balbás (1944 a), pp. 190-198. Actualmente su destino es universitario. García del Carrizo San Millán (1989), pp. 57-61.
- ¹⁴¹ Uría Riu (1993), p. 377. Para la descripción de elementos decorativos, ver Camón Aznar (1945), pp. 78-79.
- ¹⁴² Uría Riu (1993), pp. 379-381.
- ¹⁴³ Yarza (1987), p. 256. Chueca Goitia (1965), p. 196.
- ¹⁴⁴ Ubieto Arteta (1966), pp. 267-276. Durán Gudiol (1986), p. 71. Tarragó Valentines (1975), pp. 19-54. Es posible que los hospicios para albergue ubicados en zona de peregrinaje no tuviesen un estilo arquitectónico propio; bastaban estancias que servían como refugio y, avanzando el tiempo, se dispondría de zonas para el personal asistencial, o sea, dependencias aisladas en dos plantas; la diferencia con el hospital residiría en que la capilla estaría junto al edificio como construcción separada. Leistikow (1967), p. 51.
- ¹⁴⁵ Uría Riu (1993), pp. 362-370.
- ¹⁴⁶ Barreda y Ferrer de la Vega (1973), p. 18.
- ¹⁴⁷ Cervera Vera (1983), pp. 435-457.
- ¹⁴⁸ Goti Iturriaga (1981), p. 36.
- ¹⁴⁹ Carreras Panchón (1993), pp. 235-242. Tolivar Faes (1966 a), pp. 127-180. Tolivar Faes (1966 b).
- ¹⁵⁰ En el caso de París pasaron a engrosar el Hôpital Général. Foucault (1967), p. 12.
- ¹⁵¹ Leistikow (1967), pp. 35-38. Jetter (1972), p. 289.
- ¹⁵² Se mantiene la hipótesis de que esas celdas serían el resultado del modelo arquitectónico de armazones medievales donde las fachadas estrechas, más económicas, se reforzaban con contrafuertes que eran apuntalados con arcos de bóveda que, después al cerrarse, determinaban esas letrinas. Jetter (1972), p. 280.

¹⁵³ Leistikow (1967), p. 42.

¹⁵⁴ Jetter avanza la hipótesis de que, al igual que en Rodas, en Sousse las celdas de los monjes se distribuyen en torno al patio de dos pisos -donde la larga sala de la mezquita ocupa el lado orientado a la Meca- y el nicho del altar de Rodas coincidiría con el enclave del minarete de Sousse; debajo de ambos estaba la entrada principal de la que salía el pasillo que llevaba al patio, bajo la sala de enfermos -en Rodas- y la mezquita -en Sousse-; lo que explicaría tal vez que el hospital de Rodas tuviera esos grandes cimientos. Jetter (1972), p. 280.

¹⁵⁵ Bimar=enfermo, istan=lugares; el uso de ambos términos persas ha quedado relegado, en tiempos modernos, a la designación exclusiva de hospital de locos. Félez Lubelza (1979), p. 51.

¹⁵⁶ Hasta que no avance la investigación es difícil hacer conjeturas sobre la relación entre hospitales islámicos y cristianos. Sí se aprecia en ocasiones la relación bimaristán y santuario, como en el caso del hospital erigido en El Cairo por el gobernador del Califa Ibn Tulum, situado cerca de la mezquita de su nombre. Jetter (1972), pp. 291-293. Girón Irueste (1993), pp. 116-126.

¹⁵⁷ En el maristán de Granada se encuentra desarrollado el tipo de fachada con escaso ornato y gran portada en su centro, algo que será recurrente en los palacios del plateresco o barroco español. Chueca Goitia (1947), p. 49. Torres Balbás (1944 b), pp. 481-498. Martín García; García Granados (1984), p. 7-55. Girón Irueste (1994), pp. 568-574.

¹⁵⁸ Castells (1992), pp. 127-144. Félez Lubelza (1979), p. 54.

¹⁵⁹ Pevsner (1980), pp. 167-168. Sobre las fundaciones del Santo Espíritu ver De Angelis, P.: *L'Ospedale di Santo Spirito in Saxia e le sue filiali nel mondo* citado por Félez Lubelza (1979), p. 50. Entre las diversas fundaciones del Santo Espíritu, Leistikow destaca por su originalidad la Helgeandskyrkan del hospital del Espíritu Santo de Visby Gotland, de la que poco se sabe realmente si es un hospital o su iglesia correspondiente, pero presenta un gran cuerpo octogonal de dos plantas abovedadas al que se añade un presbiterio cuadrangular, lo que parece indicar que el octógono sería el edificio hospitalario y ambas plantas permitirían la separación entre sexos. Leistikow (1967), pp. 46-49.

¹⁶⁰ Rodríguez Peña (1972), p. 22.

¹⁶¹ El que las ciudades medievales contaran con un saneamiento rudimentario no equivalía a que fuese malo, ya que el uso de espacios abiertos y escasez de conducciones impedían la posibilidad de contaminar las provisiones de agua, como ocurría en la ciudad del XIX; se relativiza la relación entre las malas instalaciones y las epidemias medievales. La situación fue empeorando al final de la Edad Media con el aumento de la densidad de la población y el hacinamiento. Mumford (1979), T. I, pp. 350-357. Sobre las condiciones higiénicas de las ciudades medievales y sus deficiencias, ver Lavedan (1926), T. I, pp. 495-502.

¹⁶² Félez Lubelza (1979), p. 50.

¹⁶³ Leistikow (1967), pp. 56-58.

¹⁶⁴ Udina Martorell (1970), pp. 17-22. Reglá (1970), pp. 33-40.

¹⁶⁵ Jetter (1972), p. 288. Es curioso que, mientras en Barcelona se terminaba el hospital de la Sta. Cruz dentro de la más pura tradición medieval, en Castilla y Aragón, auspiciado por los Reyes Católicos, se utilizase ya la forma renacentista italiana dentro del complejo plan de reorganización

del país con los hospitales reales y la intervención de los Egas. Bassegoda Nonell (1970), p. 49-71. Colindante a la nave gótica septentrional se levantó la Casa de Convalecencia en el s. XVII, uno de los edificios más notables de la Barcelona barroca. Verrié (1970), pp. 127-131.

¹⁶⁶ Pevsner (1980), pp. 168-169.

¹⁶⁷ Leistikow (1967), pp. 67-76.

¹⁶⁸ Benevolo (1972), T. I, pp. 81-82 (reproduce la planta del Hospital de los Inocentes en la p. 84). Nieto Alcaide; Checa Cremades (1980), p. 95.

¹⁶⁹ Leistikow (1967), p. 67.

¹⁷⁰ Averlino (1990).

¹⁷¹ Heydenreich (1972), p. 105.

¹⁷² En el plano propuesto por Filarete para el Hospital Mayor en la década de 1460 la iglesia ocupaba el centro del patio, pero en su construcción en el s. XVII por Ricchini se desplaza al lado este del patio porticado (al fondo); dado que la construcción se comenzó por la zona derecha, es allí donde se reconocen las formas renacentistas de Filarete; a su fallecimiento los albañiles recurrieron a las del gótico florido, Pevsner (1980), p. 170.

¹⁷³ Forma parte del programa de obras públicas que Francisco Sforza inició tras alcanzar el poder en Milán, lo que originó que esta Corte se convirtiese en punto de encuentro de artistas especializados llegados de otras regiones italianas, Benevolo (1972), T. I, pp. 213-214.

¹⁷⁴ Sebastián (1983), p. 107. Reproduce esta planta Benevolo (1984), p. 79.

¹⁷⁵ Chastel (1966), p. 87. Hay autores que resaltan la desproporción entre los planteamientos de diseño del hospital del Filarete y lo que propiamente logró de los contratistas milaneses, Murray (1972), pp. 117-122. González de Pablo (1994), pp. 544-555.

¹⁷⁶ Nieto Alcaide; Checa Cremades (1980), p. 26.

¹⁷⁷ En los antiguos conjuntos medievales, el claustro o patio, no obstante ser el elemento ordenador por excelencia, permitía que las demás partes -basílica, sala capitular, etc.- se presentaran como elementos independientes y, aunque se conectaban y relacionaban con el patio, no estaban ni integradas ni ligadas entre sí para formar las crujías que conformaban dicho claustro. Cuando en los hospitales reales cruciformes de Egas se encerraba el conjunto con pabellones exteriores hasta formar el cuadrado, se integraba el sistema cruciforme con el claustral, Capitel (1986), pp. 73-86. Sobre la relación del Hospital Mayor de Milán con la obra escorialense, ver Moya Blanco (1986), pp. 13-22.

¹⁷⁸ Rosenau (1986), pp. 56-60. Las indicaciones que Filarete hace de orden tipológico y morfológico sobre edificios destinados a funciones públicas, no sólo el hospital sino también mercado, colegio, prisión, edificios para los oficios, etc., parecen medir el grado de realismo y proyectabilidad definitiva que dentro del estado sforzesco tenían cabida más allá incluso que los juegos literarios en que a veces se insertaban, Franchetti Pardo (1985), p. 561.

¹⁷⁹ Este diseño en «T» se utilizará en el gran hospital de la orden de Malta en la Valetta, Leistikow (1967), p. 71.; también aparece en Iberoamérica, en el hospital de Sta. Bárbara en Sucre (1544) o el hospital de Jesús en Méjico (fundado por Cortés en 1535), Santiago Cruz (1959), pp. 22-36. Muriel (1960). Lorenzo Laguarda (1955), p. 25. García del Carrizo San Millán (1992 b), pp. 75-78.

¹⁸⁰ Siguió el modelo cruciforme el hospital de Incurables de París, obra de Gamard (s.XVII), con una combinación de dos cruces, Pevsner (1980), p. 172. Hautecour (1963-67), T. I-1, p. 82, T. I-3-2, p. 275.

¹⁸¹ Leistikow (1967), p. 77.

¹⁸² Aunque estas son las fechas de construcción conviene matizar que fue en 1499 cuando los Reyes Católicos autorizaron la edificación y encargaron a los Egas elegir el sitio apropiado para las trazas presentadas. García Guerra (1983), p. 26. Chueca Goitia (1953), p. 42. Rosende Valdés (1999), pp. 29-30.

¹⁸³ Fue en 1494 cuando el Arzobispo de Toledo obtuvo la Bula Pontificia para fundar el hospital. Los Egas estuvieron al cargo de esta obra hasta 1515. Chueca Goitia (1953), p. 48. Nieto; Morales; Checa (1989), p. 27.

¹⁸⁴ Félez Lubelza (1979), p. 83. Otras hipótesis sobre cómo llegó la copia del tratado de Filarete a España a través del Conde de Tendilla ver Díez del Corral Garnica (1987), p. 181.

¹⁸⁵ Se desconoce si los hospitales de Valencia y Zaragoza tuvieron influjo en los de Egas. Se sabe poco del hospital de Zaragoza que en 1496 sufrió una gran transformación y adoptó la planta cruciforme, en cuanto al de Valencia, resulta ahogado por el complejo arbitrario que se desarrolló a su alrededor y lo desfigura, Díez del Corral Garnica (1987), p. 181. Bayón (1991), p. 77. No se ha llegado a demostrar la influencia del hospital portugués de Todos-os-Santos en la obra de Egas. Rosende Valdés (1999), pp. 21-23.

¹⁸⁶ Azcárate (1990), p. 123.

¹⁸⁷ Azcárate (1965). Sobre la intervención de Rodrigo Gil de Hontañón en el hospital de Santiago, ver Casaseca (1988), pp. 275-277.

¹⁸⁸ De las construcciones y claustros conventuales de hospederías medievales del Camino de Santiago podría proceder también la planta de los hospitales reales, Díez del Corral; Checa. (1986), pp. 118-126.

¹⁸⁹ Félez Lubelza (1979), p. 79.

¹⁹⁰ Soto Caba (1991 b), pp. 41-57.

¹⁹¹ Bayón (1991), p. 81. El muestrario tipológico de la arquitectura civil parecía reducido a un solo modelo, la casa, generadora de todo tipo de edificios domésticos o públicos ya que, si a la casa se le añadía una capilla podía convertirse en hospital o colegio, Marías (1983), p. 165. Predominaba el uso del estilo Renacimiento para edificios civiles por sus necesidades peculiares, pero no había inconveniente en mantener el Gótico para los religiosos, Caveda (1848), pp. 434-435.

¹⁹² Félez Lubelza (1979), p. 86.

¹⁹³ Estos hospitales cruciformes con pretensiones de racionalización, funcionalidad e higiene constituían una excepción en el panorama asistencial del s. XVI español, ya que lo habitual eran múltiples construcciones de tipo doméstico con graves deficiencias, Nieto; Morales; Checa (1989), p. 229. El Hospital Real de Guadix, también fundado a petición de los Reyes Católicos, se instaló en un viejo edificio en la antigua sinagoga de la calle Real de Sta. María y fue en 1780 cuando se decidió su traslado al antiguo colegio de jesuitas con sus oportunas obras, Fernández Segura (1981), p. 5.

¹⁹⁴ Destacan dentro de los hospitales cruciformes de Hispanoamérica el de S. Nicolás de Bari en la República Dominicana, Angulo Iñiguez (1934), lam. 33. El de S. Nicolás de Bari se asemeja más al de Granada mostrando planos de pisos corridos sobre el crucero, Palm (1950), p. 21. García del Carrizo San Millán (1992 a), pp. 73-76. También tienen planta de cruz el Real de S. Andrés en Lima (1556), el de los Padres Betlemitas de Veracruz (1781) en Méjico, Gutiérrez (1983), p. 266. El Hospital de la Caridad de Nueva Orleans, bajo el patronazgo de Andrés Almonaster y Rosas, en el s. XVIII, siguió el diseño cruciforme (H), Morales Folguera (1987), p. 223. Mayor originalidad presentan los hospitales de indios inspirados en la Utopía de Tomás Moro, concebidos como ciudad hospital; algunos presentan diseño en cruz como el de Sta. Ana de Lima (1554) con dos cruceros, o el hospital de negros de S. Bartolomé, Álvarez Peláez (1993), pp. 260-266.

¹⁹⁵ Así, el palacio de Monterrey debió ser concebido con planta cruciforme (por tanto cuatro veces mayor de lo que logró terminarse), lo que hubiera supuesto un antecedente escurialense, Chueca Goitia (1953), p. 332.

¹⁹⁶ No conviene perder de vista que la higiene abarcaba nociones diferentes a las actuales, así el concepto de limpieza y suciedad, en este periodo, eran términos que designaban la eliminación o no de las secreciones corporales, sobre este tema ver Ruiz Somavilla (1993), pp. 13, 82; habría que tener en cuenta cómo junto a la higiene se asumieron valores sociales y morales, Maravall (1979), pp. 116-134.

¹⁹⁷ Félez Lubelza (1979), pp. 8-10, 57.

¹⁹⁸ Calzada (1949), p. 186. Gaya Nuño (1961), pp. 241-244.

¹⁹⁹ Chueca Goitia (1953), p. 42. Chueca Goitia (1944), pp. 360-369. Sobre las condiciones de construcción fijadas en los protocolos notariales y sus sucesivas ampliaciones, ver Ibáñez Pérez (1977), pp. 261-270.

²⁰⁰ Leistikow (1967), p. 74.

²⁰¹ Nieto; Morales; Checa (1989), p. 229. Dado el carácter modesto de muchos hospitales, algunos historiadores tienden a concentrarse más en las iglesias que en aquellos, López García (1983), pp. 48-50.

²⁰² Ver nota 182. Acerca del tema asistencial, García Guerra (1984), pp. 287-300. Díez del Corral Garnica (1987), p. 83. El programa y el pliego de condiciones de 1499 que dieron los Reyes Católicos para su construcción contenía preceptos sobre la compra de los solares, calidad de los materiales, higiene, ornato, altura sobre la calle (para guarecerlo de la humedad), dependencias (enfermería, cámara de capellanes, capilla, cocina, letrinas, despensas...), conducción de agua desde la fuente del patio a cocina y letrinas, chimeneas y armaduras de cubiertas. Ver en Lampérez y Romea (1993), pp. 258-259; pero no se conserva la traza de dicha fecha; sobre la ubicación de la iglesia, en concreto, ver p. 270. La edificación estuvo lastrada por el sentido medieval de los Reyes Católicos de sostener numerosas obras de beneficencia (pobres, viudas, huérfanos), lo que restringía el proyecto constructivo; Carlos V intentó eliminar esta mezcla de construcciones, Félez Lubelza (1988), pp. 45-62. Hay una descripción del inventario de las dependencias del hospital en 1807, en Vázquez de Parga; Lacarra; Uría Riu (1993), pp. 384-387. Sobre las reformas de la fachada del hospital ver Bonet Correa (1966), p. 445.

²⁰³ Una interesante descripción realizó Salazar de Mendoza, quien atribuyó una intencionalidad emblemática entre la planta cruciforme y la propia advocación del hospital, Lampérez y Romea (1993), p. 274. Sobre la intervención de Covarrubias, ver Camón Aznar (1945), pp. 179-184. Chueca Goitia (1953), pp. 48-52. Díez del Corral Garnica (1987), pp. 188-204.

²⁰⁴ La división del crucero en dos plantas suponía una divergencia con otros hospitales de Egas; el crucero pierde la unidad de dos pisos y presenta cubiertas independientes; se cuestiona la solución de las ocho salas abiertas con un único altar central y según Félez habría dos motivos para utilizar este recurso: el crucero de doble altura dificultaba mantener la confortabilidad del ambiente y se obviaban las dificultades técnicas de elevar el cimborrio, Félez Lubelza (1979), pp. 103-106. López Guzmán (1987), pp. 601-616.

²⁰⁵ Aparece una minuciosa descripción en la memoria y el perfil del hospital fechado el 8-VII-1618. Las trazas las presentó Martín de Solo, Maestro Mayor y Enfermero, siguiendo órdenes del Inquisidor Apostólico y Visitador Real de Granada Pedro Cifontes. Archivo General de Simancas (A.G.S.), Patronato Eclesiástico (P.E.), Legajo (Leg.) 321.

²⁰⁶ A este hospital se le concedieron importantes bulas en 1532; fue demolido en 1820; para Martín González, se inscribe en la serie hospitalaria surgida a raíz de la política de los Reyes Católicos, Félez Lubelza (1979), p. 87. Figura un plano de este hospital en Clavijo Clavijo (1950), pp. 243-245.

²⁰⁷ El programa valenciano pareció inspirarse en la reunión de hospitales realizada en Zaragoza en el Hospital Real y General de N^a S^a de Gracia, también cruciforme por la remodelación de 1496; su fábrica carece de la importancia de otros hospitales reales faltando uniformidad a sus edificios, Baquero (1952), pp. 53-59. García del Carrizo San Millán (1990 a), pp. 75-79. Una detallada descripción de las dependencias en Fernández Doctor (1987), pp. 31-45.

²⁰⁸ Lampérez y Romea (1993), pp. 278-281. Nieto; Morales; Checa (1989), pp. 229-230. Boix (1980), pp. 205-206. López Terrada (1994), pp. 592-598. Una completa descripción de las instalaciones en Marqués de Cruilles (1979), pp. 130-140. Esclapés de Guilló (1979), p. 114.

²⁰⁹ Fundado en 1500, no salió de cimientos hasta 1546, encargándose durante el periodo intermedio a diversos maestros el estudio de los hospitales famosos de la época; se escogió el tipo cruciforme con cuatro patios como más idóneo pero con la iglesia descentrada; las trazas, posiblemente de Martín Gaínza, fueron aprobadas por un jurado en el que se hallaba Machuca, lo que demuestra una temprana aceptación de la tipología establecida por Egas. Para Lampérez la iglesia resulta accesoria y no encaja con la composición general, por lo que cree que en el primitivo plan estaría incluida en la misma cruz, como Santiago y Toledo, Lampérez y Romea (1993), p. 281. Domínguez-Rodiño y Domínguez-Adame (1989), pp. 89-117. Nieto; Morales; Checa (1989), pp. 168-170. García del Carrizo San Millán (1990 b), pp. 45-48. Sobre las fundaciones hospitalarias particulares de Sevilla, ver Collantes de Terán (1886). Collantes de Terán Delorme; Gómez Stern (1984). Hermsilla Molina (1989), pp. 35-52.

²¹⁰ Mucho debió preocupar a Hernán Ruiz la traza de la iglesia del Hospital de la Sangre de Sevilla (1560) por las soluciones y variantes que figuran en su Manuscrito de Arquitectura. Un estudio comparativo entre alzados y plantas sugeridas y lo realizado, en Chueca Goitia (1953), pp. 266-270. Para Navascués, la innovación que rompe con la tradicional disposición de iglesia y hospital, ca-

racterísticos de los Reyes Católicos, podría ser debida a la exigencia de dar mayor grandeza a la iglesia que necesitaba otra escala y, por tanto, autonomía absoluta, Navascués Palacio (1974), pp. 32-34. Según Morales habría que tener en cuenta que los cambios en los planteamientos arquitectónicos de la iglesia del hospital no sólo se debían a las inquietudes del arquitecto sino también a las decisiones que tomaban los administradores, tal y como deduce de una serie de acuerdos capitulares de 1558, ver Morales Martínez (1996), p. 109.

²¹¹ Este tipo admite variantes también en la colocación de la iglesia: al fondo del patio en el Hospital de Santiago en Úbeda, a un lado en Medina del Campo, o sustituir la iglesia por una capilla junto al vestíbulo como en el Hospital de Estudiantes de Salamanca, Lampérez y Romea (1993), p. 283. Asimismo, presentaba diseño en torno al patio con iglesia aneja formando parte de las dos plantas, el Hospital Real de la Purísima Concepción de Madrigal de las Altas Torres (reconvertido en Casa de la Cultura), fundado por María de Aragón en 1443 pero reconstruido en el s. XVI, Garzón Garzón (1979), pp. 10-12.

²¹² Feduchi (1950). Chueca Goitia (1953), p. 175.

²¹³ Díez del Corral Garnica(1987), p. 206. También existe la opinión de que se proyectó el hospital con la tipología cruciforme y que no se realizó en su totalidad, Wilkinson (1977), pp. 19-20. Marías ha relacionado la planta con la casa romana del Vitruvio ilustrado por fray Giocondo que, tal vez, llegó a manos de Covarrubias, Marías (1983), pp. 233-236. Zamorano Rodríguez (1993), p. 25, -sigue, desde el punto de vista arquitectónico, el texto de Marías-. La descripción del hospital según la Crónica de Pedro Salazar de Mendoza aparece reproducido en Wilkinson (1977), pp. 421-427; reflexiones de este mismo cronista sobre la excesiva magnificencia de este hospital para pobres, en Herrero García (1943), p. 113.

²¹⁴ Chueca Goitia (1953), p. 264. Una cuidada planimetría del hospital de Santiago en Úbeda, en Varios (1992 b), pp. 302-303. Chueca Goitia (1995), pp. 100-101; 195-216. También Vandelvira intervino en las obras del Hospital de Honrados Viejos de El Salvador, en Úbeda, de carácter más sencillo, pero donde se empleaba asimismo la solución de patio con galerías de líneas puristas que, según Chueca, repite en la galería alta la misma distribución de arcadas que la arquería baja de la galería de convalecientes de El Escorial, pp. 318-325. Sobre la iconografía desarrollada en el Hospital de Santiago en Úbeda, ver Montes Bardo (1995).

²¹⁵ Secundino Zuazo sostuvo que el Monasterio del Escorial se concibió partiendo de las plantas de hospitales italianos y los cruciformes de los Reyes Católicos y, de hecho, la problemática hospitalaria necesitó solucionar la articulación de grandes crujías para enfermos, las necesidades espirituales propias de establecimientos benéficos y los afanes de simetría y armonía renacentista. Zuazo insistía en que, la complejidad de funciones que Felipe II exigía del edificio, necesitaba inspirarse en soluciones de modelos de arquitectura civil que habían aunado funciones diversas, como era el caso de los hospitales, Zuazo Ugalde, Secundino: «Los orígenes arquitectónicos del Real Monasterio de S. Lorenzo del Escorial», Discurso leído en la Academia de S. Fernando el 8-XI-1948, citado por Chueca Goitia (1995), p. 195 y Chueca Goitia (1982), p. 154. Capitel (1986), pp. 73-86. Íñiguez hizo notar cómo la mitad de la parte delantera del Escorial reproducía aproximadamente un hospital español del s. XV y planteó la hipótesis de que el origen de su traza era semejante al de un hospital cruciforme con atrio e iglesia adosada a un lado, simétricamente repetido al otro lado de ésta, Moya Blanco (1986), pp. 13-22.

²¹⁶ Cámara Muñoz (1990), pp. 126-127.

²¹⁷ Éste era el caso del texto de un médico, para unos llamado Pedro de Urdemalas, para otros Villalón o Laguna que, fuese éste o no el nombre de su autor, en el texto dialogado pone en evidencia, con cierto aire crítico, los defectos de los españoles de su tiempo, relatando útiles observaciones y noticias curiosas como las que afectaban a las peregrinaciones y los hospitales, Villalón (1965), pp. 25-29. Sobre la producción científica y literaria del médico Andrés de Laguna ver: Riera (1989), pp. 5-17.

²¹⁸ La obra costó 56.200 ducados, o sea, la sexta parte de la fortuna del fundador, Bennassar, (1983), p. 218; sobre el capital de Simón Ruiz ver Bennassar (1989), pp. 106-108. Las descripciones de casas principales que realiza Alicia Cámara, donde el patio, pozo y escaleras resultan elementos indispensables, encajan perfectamente con la construcción de este hospital. Cámara Muñoz (1990), pp. 88y ss.

²¹⁹ Lampérez y Romea (1993), p. 289. Kubler (1957), pp. 10-15. Pita Andrade; Hernández Díaz; Martín González (1988), pp. 453-455. Nieto; Morales; Checa (1989), pp. 344-345. Sobre los valores de la desornamentación y su reflejo de valores éticos y funcionales ver Müller Próximo (1985), pp. 30-31.

²²⁰ Giginta (1579), fol. 5v.

²²¹ Pérez de Herrera (1598), fol. 137v.

²²² Pérez de Herrera (1598), fols. 135-137.

²²³ La apropiación del modelo entre Casa de Misericordia y Hospital era lógico en un periodo en el que el concepto de pobre y enfermo eran similares. Aunque Pérez de Herrera diferenció entre dormitorios de pobres y enfermos, en la práctica falló, entre otras cosas, por el programa de reunificación de enfermerías de Felipe II cuando en Madrid no había construcciones apropiadas para ello, Soto Caba (1991 b), pp. 41-51. Sobre los hospitales madrileños, ver Valladares Roldán (1979), pp. 19-30.

²²⁴ Pérez de Herrera (1598), fols. 135v-136. Soto Caba (1991 b), p.48.

²²⁵ Para este hospital realizó Viel hacia 1786 un proyecto de letrinas colectivas, reproducido en Blasco Esquivias (1998), p. 213. (Agradezco a D^a Rosario Camacho el haberme facilitado esta publicación). Los sistemas de evacuación franceses fueron estudiados por los españoles en un intento de erradicar los problemas de salubridad que sufrían las ciudades.

²²⁶ Hautecoeur (1963-67), T. I-3-2, pp. 276-277. Leistikow (1967), p. 72. Martínez Pérez (1993), pp. 412-418.

²²⁷ Los cuatro cuerpos del edificio que delimitan el patio cuadrangular están aislados por una alameda y un camino de ronda, en cuyos cuatro ángulos se levantan los edificios para el personal de servicio; la capilla, separada de la zona terapéutica, es menos relevante que los lavaderos o baños; en caso de epidemia se convertía en una ciudadela cerrada, Labasse (1982), pp. 128-129.

²²⁸ Blunt (1983), pp. 354-355. Labasse (1982), p. 130.

²²⁹ Pevsner (1980), p. 172, incluye un proyecto de Wren no llevado a cabo según el principio de pabellones para el Real Hospital de Greenwich, pág. 175. Chueca Goitia (1984), p. 309-310.

²³⁰ Leistikow (1967), pp. 75-76.

²³¹ Pane (1956), pp. 131-142. Blunt (1975), pp. 169-171.

²³² *Novísima Recopilación* T. III, Ley IV, Título XXXVIII, Libro VII, pp. 695-696.

²³³ Monreal y Tejada (1945), pp. 185-188, 216-219. Lampérez y Romea (1993), pp. 298-301, 310-313. Schubert (1924), p. 421. Kubler (1957), pp. 179, 252.

²³⁴ Sobre la policía médica, ver Lesky (1984), pp. 133-152.

²³⁵ *Encyclopedie ou Dictionnaire raisonne des Sciences des Arts et des Metiers*. París 1783, p. 365, citado por Sambricio (1991), p. 411. También surgió la necesidad de cubrir la formación de médicos junto al enfermo, como se practicaba en la Charité de Berlín y, con anterioridad, en Londres, Leiden, París o Viena, donde los hospitales debían convertirse en centros de enseñanza universitaria. Leistikow (1967), p. 87, aunque, a veces, la arquitectura se alejó bastante de los ideales del hospital, caso de la Royal Infirmary de Edimburgo (1736) donde se dispuso el teatro anatómico en el desván que se utilizaba simultáneamente como iglesia, p. 85.

²³⁶ Al asumir el hospital su carácter de espacio de curación física y no lugar de reclusión o internamiento indiscriminado de marginados (a éstos se buscará encaminarlos al mercado del trabajo, incluido la utilización forzada en obras públicas), el terreno de la reclusión se circunscribía al asilo de alienados o la cárcel, que asumieron también plantas circulares o radiocéntricas; excluidas la pobreza y la enfermedad, estas dos instituciones serían los focos de internamiento de la cultura moderna, Arrechea Miguel (1988), pp. 89-99.

²³⁷ Vidler (1997), p. 16. Los hospitales, al igual que los cementerios, eran considerados un peligro -por su capacidad de propagar epidemias- si se mantenían situados en el centro, lo que obligaba a los arquitectos a buscar una disposición idónea en el trazado de la ciudad, más acordes con los principios de la salubridad, ejemplo de esto en Patté (1769), pp. 6-7. De hecho, el objetivo de Patté al ilustrar los diversos proyectos presentados al concurso de 1749 era sacar partido hacia el programa de renovación general de París, donde era fundamental la descentralización de los equipamientos (reestructuración del área de cementerios, reconstrucción del Hôtel-Dieu en la Isla de los Cisnes), Sica (1982), p. 60.

²³⁸ Vidler (1997), p. 82.

²³⁹ Pevsner (1980), p. 174.

²⁴⁰ Bails (1983), T. II, pp. 854-866.

²⁴¹ Bonet Correa (1978 b), pp. 112-135.

²⁴² El lazareto de Ancona, al igual que los erigidos por Fernando IV en Sicilia, fue objeto de elogio por la distribución y el funcionamiento en la obra *An account of the principal Lazarettos in Europe* (1789) del filántropo John Howard, citado por Bonet Correa (1978 b), p. 115. No era la disposición estrellada la más frecuente en los lazaretos así, el de Verona, trazado en 1555 (fig.31) por Michel San Micheli, constaba de un gran rectángulo con enorme patio, en cuyo perímetro se disponían las habitaciones (lo que recuerda a los cartujos), y una capilla -forma de templete- con un resultado similar a las capillas abiertas hispanoamericanas, sobre ellas ver Bonet Correa (1978 a), pp. 11-21. Destaca en el caso de España el lazareto de Mahón (fig. 32), descrito por el doctor Rodríguez, con excelentes condiciones de aislamiento y ventilación, Rodríguez (1987). Para un análisis sobre dicho lazareto y planteamiento de hospital-ciudad ver Sambricio (1991), pp. 410-429. El carácter

eminentemente práctico de los lazaretos no requería grandes construcciones, así también nos encontramos diseños muy simples para otras ciudades marítimas españolas, como fue el presentado por Ignacio Sala para Cádiz en 1744, con foso marítimo y almacenes separados por patios, reservando el frente de tierra para la iglesia, personal de abastecimiento y tropa (fig.33), A.G.S., Mapas, planos y dibujos (M.P.D.) XXI-86, Guerra Moderna (G.M.) Leg. 3512. Mayor provisionalidad se observa en Barcelona en las construcciones levantadas con sucesivas empalizadas y tiendas de campaña para resolver cuarentenas de enviados especiales, como el de Turquía, que no utilizaba los tinglados habituales (fig. 34), Archivo Histórico Nacional (A.H.N.), Sección Estado Leg. 4788, signatura (sig.) 980.

²⁴³ Bonet cita cómo en el s. XIX se han construido edificios públicos en «Y», «T», «X», y pone el caso en España del hospital de S. Francisco de Paula, del arquitecto Antonio Palacios Ramilo, formando un bloque sanitario con cuatro salas dispuestas en X con amplio patio octogonal, Bonet Correa (1978 b), pp. 119-120.

²⁴⁴ Foucault (1986), pp. 145-155, 175-182. El mismo espíritu de centralización se aplicaría a bibliotecas, centros militares y prisiones; en este sentido, el panóptico de Bentham tendría pleno sentido para lograr el control deseado, pp. 199-219.

²⁴⁵ *Programa...* (1860). En el programa se preveía que el servicio interior constaría de cocina, enseres de ropa, depósito, salas de reunión, salas de enfermería, servicio administrativo y vigilancia, capilla y secciones de aislamiento. Se analizan los costes económicos, condiciones de materiales y sistemas de ventilación.

²⁴⁶ Leistikow (1967), p. 83. Pevsner (1980), pp. 175-176, 182.

²⁴⁷ Leistikow (1967), p. 88.

²⁴⁸ La torre de los locos estaba distribuida en habitaciones de pequeñas dimensiones sometidas a estrecho control; contaba con sistema de calefacción central por aire; en el patio interior circular había un edificio transversal donde se situaban las escaleras y dependencias del personal. Supuso una contribución práctica a la asistencia de alienados buscando una forma arquitectónica monumental. El desarrollo sistemático de edificios para enfermos mentales sería la prerrogativa del s. XIX. Leistikow (1967), pp. 89-91.

²⁴⁹ Zavala Lafora (1947), pp. 87-93.

²⁵⁰ Labasse (1982), p. 105.

²⁵¹ Se pedía que esos hospitales cumplieran una función claramente definida consistente en un máximo de ventilación. Otras dos tipologías afectadas por ese influjo funcionalista fueron las prisiones y teatros; en las primeras se imponía la supervisión completa y en las segundas la máxima visibilidad y audición. Todo ello hizo que en la segunda mitad del s. XVIII hospitales, teatros y cárceles fueran objeto de un interés o investigación arquitectónica y que fuese en ellos donde los funcionalistas pudieran expresarse mejor. Si prisiones y teatros contaron con las monografías de Baltard *Arquitectura de las prisiones*, o de Patté *Essay on Théâtre Architecture*, fueron las publicaciones de la Academia Francesa de Ciencias sobre el nuevo hospital de París las que plantearon los progresos arquitectónicos dando formas concretas a las propuestas por los expertos, Collins (1981), pp. 235-236.

²⁵² Vidler (1997), pp. 87-88.

²⁵³ El miedo al aire corrupto, no sólo afectaba a hospitales, sino también a prisiones, mataderos, cementerios y la propia estructura de la ciudad, Etlin (1984), pp. 26-30. Sobre la insalubridad de los cementerios y las precauciones extraordinarias en tiempo de epidemia así como los planteamientos de médicos y parlamentarios franceses en el s. XVIII ver Ariès (1992), pp. 398-402.

²⁵⁴ En 1753 el Dr. Hales introdujo la ventilación mecánica en el «Hospital de Sarampión Sir John Oldcastle» y en cárceles como las de Newgate, Durham, etc., Collins (1981), p. 237.

²⁵⁵ Dube (1755). A veces caían en simples reiteraciones como, Fouquet (1748). Buchan (1785-86), Tomo I, fol. 98v-99, 102. Estos planteamientos se mantuvieron en el s.XIX insistiendo en alejar los edificios malsanos y depurar el aire corrompido, Tourtelle (1806), T. II, pp. 269, 273. Tissot (1815). En concreto, esta obra publicada en 1762 gozó de gran aceptación y llegaron a hacerse diez ediciones en seis años. Había un afán de divulgar a clases altas y medias las cuestiones sanitarias, Rosen (1984), pp. 81-106.

²⁵⁶ Analizaba con continuas citas de tratados médicos, arquitectónicos y de policía urbana, no sólo los sitios más saludables para fundar ciudades o cómo se debían fabricar los edificios -que recuerda a la tradición clásica vitruviana-, sino todas las medidas necesarias para mantener puro el aire y el agua de las ciudades, puertos, etc., dedicando capítulos independientes a cómo lograr la limpieza del aire e impedir su putrefacción en iglesias, conventos, cárceles, casas, navíos, cuarteles y, por supuesto, hospitales; a éstos últimos, los clasifica en tres tipos (dentro de la ciudad para agudos, fuera de ella el de crónicos y otro para convalecientes), Ribeiro Sánchez (1798), pp. 138-145. Sobre los costos de fabricar los hospitales, proponía una solución más económica de usar «qualquiera casa de campo vieja, qualquier convento o palacio de los alrededores de la ciudad», p. 55, y para purificar el aire de los hospitales generales, establecía el sistema de Duhamel con ejemplos de medida y capacidad, pp. 156-167.

²⁵⁷ Leistikow (1967), pp. 92-94.

²⁵⁸ La planta radial de Petit se ha relacionado con la «Ciudad de los Vientos» vitruviana y las enseñanzas que los hornos industriales aportaban en el campo de la renovación del aire. Por eso, se ha comparado su diseño con un gigantesco molino de viento donde, más que el control y vigilancia de los pacientes, primaba la circulación del aire, Vidler (1997), pp. 94-95. El modelo de Petit fue conocido en España a través de Bails y su *Arquitectura civil*. Martínez Ripoll expresó, creemos que de forma poco acertada, su oposición al planteamiento de Bonet Correa -quien consideraba a Bails receptor de ideas francesas-; pensaba que el diseño de Bails (1783) era un proyecto original sin influencia de Petit (1774), con el que sólo admitía semejanzas de programa (pese a la idéntica reproducción de planos); incluso planteó la hipótesis de cual podría ser el papel del teórico español en el proceso del programa hospitalario francés entre los proyectos de Petit y Poyet. Martínez Ripoll (1973), pp. 393-413.

²⁵⁹ Foucault, Michel; Fortier, Bruno et alter: *Les machines à guérir (aux origines de l' hôpital moderne)*, Bruselas 1979, citado por Vidler (1997), p. 97. El reconocimiento de la participación de Charles-François Viel fue bastante tardío (1814) pues, si bien la ventilación, separación de salas y ubicación de camas era de Le Roy, la disposición general y particular de la planta era de Viel y, por tanto, reclamaba la paternidad de la idea de plantas con pabellones separados que habían seguido a ésta.

²⁶⁰ Leistikow (1967), p. 94.

²⁶¹ Vidler (1997), p. 98.

²⁶² Vidler (1997), pp. 99-100. Esa solución para los hospitales, con líneas continuas y sin ángulos que atrapasen el aire viciado, también se intentó aplicar a cementerios y lazaretos; así Etlin señaló las semejanzas entre el diseño del cementerio de Capron (1782) -variación circular del camposanto de Pisa- y el proyecto para el Grand Prix de 1784 atribuido a Lahure, que planteó las salas de su lazareto particular con el mismo proyecto de superficies ininterrumpidas que permitían la total renovación del aire, Etlin (1984), pp. 87-89.

²⁶³ El planteamiento de economía de formas y de decoración (el círculo se decoraba en sí mismo) presentaba las máximas ventajas por no necesitar enlaces suplementarios, pero esto no ocultaba aspectos simbólicos, ya que su forma se convertiría en la alegoría de la salubridad, conmemorando el papel de los vientos para la salud; de hecho, la pérdida de terreno de la forma circular era considerable y no prosperó, Szambien (1993), pp. 221-222.

²⁶⁴ La diferencia con el panóptico era evidente, la capilla era el objeto de observación de los enfermos, pero no el punto de observación del director; los médicos no se beneficiaban con esa planta circular. Aunque el diseño de Poyet recordaba, por su monumentalidad, al Coliseo, tuvo sus detractores, que consideraban la planta restrictiva e inflexible con defectuosa distribución y ventilación, Vidler (1997), pp. 103-104.

²⁶⁵ También criticó la Academia otros aspectos menos arquitectónicos y más relacionados con el espíritu de la época sobre la pobreza -era difícil disociar pobres de enfermos-, como fue el hecho de que se destinasen algunas habitaciones a enfermos de pago (lo que ya ocurría en el Hôtel-Dieu de Lyon) porque, aunque suponía un ingreso, sería una fuente de abusos, «un Hospital es el asilo de la pobreza; no hay necesidad alguna de que aparezca allí el dinero, si no se quiere que lo corrompa todo». citado por Labasse (1982), p. 108.

²⁶⁶ Tenon, J.: *Mémoires sur les hôpitaux*. París 1788 citado por Sainte Fare Garnot (1988), pp. 4, 6.

²⁶⁷ El segundo informe de la Comisión de 1787 afirmó que el rey había aprobado el proyecto de construcción de cuatro hospitales, Leistikow (1967), p. 95.

²⁶⁸ En el s. XIX Durand publicó este plano, ver Durand (1981), lám. 18, 3ª parte. Fue difundido en España gracias a la traducción que realizó Foronda (1793): incluyó el tercer informe que la Comisión presentó a la Academia (volumen de 1786) y la disertación de Le Roy (volumen de 1787) en claro reconocimiento a la idoneidad de su diseño; destacaba la descripción de la planta (pp. 23-45); el traductor incluyó, en notas a pie de página, datos de mortandad de los hospitales españoles (p. 57) y se detuvo en las posibilidades de diversos mecanismos de ventilación y salubridad. Otro proyecto para un hospital en La Roquette seguía un diseño similar pero en el centro de cada sala se levantaba una cabina acristalada destinada a un vigilante, Leistikow (1967), p. 96. Pevsner (1980), pp. 181-183.

²⁶⁹ No presentaba un modelo concreto de distribución ni láminas explicativas al respecto. Sí insistía en la necesidad de que no sólo hubiese hospitales en poblaciones grandes sino también medianas, ya que estas fundaciones «son una de las obras más piadosas que ha podido inventar la humanidad», Valzania (1792), pp. 62-66.

²⁷⁰ Martínez Ripoll (1973), pp. 393-413.

²⁷¹ Citado por Granjel (1979), p. 129.

²⁷² Riera (1980), pp. 213-214.

²⁷³ Jovellanos (1952 b), T. L, pp. 431-435.

²⁷⁴ Murcia (1798), pp. 95-98.

²⁷⁵ Murcia (1798), apéndice IV, pp. XXIX-XXXIV.

²⁷⁶ A.H.N. Sección Estado, Leg. 3180, sig. 825.

²⁷⁷ A.H.N. Sección Estado, Leg. 3016, sig. 791.

²⁷⁸ Lampérez y Romea (1993) T. II, pp. 298-301, 310-313. Schubert (1924), p. 421. Kubler (1957), pp. 179, 252. Sobre la conveniencia de proteger el hospicio de Madrid, ver Landecho (1919), pp. 116-118 y Tormo y Monzó (1924), pp. 38-39. Sobre el dictamen de declaración de monumento nacional histórico-artístico del Hospital-Hospicio de Oviedo ver Menéndez Pidal (1961), pp. 71-72.

²⁷⁹ Bonet Correa (1991), p. XXI. En su cita 49 se recoge una completa bibliografía sobre fortificaciones, p. LXI. En las fortificaciones del norte de África no parece que los hospitales jugaran un papel muy destacado a la hora de su diseño, pero sí se incluían en el equipamiento, Vilar (1992), p. 427. Sobre otras normativas legales y Reglamentos y Ordenanzas para hospitales militares, ver Riera (1974-1975), pp. 115-134.

²⁸⁰ Las funciones eminentemente clínicas de estos hospitales contrastaban con los imperativos benéficos y caritativos que mantenían los no militares; éstos también fueron usados mediante contratos o asientos por los ejércitos borbónicos, con los que se establecía la provisión de alimentos, medicinas y camas. Los hospitales de Málaga, como de otras plazas habituales para el ejército, fueron también incluidos en este tipo de contratos, Riera (1992), pp. 14, 49-50. Merino (1988), T. I, pp. 123-132.

²⁸¹ Éste fue el caso de El Ferrol, donde el cuartel provisional de tropa se habilitó como centro asistencial, Vigo Trasancos (1984), p. 249. A veces se denominaba indistintamente la construcción con el término de hospital o cuartel, como fue el caso del Hospital de Inválidos de Lugo, Abel Vilela (1993), pp. 379-406.

²⁸² A.G.S. M.P.D., XXVII-60, Leg. 3657.

²⁸³ Muñoz Corbalán (1990), pp. 119-135. En ocasiones ni siquiera se menciona en los tratados al hospital entre los edificios representativos, Le-Blond (1776). Bravo Nieto (1994), pp. 69-89. Sin embargo en ciudades-fortaleza el hospital se convertía en edificio indispensable como lo eran las edificaciones para el Estado Mayor, arsenal, almacén de víveres, iglesia, etc., León Tello; Sanz (1994), pp. 733-742

²⁸⁴ Éste es el caso de la reforma del Hospital de Cardona o la Sala de Convalecencia diseñada para el Hospital Militar de Alicante, de extrema sencillez. También mantienen esta línea las dos salas altas y bajas para el Hospital militar de Badajoz (1761), Riera (1975), p. 18.

²⁸⁵ A.G.S. M.P.D. XXXVIII-78, G.M. Leg. 2428.

²⁸⁶ A.G.S. M.P.D. XIV-76, G.M. Leg. 3380.

²⁸⁷ A.G.S. M.P.D. XIX-248, G.M. Leg. 5883.

²⁸⁸ A.G.S. M.P.D. XXIX-70, G.M. Leg. 6551.

²⁸⁹ A.G.S. M.P.D. XIX-72, Marina Leg. 230.

²⁹⁰ A.G.S. M.P.D. XXXVIII-124 Secretaría (S^a) y Secretaría de Hacienda (S^a de H^a) Leg. 482.

²⁹¹ A.G.S. M.P.D. XIII-62, G.M. Leg. 6570. Ejemplo de otro convento fue el de S. Buenaventura de Barcelona, que fue utilizado en 1719 como hospital militar. Era muy frecuente el que los hospitales, al igual que los cuarteles, al carecer de instalaciones propias recurrieran a edificios conventuales, Muñoz Corbalán (1994), pp. 707-732.

²⁹² La iglesia contaba con una entrada para el público desde la calle y otra por el patio -junto a la escalera del hospital-; la ubicación tenía el inconveniente de no tener liberado el perímetro por la existencia de viviendas; el área del cementerio se disponía opuesto a la zona de cocinas que se añadía al cuadrángulo que formaban las salas, patio e iglesia, A.G.S. M.P.D. XXXVI-44, Guerra Antigua (G.A.) Leg. 3589.

²⁹³ Planimetría de fecha más avanzada (1839) del Hospital Militar de Mahón en Bonet Correa (1991), láms. 161-163.

²⁹⁴ A.G.S. M.P.D. IX-10, G.M. Leg. 3323.

²⁹⁵ Reproducido por Bonet Correa (1991), lám. 98.

²⁹⁶ A.G.S. M.P.D. XIII-63, G.M. Leg. 2441.

²⁹⁷ A.G.S. M.P.D. XXVII-58-59, G.M. Leg. 3618.

²⁹⁸ Servicio Histórico Militar (S.H.M.), nº 4.689, C-32-15/MEL-G2/17. Publicado en Bravo Nieto (1996), pp. 104-107. Interesantes planos de este hospital de Melilla en Moreno Peralta; Bravo Nieto; Sáez Cazorla (1999), pp. 102, 290-291, 406-417.

²⁹⁹ Bonet Correa (1988), T. I, pp. 415-425.

³⁰⁰ Sánchez Agustí (1984), pp. 31-37. Ibáñez Varona (1954). También con planta rectangular en torno a un patio porticado se organizaba el Hospital Militar de Puerto Rico, Arana-Soto (1976), pp. 37-39, 148-150. Asimismo, se reproduce el plano en, García del Carrizo San Millán (1992 c), pp. 51-54. En ocasiones, los materiales de escasa calidad obligaban a continuas reconstrucciones, García del Carrizo San Millán (1992 d), pp. 57-61.

³⁰¹ Morales Folguera (1987), pp. 38, 98-99, 101; de mayor relevancia fueron las construcciones en Nueva Orleans, pp. 216, 220-225. Díaz-Trechuelo Spínola (1959), pp. 246-247.

³⁰² Chueca Goitia (1985 b), p. 330. Márquez Moreno (1989), pp. 123-126.

³⁰³ Sambricio (1986), pp. 205-218. Chueca Goitia (1985 a), p. 295. Chueca Goitia, F.: «Informe sobre el edificio del Hospital General de Madrid» en *Boletín de la Real Academia de la Historia*, CLXIV, 1969, pp. 307-313 citado por Soto Caba (1991 a), pp. 27-39. Cabañas Bravo (1989), pp. 81-95.

³⁰⁴ Una sencilla descripción de su estado antes del proceso de restauración como Museo de Arte, en Tovar Martín (1983, 1986), T. II, pp. 98-104. Este edificio fue calificado de vasto y complicado, Mesonero Romanos (1987), p. 203. En el dictamen para la declaración como monumento histórico-artístico Luis Moya lo definió como “una soberbia muestra de la mejor arquitectura cortesana de la época”, Moya Blanco (1970), pp. 64-67. Sobre este hospital, también denominado Hospital Provincial de Madrid, ver Álvarez Sierra (1952). Valladares Roldán (1979), pp. 65 y ss.

³⁰⁵ Rodríguez (1756), B.N. MSS. 9.927, fols. 1-1v, 5.

³⁰⁶ Rodríguez (1756), B.N. MSS. 9.927, fol. 3.

³⁰⁷ Rodríguez (1756), B.N. MSS. 9.927, fols. 4v-5.

³⁰⁸ Sambricio (1986), pp. 213-217, Sambricio (1986), pp. 109-127. Azpiri (1992), pp. 510-544. La sustitución de Heramosilla por Sabattini en 1769 en la dirección de la obra se ha relacionado también con el hecho de que aquél se negase a realizarla por asiento tal y como deseaba la Junta de los Reales Hospitales. Resulta de gran interés la documentación del Archivo Histórico Nacional y del Archivo Regional de la Comunidad de Madrid relativa al desarrollo de la construcción del Hospital General y sus directores de obra aportada por Núñez Olarte (1999), pp. 47-52.

³⁰⁹ Esta construcción se relaciona con la difusión de las ideas ilustradas en el País Vasco por Valentín de Foronda, Hernando (1989), p. 111. Silvestre Pérez comenzó el hospital de Bilbao en 1817, Sambricio (1975), p. 52. Esto coincidiría con la vuelta de Silvestre Pérez a España tras su periodo de estancia en Francia, 1812-1815, lo que se reflejó en su obra «en una mayor objetividad en sus planteamientos arquitectónicos», Navascués Palacio (1979), p. 31.

³¹⁰ A Manuel Martín Rodríguez le encargó la Academia la tasación y reconocimiento de las instalaciones más idóneas para ubicar la Audiencia, que por Real Cédula de 1790, debía establecerse en Cáceres. Se optó por el Hospital de la Piedad, de planta cuadrangular y organizado en torno a un gran patio; él debía sacar el mayor partido de la fábrica vieja para instalar las dependencias propias de la Audiencia, Cadiñanos Bardeci (1990), pp. 411-479. (Reproduce la planimetría de dicha reforma). Ver sobre este tema Lozano Bartolozzi (1992), pp. 104-107. (Agradezco a D^a Rosario Camacho la información sobre esta publicación).

³¹¹ Leistikow (1967), p. 98. Sobre el despliegue de la medicina del s. XIX ver López Piñero (1973), pp. 209-214.

³¹² Hernando (1989), p. 110.

³¹³ Solà-Morales Rubió (1980), pp. 22-25.

³¹⁴ En el s. XIX, en París, las plantas del Hôtel-Dieu, los cuarteles del Fuerte Nuevo de Vincennes, o el Liceo Jeanson de Saily no diferían entre sí más de lo que lo hacen hoy el hospital Henri-Mondor, el centro de exámenes d' Antony o sedes sociales de empresas privadas, Labasse (1982), p. 182.

³¹⁵ Fourquet; Murard (1978), pp. 64-65.

³¹⁶ En este sentido de racionalización del espacio estarían también los cambios de ubicación de las cárceles. Sica (1981), p. 58.

³¹⁷ Bohigas (1970), pp. 161-172. Trillo (1990), pp. 39-48.

³¹⁸ Cerero (1870), p. 23. Es por ello por lo que este ingeniero, al presentar el diseño para reedificar el Hospital Militar de Cádiz, recurrió al sistema de pabellones con un cuerpo en «H» para la sala de enfermos y diversos edificios aislados para las dependencias generales, alojamientos de empleados y la iglesia.

³¹⁹ Navascués Palacio (1973), p. 107.

³²⁰ Los ingenieros militares se encontraban con graves dificultades a la hora de elaborar programas de hospitales dado que la Comisión creada en 1845 para proponer el sistema completo de edificios

militares se disolvió antes de terminar sus trabajos -el de los hospitales quedó sin hacer-, por lo que los ingenieros, careciendo de datos oficiales que sentaran las bases para efectuar proyectos definitivos, se basaron en publicaciones que circulaban sobre diversos hospitales, las que examinaban el carácter general acerca de las condiciones que debían reunir esos edificios o las más abundantes que examinaban problemas concretos. Cerero (1870), pp. 4-5.

³²¹ *Cuarteles tipos...* (1892), pp. VII-VIII. Se pretendía resolver el error cometido por la Comisión de estudios de edificios militares, nombrada por R.O. de 1847, que se limitaba a formar proyectos completos que no pudieron utilizarse. En esta ocasión, se elaboraron Memorias especiales relativas a Cuarteles de Infantería, Caballería y Artillería con sus atlas de planos; se establecieron los tipos variados con los elementos principales y accesorios, modelos y detalles que podían asumirse o modificarse según las zonas (se facilitaban los anteproyectos que con premura se exigían a los ingenieros y garantizaban la construcción de los cuarteles en las cantidades presupuestadas); una vez elegidos los tipos, al ir acompañados de los cálculos y cubicaciones necesarios, bastaba aplicar los precios de la localidad para formular el proyecto. En el estudio se dedica un cuidadoso capítulo a la ventilación con distintos sistemas (belga, inglés, Suffit, Ferrini, etc.). Según los cálculos del general Morin, los volúmenes en metros cúbicos de aire por individuo y hora en los hospitales oscilaban de 60 a 150, en prisiones, 50 metros cúbicos y en cuarteles de 30 a 50 (p. 23).

³²² *Cuarteles tipo. Atlas...* (1892), pp. 74-75. El éxito de las severas reglas higiénicas aplicadas a los cuarteles, hospitales y establecimientos militares lograron rebajar los índices de mortalidad con respecto a la población civil (según la estadística de 1889-1903), lo que llevó a ciertos investigadores a plantear la aplicación de los principios de esos hospitales militares a los civiles, Varios (1906), pp. 87-92.

³²³ Goicoechea (1829). Biblioteca Academia S. Fernando (B.A.S.F.) MSS 323/3, fols. 1v-7. Resalta, al igual que los teóricos franceses, los inconvenientes de las plantas cuadradas y cruciformes, fols. 9v-10v.

³²⁴ Goicoechea (1829), B.A.S.F., MSS 323/3, fols. 13v-24v. Las galerías entre pabellones serían utilizadas para la convalecencia; se especificaban los materiales (cubiertas de bóvedas sin maderas...).

³²⁵ Amadeo Rodríguez en su *Hospital Provincial de Cádiz. Memoria facultativa*. 1889, (Archivo Real Academia de S. Fernando) A.S.F. 95-18/5, fols. 12-13, realizó un análisis comparativos de otros hospitales, hizo una exposición exhaustiva de cada sala, distribución y materiales, así como las posibilidades de ventilación, atendiendo a los estudios europeos más recientes, de hospitales, minas, etc. para optar por el sistema de insuflación mecánica (fol. 16v). En el apéndice de la Memoria, tras aclarar que había consultado los últimos informes de las Comisiones de Higiene de Inglaterra y Francia, actualizó los resultados acerca de la ventilación de hospitales (fols. 26v-27v). Sobre el informe de la Sección de Arquitectura de la Academia de S. Fernando de 19-V-1889, en la que se aprobó el proyecto (acertado desde el punto de vista iconográfico) con ciertas salvedades en cuanto a las vías de acceso y disposición de las gradas en línea curva para la sala de operaciones o anfiteatro, ver Álvarez y Capra (1889), pp. 228-242.

³²⁶ Dujardin-Beaumetz (1889), pp. 218-223.

³²⁷ Méndez Álvaro (1849/1990), pp. 63-74.

³²⁸ Labasse (1982), p. 123. Sobre la consideración económica de la enfermedad en la higiene pública ver el texto de Max von Pettenkofer (1818-1901) recogido por López Piñero (1973) pp. 326-328.

³²⁹ Pevsner (1980), pp. 182.

³³⁰ Segre (1985), p. 66. Estos cambios no fueron algo exclusivo, como suele repetirse, del Barón Haussmann, ya que antes que él otros Prefectos como Chabrol, Bondy o Rambuteau habían desbrozado el camino ayudados por las sugerencias del Consejo Municipal y las recomendaciones del Consejo de Vigilancia de los Hospitales de París; el hospital Lariboisière se inscribía dentro de esa política de grandes obras, Sainte Fare Garnot (1988), p. 9.

³³¹ Sainte Fare Garnot (1988), p. 33.

³³² Aumentó el debate la publicación en 1844 en *La Revue générale d'architecture* (de César Daly) del proyecto de hospital para 800 camas de D.J. Dupuy, arquitecto de la ciudad, que no revelaba originalidad ni difería mucho del de Gauthier. Sobre la elección del modelo definitivo y su descripción, ver Sainte Fare Garnot (1988), pp. 35-40.

³³³ Husson, A.: *Etude sur les hôpitaux*, París 1862, citado por Sainte Fare Garnot (1988), p. 40.

³³⁴ Arrechea Miguel (1989), pp. 231-232.

³³⁵ Sainte Fare Garnot (1988), p. 42.

³³⁶ Las actuales concepciones de unidades asistenciales hospitalarias derivan de las propuestas de Florence Nightingale, Labasse (1982), p. 171. Ella llegó a afirmar que «una mala sanidad, una mala arquitectura y una mala administración hacen imposible cuidar...El arquitecto hospitalario puede facilitar o evitar la recuperación en la medida en que sus planos faciliten la enfermería o hagan el efecto contrario... Es un principio fundamental el que los pabellones, ya sean individuales o dobles, no alberguen más que a los enfermos y las oficinas inmediatas requeridas para el funcionamiento de la planta. Todo lo demás, sala de juntas, capillas, estancias para los encargados y sirvientes, excepto la jefe de enfermeras o enfermeras de cada planta, almacenes, cocinas, lavaderos deben estar situados en un edificio o en edificios separados». Nightingale, Florence: *Notes on hospitals*, Ed. Longman Green, London 1863, pp. 49, 91, citado por Ulrich (1996), pp. 27-28. También había trasladado la problemática higienista al campo doméstico y en 1859 realizó un análisis detallado en el tema de la salubridad de las viviendas, las implicaciones de la arquitectura y los graves problemas de ventilación y calefacción, Nightingale (1991), pp. 2, 6-30. Su influjo en EE.UU. en los años que siguieron a la Guerra Civil fue muy importante, Perdiguero Gil; Bernabeu i Mestre (1994 a), pp. 520-526.

³³⁷ Utilizamos el primer gran tratado en España sobre construcción de hospitales para seguir el repertorio de los europeos con diseño de pabellones, Labaig (1883). El anteproyecto de hospital estudiado por el Teniente Coronel de Ingenieros Eduardo Labaig sirvió de base para redactar la memoria del Hospital Militar de Madrid encomendada al Teniente Coronel, Comandante de Ingenieros del Ejército, D. Manuel Cano y de León quien reconoció la mayor dificultad de estudio de los Hospitales Civiles (Generales) con respecto a los militares; esta memoria fue analizada por la Sección de Arquitectura de la Real Academia de S. Fernando el 2-VII-1895, en Ruiz de Salces (1895), pp. 210-214.

³³⁸ Entre las descripciones que Amadeo Rodríguez realizó en su Memoria de 1889 para el Hospital de Cádiz, figuraban los modelos seguidos en diversas ciudades europeas como el St. Thomas de

Londres, la Enfermería de Edimburgo, Enfermería oeste de Glasgow, Hospital de Norfolk o la Enfermería de Marylebone, ofreciendo datos sobre número de camas, superficies, costos de construcción, sistema de ventilación, etc., A.S.F. 95-18/5, fols. 10-11.

³³⁹ Labaig (1883), pp. 93-97. Pevsner (1980), pp. 185-186.

³⁴⁰ Estados Unidos logró, en las décadas finales del XIX y primeros años del XX, aparte de un alto crecimiento en el número de hospitales, la incorporación de las grandes transformaciones científico-técnicas y arquitectónicas que en Europa ya habían comenzado en el s. XVIII, Perdiguero Gil; Bernabeu i Mestre (1994 b), pp. 532-538. Rosenberg (1995), pp. 97-121.

³⁴¹ Leistikow (1967), pp. 97-98. Pevsner (1980), p. 383.

³⁴² Sobre los avances de la llamada «Edad de Oro» de la medicina berlinesa, en el que el Hospital de la Charité desempeñó un importante papel, ver Montiel (1994), pp. 496-502.

³⁴³ A.S.F., Leg. 29-5/2. Archivo Histórico Nacional (A.H.N.) Fondos Contemporáneos (F.C.), Ministerio de Gobernación, Serie General Leg. 190; incluye la renuncia de Aníbal Álvarez (oficio 15-III-1857) a sus honorarios atendiendo al carácter filantrópico de la obra auspiciada por la Corona. Sobre el proceso constructivo y posteriores reformas, cercados de edificios adyacentes, etc. ver A.H.N., F.C. Ministerio de Gobernación, Serie General Leg. 502/1; Leg. 1572/1; Leg. 2027/13, 17; Leg. 2051/3, 7, 8, 8, 12, 15, 16.

³⁴⁴ Arrechea Miguel (1989), pp. 234-235. Bohigas (1970), pp. 161-172. Un completo estudio sobre este hospital en Gil i Nebot (2001), pp. 85-122 y Figueras (2001), pp. 123-182. El sistema de pabellones siguió presente en el s. XX en proyectos de hospitales provinciales como el de Albacete o Zaragoza, Landecho; Lázaro (1907), pp. 19-25. López Sallaberry (1908), pp. 10-14.

³⁴⁵ Giné y Partagás, J.: *Curso elemental de higiene privada y pública*. Librería de Juan Bustinos, Barcelona 1875, vol. II, p. 357, citado por Arrechea Miguel (1989), p. 233.

³⁴⁶ La flexibilidad de los métodos compositivos ‘Beaux-Arts’ permitían controlar la planta según los criterios médicos (en los que primaba el orden) de Pinel, Esquirol y otros alienistas. Se insistía en las posibilidades terapéuticas de la arquitectura, lo que no fue obstáculo para que, frente al modelo francés de racionalidad geométrica, surgiera también el asilo pintoresco de influencia inglesa con amplios jardines, paseos, zona de trabajo, agricultura, etc., Arrechea Miguel (1989), pp. 235-244. También el gobierno español se interesó por este tema, así en 1859 se convocó un concurso para un proyecto de manicomio modelo con un programa exhaustivo en la clasificación de secciones y dependencias; a él se presentaron ocho opositores; ateniéndose a dicho programa la Sección de Arquitectura de la Academia de S. Fernando los valoró el 12-XII-1860, A.S.F. Leg. 29-5/2.

³⁴⁷ Campos Marín (1993), pp. 376-382. Ballester (1993), pp. 272-278, 284-290. Huertas (1993), pp.340-346. Arquiola (1993), pp. 388-394.

³⁴⁸ Pevsner (1980), p. 186. En concreto, sobre hospitales pediátricos, en 1869 se creaba el Ospedale del Bambino Gesù en Roma y en 1877 en Madrid el Hospital del Niño Jesús, sobre este último ver Ollero Caprani (1991), p. 42; incluye la memoria descriptiva del arquitecto (pp. 123-124).

³⁴⁹ Las condiciones generales del programa de un hospital en una ciudad pequeña, según Narjoux, abarcaba cinco secciones: -sala para la Comisión Administrativa y habitación para el secretario, ecónomo, conserje, etc; -salas de enfermos, una para hombres y otra para mujeres con 25-30 camas

cada una y dos habitaciones separadas para enfermos contagiosos (cerca de ellas una habitación para el enfermero, monja, etc.); -servicios generales (sala de operaciones, sala de consultas, farmacia con laboratorio, cocina, office, lavandería, almacenes, lencería, secadero); -capilla y sacristía; y -comunidad de monjas (celdas, refectorio, locutorio, enfermería, vestuario, lencería, habitaciones para las personas de servicio), Narjoux (1870), T. I, p 95. Analiza los ejemplos de hospital en Colpo y en Pougues con sus desgloses de gastos de construcción (pp. 95-98); las láminas de estos hospitales figuran en el T. II.

³⁵⁰ Sainte Fare Garnot (1988), pp. 61-62. Un importante repertorio de imágenes sobre la arquitectura francesa hospitalaria de finales del s. XIX y comienzos del XX en Lefol (s/f).

³⁵¹ Muñoz Calvo (1993), pp. 296-306. Sobre la relación de estas instalaciones con las ciudades de vacaciones y estaciones termales, como contraste a los efectos de la Revolución Industrial en la búsqueda de un clima ideal y paisaje privilegiado, ver Sica (1981), T. II, pp. 980-983.

³⁵² Éste era el caso de los balnearios malagueños, en el que descollaba el de Carratraca, Rodríguez Sánchez (1994), pp. 93-94; en su cita nº 206 aparece una abundante bibliografía sobre balnearios españoles. Sobre los balnearios marítimos instalados en Málaga capital en el s. XIX, ver Lara García (1997), pp. 83-113.

³⁵³ Labasse (1982), p. 23. Las estaciones de invierno para tuberculosos debían reunir condiciones específicas de escasas lluvias y temperatura estable (para que el enfermo pasase al aire libre el mayor tiempo posible), las cuales cumplían la costa mediterránea entre Motril y Marbella, así como las estribaciones de la sierra de Ronda y Yunquera. Ejemplo de ello en Málaga, aunque avanzado el s. XX y por tanto fuera de los límites de este estudio, conviene reseñar el Sanatorio Antituberculoso construido en Campanillas a partir de 1938 gracias a los terrenos adquiridos por las Corporaciones Municipal y Provincial e inaugurado en 1945, Estrada y Segalerva (1970-1971), T. II, p. 122; T. IV, pp. 226, 380. Del afán por convertir a Málaga en una estación de invierno para Europa, un lugar de residencia idóneo para enfermos y convalecientes dan muestra las publicaciones destacando la climatología, las reformas urbanísticas y demás ventajas, Linares Enríquez (1906), pp. 113-129.

³⁵⁴ Knopf (1900), pp. 290-299. Esta publicación abarca construcciones europeas y americanas con abundante información de carácter arquitectónico (dimensiones, capacidad, decoración, etc.), si bien no incluye ningún ejemplo español. Un amplio repertorio de hospitales marítimos, tuberculosos, etc. de Europa con representación de instalaciones españolas, en Häberlin (1911). Conviene reseñar en Málaga el Sanatorio Marítimo de Torremolinos, cuya ubicación empezó a designarse en 1920 si bien el acto de colocación de la primera piedra se retrasó a 1927, en el que destacaba su amplio solarium frente al mar. Estrada y Segalerva (1970-71), T. II, pp. 203, 356.

³⁵⁵ Häberlin (1911), pp. 276-279.

³⁵⁶ Lefol (s/f), láms. 29-30.

³⁵⁷ Knopf (1900), pp. 162, 165.

³⁵⁸ Knopf (1900), pp. 229-230.

³⁵⁹ Häberlin (1911), pp. 246, 336.

³⁶⁰ Häberlin (1911), pp. 244, 334. Pevsner (1980), p. 186.

³⁶¹ Labasse (1982), p. 136.

³⁶² Paine; Siem Tjam (1984), p. 18. Los hospitales se ven sometidos a los controles de calidad necesarios para evaluación de su estructura física, funcional y orgánica; se convierten en instalaciones donde incide no sólo la arquitectura sino también la antropometría, psicología ambiental, etc., Panero; Zelnik (1983), pp. 233-246.

³⁶³ Labasse (1982), p. 198.

³⁶⁴ Labasse (1982), p. 138.

³⁶⁵ Bonet Correa (1993), p. 9.

³⁶⁶ Gómez Moreno (1949), p. 5. Sobre este tema ver también Sánchez Cantón (1923-1941) y Bonet Correa et al. (1980).

³⁶⁷ Bonet Correa (1993), pp. 13-26. Martín González (1984), pp. 68-72.

³⁶⁸ González Moreno-Navarro (1993), p. 21. Este autor analiza especialmente los elementos constructivos expuestos en la tratadística.

³⁶⁹ Señala una tercera etapa en el s. XX que abarcaría los manifiestos de arquitectura, Arnau Amo, (1987-88), T. I, pp. 10-12. Sobre los tratados y manuscritos de ingeniería y su interrelación con la arquitectura ver García Tapia (1990), pp. 20-24, 70-74.

³⁷⁰ Quatremère de Quincy: *Arquitectura* en la *Enciclopedia metódica*. 3 Volúmenes, París 1788-1825, citado por Sambricio (1986), pp. 129-145, nota 27.

³⁷¹ Arnau Amo, (1987-88), T. I, pp. 14-16.

³⁷² Benevolo (1972-73), T. II, p. 1.339. Un análisis de las ediciones del objeto de la obra de Vitrubio, Schlosser (1976), pp. 225-231; Kruft (1990), pp. 23-48, 81-89; Arnau Amo (1987-88) pp. 21 y ss. Sobre las ediciones españolas ver Gómez Moreno (1949), pp. 10-11. Sobre la divulgación y traducción de libros de arquitectura ver Cubiles Fernández (1983), p. 59.

³⁷³ Vitruvio Polión (1987), párrafo 7, p. 5. Sobre la traducción de José Ortiz, ver Cubiles Fernández (1983), pp. 120-148.

³⁷⁴ Vitruvio Polión (1987), párrafo 20, p. 12.

³⁷⁵ Vitruvio Polión (1987), párrafo 42, p. 21.

³⁷⁶ «La ciudad que está expuesta a los vientos calientes cuando éstos soplan entre los puntos de salida y puesta del sol en invierno, cuando recibe esos vientos como habituales y está al amparo de los vientos del norte, en esa ciudad es forzoso que las aguas sean abundantes, algo saladas y estén a flor de tierra... y que sus habitantes tengan la cabeza húmeda y llena de flema y se les trastornen frecuentemente los intestinos...» Hipócrates (1986), párrafo 3, p. 42.

³⁷⁷ Vila (1984), pp. 92-93. También se anticipó Eiximenis a Alberti al concebir la tipología arquitectónica como tipología social atendiendo a las diferencias entre hombres, p. 86.

³⁷⁸ Vila (1984), pp. 111-113. Eiximenis describía las enfermedades con el nombre genérico de «infeccions», o sea, males a eliminar para lograr la perfecta sanidad en la ciudad. Orozco Pardo (1985), p. 24.

³⁷⁹ Arnau Amo (1987-88), T. II, p. 40. Realiza un estudio comparativo entre la obra de Alberti y Vitruvio.

³⁸⁰ Ettlínger (1984), pp. 113-114.

³⁸¹ Alberti (1991), p. 27.

³⁸² Alberti (1991), libro I, pp. 69-75.

³⁸³ Alberti (1991), libro IV p. 165.

³⁸⁴ Alberti (1991), libro V pp. 210-212.

³⁸⁵ Esta preocupación social se reflejaba en la legislación relativa a la planificación urbana en la que Filarete jugó un papel importante; para Rosenau «fue el primer arquitecto que realizó un esfuerzo consciente por mejorar las expectativas de vida del hombre y del trabajador normal». Rosenau (1986), p. 18. No se planteaba, desde el punto de vista crítico, un cambio revolucionario que rompiera con el poder establecido; no puso en tela de juicio el sistema político vigente aun siendo consciente que éste condicionaba la mejora a nivel técnico y formal de la ciudad, Guidoni; Marino (1985), p. 41.

³⁸⁶ Ramírez (1981), pp. 184-185. Giorgio Muratore insistía en la importante iconografía que ofrecía el tratado de Filarete superando en este sentido a la obra de Alberti, lo que unido a su sentido esotérico convertiría el tratado de Averlino en un modelo estilístico que, dada la ambigüedad de la época, se mantendría más a niveles simbólicos que constructivos, Muratore (1980), pp. 108-114. Sobre los caracteres exóticos del tratado de Filarete, ver pp. 185-204.

³⁸⁷ Rosenau (1986), p. 61.

³⁸⁸ No está claro si su inspiración fue el hospital de los Inocentes o el de Sta. María pero, en todo caso, Averlino estuvo en Florencia, enviado por su mecenas Francesco Sforza, estudiándolos. Averlino (1990), p. 20.

³⁸⁹ Este modelo fue difícil de abandonar. Sambricio (1986), pp. 129-145.

³⁹⁰ Averlino (1990), pp. 186-192.

³⁹¹ Se ha planteado, sobre los medievalismos o elementos arcaizantes que perviven en Filarete, que podían ser resabios de su formación, que estuviesen relacionados con la vinculación que el artista florentino hizo de la realidad milanesa en la que se integró, o que fuesen fruto de las rivalidades profesionales; también cabe considerarlos como la síntesis que hace el Renacimiento de las plantas centrales donde, no sólo se apelaba a la antigüedad, sino a los estudios de edificios paleocristianos, bizantinos y arquitectura monástica, lo que hace más complejo aún el discurso teórico y la práctica de los arquitectos del s. XV. Averlino (1990), p. 21.

³⁹² Averlino (1990), pp. 186-187. Contrastaba la estudiada instalación sanitaria aplicada al hospital milanés con el descuido con el que se realizaba ésta en otros hospitales, como en Santo Spirito in Sassia, donde se prestaba mucha más atención a la apariencia y ostentación externa. Leistikow (1967), p. 71.

³⁹³ Averlino (1990), p. 192.

³⁹⁴ Finoli; Grassi (1972), vol. I, p. 308, cit. I.

³⁹⁵ Averlino (1990), p. 187.

³⁹⁶ Arnau Amo (1987-88), T. III, pp.7-8.

³⁹⁷ Arnau Amo (1987-88), pp. 73-75. En la planta del convento tipo destacaba, inscrito en un rectángulo, un amplio claustro circular y la iglesia de cruz latina (p. 122).

³⁹⁸ Ni Serlio ni Palladio hicieron mención de ellas. Serlio (1982). Palladio (1988).

³⁹⁹ L'Orme (1981), fol. 259.

⁴⁰⁰ Vidler (1997), p. 93.

⁴⁰¹ Citado por Szambien (1993), pp. 113-115. Sobre este tema de ornamentación y enriquecimiento, pero en otro sentido y desde un punto de vista más práctico como era el presupuestario, resulta interesante la aportación de la obra de Bullet (1762).

⁴⁰² Hautecoeur (1963-67), T. I-2, pp. 155-160, 292-294.

⁴⁰³ Leistikow (1967), p. 72.

⁴⁰⁴ De hecho, en este tema, propuso como antecedente del hospital de Filarete el hospital de Mansurah en El Cairo y el del Pantókrator. Jetter, D.: "Hospitaler nit Kreuzformigem Groundriss" en *Atti del Primo Congresso Europeo di Storia Ospitaliera*. 1960. Centro Italiano di Stori Ospitaliera, Reggio Emilia (1962), citado por Bonet Correa (1978 b), pp. 112-135.

⁴⁰⁵ Sobre la finalidad del manuscrito hay divergencias, ya que resulta difícil llegar a saber si pretendía ser un tratado de arquitectura en sentido estricto con vistas a su publicaci3n, o una colecci3n de textos y dibujos para uso particular del arquitecto; Navascu3s se decanta por la segunda posici3n, Navascu3s Palacio (1974), pp. 3-4.

⁴⁰⁶ Nieto; Morales.; Checa (1989), pp. 168-170. Martín Gainza había presentado dos trazas, una sobre un cuadriltero con seis patios y la iglesia en el centro, y otra con cuatro patios principales y la iglesia a un lado, que fue la elegida, Llaguno y Amirola (1977), T. II, pp. 180-181. Citado tambi3n en Morales Martínez (1996), p. 105; sobre el desarrollo de la obra ver pp. 103-115. Ver tambi3n notas 209 y 210 en el capítulo III, la Edad Moderna.

⁴⁰⁷ Navascu3s (1974), pp. 28-48, ver laminas de folio 77, 89v, 90, 91, 97. Tambn figuran en el manuscrito los capiteles p3ndolas y algunas puertas de comunicaci3n con la sacristía, etc., aunque hay una ausencia de dibujos relacionados con el exterior.

⁴⁰⁸ Leistikow (1967), p. 73. El lazareto fortificado, que recordaba a un claustro, estaba basado en la forma cuadrada, lo mismo que ocurría con el cementerio; en general, seguían el principio de la arquitectura barroca monoc3ntrica, Rosenau (1986), p. 85.

⁴⁰⁹ Herrmann, W.: «Antoine Desgodetz and the Acad3mie Royale d'Architecture» en *Art Bulletin* vol XL, (1958), pp. 23 y ss., citado por Pevsner (1980), p. 381, cita 63. Un diseño similar al de Desgodetz fue utilizado por Pierre-Adrien Paris para una biblioteca pública con ocho brazos radiales inscrita en un cuadrado (1773), Kauffmann (1974), p. 214, lamina 180. Szambien recoge tres obras de Desgodetz: -*Les 3difices antiques de Rome dessin3s et mesur3s tres exactement* (1682), - *Les Loix des bastiments suivant la coutme de Paris*, - *Trait3 de la commodit3*. Szambien (1993), pp. 117 (nota 35), 275.

⁴¹⁰ Pevsner adelanta el proyecto de Desgodetz a finales del XVII, por lo que cree que pudo ser conocido por Sturm, quien pas3 diez semanas en Francia en 1699, Pevsner (1980), p. 174. Pero para Vidler el proyecto se fechara en 1727, por tanto, posterior al modelo de Sturm, Vidler (1997), p. 94.

⁴¹¹ Leistikow (1967), pp. 86-87.

⁴¹² Marco Dorta (1973), p. 190. Bonet Correa (1978 b), pp. 112-135.

⁴¹³ Las memorias propuestas y soluciones procedentes de médicos, científicos, juristas o de los propios arquitectos estuvieron muy por delante de los proyectos de la tratadística del momento pero serían recogidos por ésta con posterioridad. Sobre la serie de propuestas para el Hôtel-Dieu de París presentadas a la Academia de Ciencias de París ver el capítulo IV correspondiente a la Ilustración.

⁴¹⁴ Vidler (1997), p. 81.

⁴¹⁵ Calatrava Escobar (1988), pp. 291-313. Entre las obras didácticas publicadas por Blondel, destaca en el tema de hospitales, Blondel (1771-76).

⁴¹⁶ Vidler (1997), pp. 88-90

⁴¹⁷ Citado por Vidler (1997), p. 89, nota 19. Sobre los esfuerzos compositivos de Neufforge y su elaboración metódica de plantas y alzados ver Kaufmann (1974), pp. 184-187. Neufforge, en su obra, recogía una enorme colección de proyectos donde en casi 900 láminas presentaba un compendio de las tareas arquitectónicas conteniendo todos los temas posibles, incluso con proyectos alternativos, pero estos diseños de Neufforge no tuvieron la resonancia de Peyre, Krufft (1990), p. 202.

⁴¹⁸ Otros teóricos, como Boffrand, pese a plantearse la variedad de destinos arquitectónicos, no presentan tipologías hospitalarias centrándose en el repertorio de residencias, palacios, castillos, Boffrand (1745).

⁴¹⁹ Vidler (1997), p. 46.

⁴²⁰ Szambien (1993), p. 221.

⁴²¹ Szambien (1993), pp. 229-230.

⁴²² Pevsner (1980), pp. 180, 382 (cita 99). En su obra aspira a reducir los elementos arquitectónicos mediante la lógica constructiva, así aplica en las *Observations...* las plantas geométricas a construcciones profanas, y propone, por ejemplo, construir un hospital cuya planta tuviese la forma de cruz de S. Andrés, Krufft (1990), p. 198.

⁴²³ Rosenau (1986), p.98.

⁴²⁴ Szambien (1993), pp. 125-126

⁴²⁵ Rosenau (1986), p. 115. Sus ideas humanitarias resultaban un tanto reaccionarias, como demostró en el grabado del hogar del pobre, donde las buenas intenciones compensarían la escasa calidad artística ya que el hombre sólo aparece cobijado por la bondad del cielo, Kaufmann (1980), p. 235. Ver este grabado en Ledoux (1994), pp. 104-106, pl. 33.

⁴²⁶ Rosenau (1986), p. 114.

⁴²⁷ Szambien (1993), p. 262. Pero ese debate de caracterización se ligaba a uno más general que transcurrió en la década de 1770 para reemplazar el ya mencionado Hôtel-Dieu de París tras el incendio de 1772, debate en el que Ledoux se vio directamente implicado ya que se le pidió a él y a Chalgrin un informe sobre dicho edificio tras el incendio, Vidler (1994), p. 41.

⁴²⁸ Vidler (1994), pp. 250-251.

⁴²⁹ Esto también se manifestará en la Ville Verte de Le Corbusier (ciudad abierta construida según los principios de pabellones de hospital), Vidler (1997), p. 110.

⁴³⁰ Vidler (1997), p. 88.

⁴³¹ Vidler (1997), pp. 97-100.

⁴³² Vidler (1997), pp. 93-95.

⁴³³ Vidler (1997), pp. 100-104.

⁴³⁴ Szambien (1993), pp 221-222. También Schinkel entendía que la utilidad del plano implicaba la mayor economía del espacio y el más alto orden de organización, Pevsner (1983), p.152.

⁴³⁵ Boullée, (1985), p. 40.

⁴³⁶ Szambien (1993), pp. 73-74.

⁴³⁷ Sica (1982), pp. 390-393. Otros teóricos franceses se concentraron más en los elementos prácticos como Thiollot (1847).

⁴³⁸ Durand (1840); versión española Durand (1981) p. 8. Con menores pretensiones y dominado por una concepción tipológica de la arquitectura con más interés divulgativo para la clase burguesa y los jóvenes arquitectos, cabría situar los modelos de Fornés y Gurrea y su *Álbum de proyectos* (1846), que incluía los relativos a hospitales, edificios culturales, de recreo, conmemorativos, religiosos, privados, etc., sobre este autor ver Bonet Correa, A. et al (1980) p. 79; Bonet Correa (1993), pp. 323-335. De hecho, sirvió este álbum como un repertorio oficial de la Academia valenciana de S. Carlos para el encargo de proyectos y examinar a los alumnos que optaban al título de arquitecto, Arrechea Miguel (1989), pp. 34-35.

⁴³⁹ Chueca Goitia (1983), p. 241.

⁴⁴⁰ Esto se volvería a encontrar en obras de Paxton, Eiffel, Contamin, etc., Benevolo (1974), pp. 69, 914.

⁴⁴¹ Durand (1981), prólogo de Rafael Moneo, pp. V-XIII.

⁴⁴² Durand (1981), pp. 140-142; Durand (1840), T. II, pp. 67-70, lám. 18.

⁴⁴³ El sucesor de Durand, el ingeniero L. Reynaud en su *Traité d'architecture*, estableció como forma idónea el sistema de pabellones y consideraba que la sala de hospital debía adoptar la forma rectangular siempre que uno de los costados estuviese abierto o bien cerrado por edificios de poca elevación, que los patios tuviesen las dimensiones aceptables para que las sombras de uno no cayesen sobre otro edificio y que las salas estuviesen bien orientadas respecto a los vientos, por lo que creía aconsejable la forma de 'H' para hospitales de grandes dimensiones, citado por Cerero, (1870), p. 24.

⁴⁴⁴ Citado por Collins (1981), p. 233.

⁴⁴⁵ Teyssot, Georges: «Clasicismo, neoclasicismo y arquitectura revolucionaria» prólogo en Kaufmann (1980), pp. 15-54, reproduce en las ilustraciones de las páginas 53 y 54 el diseño de la ciudad con la distribución de edificios y las plantas de éstos; aparece también en Sainte Fare Garnot (1988), p.29.

⁴⁴⁶ Milizia (1978), T. I, p. LXXI. Realizó una descripción interesante de la obra de Fuga el Albergue de Pobres, que en esas fechas aún estaba por concluir (amplias instalaciones para operarios, refectorios, patios, pórticos, talleres y viviendas para empleados); puso en evidencia cómo esta concepción de una ciudad de los pobres, pese al gasto efectuado, no podía remediar el origen del problema, que era una cuestión de gobierno; traducido en Sica (1982), p. 207, nota 45. Sobre el Albergue de Pobres ver, Pane (1956), p. 131-142; Blunt (1975), pp. 169-171.

⁴⁴⁷ Milizia (1785), T. I, pp. 286-288.

⁴⁴⁸ Masi (1788), p. 75. Otros autores que abordaban la arquitectura civil no incluían la tipología hospitalaria, caso de Ruggieri (1722, 1724, 1728), que presentaba palacios, mercados, etc.; o Branca (1757), que se centraba más en templos o casas privadas.

⁴⁴⁹ Brizguz y Bru (1804). En la misma línea de tratados de construcción estaría la traducción de Millington (1848).

⁴⁵⁰ Villanueva (1979). sobre este tema ver Sambricio (1986), pp. 55-91.

⁴⁵¹ En la afinidad con los órdenes sí recomendaba que los edificios destinados a obras públicas de caridad utilizasen el jónico, Rieger (1763), p. 176.

⁴⁵² Losada (1740), pp. 2-3.

⁴⁵³ Hermosilla i Sandoval (1750), B.N. MSS 7.573, p. 240. Sobre esta obra ver el detenido análisis de Rodríguez Ruiz (1984), pp. 57-80.

⁴⁵⁴ Hermosilla i Sandoval (1750), B.N. MSS 7.573 p. 263.

⁴⁵⁵ Rodríguez Ruiz (1988), T. I, pp. 319-332.

⁴⁵⁶ Jovellanos (1952 b), pp. 431-435.

⁴⁵⁷ Bails (1802), p. 55.

⁴⁵⁸ Ver Navascués Palacio (1983), T. I, pp. 9-10. La consideración de Bails como introductor de ideas foráneas, más que pensador original, se relacionaba con la propia queja del autor de que la Academia no quería originalidad sino un resumen de fuentes, Calatrava (1991), pp. 349-366.

⁴⁵⁹ Bonet reconocía que los planos de Bails eran copias de los de Petit, Bonet Correa (1978 b), pp. 112-135, ver su cita 13 bis. Sambricio (1986), p. 55-91, planteaba asimismo la necesidad de tratar el tema de la arquitectura hospitalaria del s. XVIII dentro del marco de la concepción de la ciudad comunitaria de la utopía, en los términos que la definió Rihs, Sambricio (1986), pp. 129-145. Martínez Ripoll (1973), pp. 393-413, defendía el carácter original del modelo de Bails y consideraba su obra como enlace entre el modelo de Petit y de Poyet en el programa hospitalario francés.

⁴⁶⁰ Citado por Navascués Palacio (1983), T. I, p. 115.

⁴⁶¹ Sobre los planteamientos de higienistas dieciochescos que se tradujeron al castellano (algunos por el propio Bails) ver las notas 255 y 256 del capítulo correspondiente a la Ilustración. Bails mostraba conocer, pero en su edición inglesa, la obra de Buchan (1785-86), así como la edición portuguesa de Ribeiro Sánchez (1798).

⁴⁶² Bails (1983), T II, pp, 20, 57, 854-858. Él se remitía a la obra de Buchan (fols. 98v-99, 102) y a la de Petit sobre el peligro de los sitios húmedos; optaba por un enclave al norte de la ciudad. Sobre la clasificación de los hospitales seguía a Ribeiro (pp. 142-145) con un gran hospital en las afueras, uno en la ciudad -de menores dimensiones- para urgencias y enfermos graves y otro para contagiosos.

⁴⁶³ Bails (1983), T. II, p. 858.

⁴⁶⁴ Bails (1983), T. II, p. 861.

⁴⁶⁵ Bails (1983), T. II, pp. 862-866, sobre las implicaciones de este diseño radiocéntrico, ver la nota 258 en el capítulo de la Ilustración.

⁴⁶⁶ Foronda (1793), (ver la reproducción de esta planta en la fig. 44 de este trabajo).

⁴⁶⁷ Para Navascués, «Milizia fue siempre por delante de Bails y no al contrario, como se ha escrito», Navascués Palacio (1983), T. I, pp. 113, 118-119. Esto ha provocado que algunos investigadores atribuyeran a Bails mayor originalidad ante la cita que hacía de él la edición del s. XIX de Milizia, cuando el proceso fue a la inversa y Bails plagió y utilizó muchísimo la obra original de aquél.

⁴⁶⁸ Valzania (1792), pp. 62-66. Sobre este autor ver Caamaño Martínez, J.M.: «Francisco Antonio Valzania y las ideas estéticas neoclásicas» en *Revista de Ideas Estéticas* n° 85, Madrid 1964, citado por Sambricio (1986), p. 144.

⁴⁶⁹ Iberti: *Observations generales sur les hôpitaux suivies d'un projet de hospital*. Londres 1788, citado por Sambricio (1986), p. 84. Iberti presentó un modelo cruciforme inscrito en un cuadrilátero con planta baja -destinado al personal, almacenes, servicios- y alta para enfermos; pese a la poca novedad del diseño cruciforme, estudió detenidamente los sistemas higiénicos y de ventilación, Sambricio (1986), pp. 122-126, 134. El influjo de Iberti ha sido detectado en la obra de Inclán Valdés *Lecciones de Arquitectura Civil* (1847) citado por Arrechea Miguel (1989), p. 228.

⁴⁷⁰ Labaig (1883). La influencia de la cultura arquitectónica alemana, además de en la obra de Labaig, aparecía también en la memoria que publicó Jareño sobre escuelas de instrucción primaria (1871), sobre este tema ver Arrechea Miguel (1989), pp. 122, 234.

⁴⁷¹ *Grands Prix ...* (1842)

⁴⁷² Collins (1981), pp. 224-225. Esa impracticabilidad la relacionaba con la vaguedad de los programas propuestos en emplazamientos indefinidos.

⁴⁷³ Collins (1981), pp. 226-227.

⁴⁷⁴ En el caso de España, sobre los estudios tipológicos de teatros y cárceles, ver García Melero (1994), pp. 213-246; García Melero (1995), pp. 241-272; García Melero (1998), pp. 169-176; Arrechea Miguel (1988), pp. 89-109.

⁴⁷⁵ Vidler (1997), p. 89.

⁴⁷⁶ La planta de Bonard (1787) figura en Kaufmann (1974), p. 230, lám. 202.

⁴⁷⁷ *Grands Prix...* (1842), pl. 83, 84. También aparece reproducida la fachada de este proyecto en Sainte Fare Garnot (1988), p. 26, pero procedente de otra publicación ya que se remite a Baltard, Louis Pierre et Vaudoier, Antoine-Laurent: *Grands Prix couronné* 1818.

⁴⁷⁸ *Grands Prix...* (1842), pl. 13, 129.

⁴⁷⁹ Bédar (1989), pp. 306-308. Quintana Martínez (1983), pp. 117-119. Sobre la relación de la Academia y los libros de arquitectura difundidos por la Imprenta Real ver Cubiles Fernández (1983), p. 62.

⁴⁸⁰ Bédar (1989), pp. 388-398. Navascués Palacio (1983), pp. 17-19. García Melero (1991), pp. 283-347. Fueron surgiendo otras Academias, como la de Valencia (1768), Zaragoza (1792) o Valladolid (1802). La de Valencia contó con su propia Comisión de Arquitectura en 1790, lo que le permitía mantener su autonomía respecto a la de S. Fernando. Sobre el funcionamiento de esta Academia ver Bérchez (1987 a); Bérchez (1987 b), p. 6. Un completo repertorio de los fondos documentales de arquitectura de dicha Academia en Bérchez; Corell (1981).

⁴⁸¹ Rodríguez Ruiz (1992), pp. 13-31. Varios (1992 c).

⁴⁸² Acerca de la evolución de los premios y sus consiguientes medallas de primera y segunda clase, así como las condiciones de la convocatoria a que se veían obligados a participar los pensionados, ver Quintana Martínez (1983), pp. 85-91. Sobre la relevancia del repertorio de pruebas de exámenes conservados en el Gabinete de Estampas de la Academia, en concreto, para el tema de los hospitales, ya hizo mención en 1967 Bonet Correa (1978 b), pp. 112-135.

⁴⁸³ Bérchez (1987 a), p. 135. Sobre las modificaciones para desarrollar mayor rigor en las 'pruebas de pensado y repente' y los planteamientos para obtener el título de arquitecto, así como el material que debía facilitárseles y cómo se haría la elección de los asuntos, ver García Melero (1993), pp.325-377. García Melero (1992), pp. 211-261.

⁴⁸⁴ Sobre este tema, ver Henares Cuéllar (1977), p. 7. Rosenblum (1986), pp. 97-99.

⁴⁸⁵ A partir de 1760, concretamente para los premios, se incluía un examen teórico a base de geometría y aritmética, Quintana Martínez (1983), p. 101. Con esta tradición se rompió en 1793, donde se decidió no llevarlos a cabo por su inutilidad, retomándose la polémica en 1799 pero sin éxito, Varios (1992 a), p. 36. Santamaría Almolda (1996), pp. 219-247.

⁴⁸⁶ Sambricio (1986), pp. 161-188.

⁴⁸⁷ A.S.F.: 82/3 Juntas Ordinarias Generales y Públicas (27-I-1760), fol. 74v. Según la Junta de 12-VIII-1760 aspiraban al premio de primera clase Ramón Pérez Otero, Joseph Téllez Nogués, Francisco Ventura Gutiérrez, Manuel de Vera, Fernando González de Lara y Andrés Fernández, siendo la 'prueba de repente' una casa ayuntamiento (fol. 90v).

⁴⁸⁸ Quedaron finalmente excluidos los tres seleccionados (Ramón Pérez Otero, Joseph Téllez Nogués y Fernando González de Lara). A.S.F.: 82/3, Juntas Ordinarias Generales y Públicas (12-VIII-1760), fol. 91v-92.

⁴⁸⁹ Reproducido este plano en Bérchez; Corell (1981), pp. 39-42.

⁴⁹⁰ Figura la planta y fachada en el catálogo de Varios (1992 a), pp. 102-103.

⁴⁹¹ *Informes de las Reales Sociedades Económicas de Madrid y Murcia sobre erección, dotación y gobierno de Hospicios o Casas de Misericordia*. Imp. Pedro Marín, Madrid (1781), pp. 14-15; incluido en A.H.N., Consejos, Leg. 2.833/18.

⁴⁹² Sambricio (1986), p. 144, nota 22.

⁴⁹³ Gabinete de Dibujos de la A.S.F.: A-2.664-2.705. Algunos están publicados por Sambricio (1986)."

⁴⁹⁴ Publicado por Sambricio (1985), pp. 243-304.

⁴⁹⁵ Gabinete de Dibujos de la A.S.F.: (A-2.706-2.783).

⁴⁹⁶ Bérchez; Corell (1981), pp. 55-56.

⁴⁹⁷ Cartoteca-Servicio Histórico Militar (R/3.021) 16-389-91.

⁴⁹⁸ Gabinete de Dibujos de la A.S.F.: A-2.693-98.

⁴⁹⁹ En el catálogo de Varios (1992 a), pp. 157-159 se publica sólo el lazareto de observación; el de contagiosos aparece recogido en la misma publicación en el artículo de Delfín Rodríguez, ver Rodríguez Ruiz (1992). Sambricio (1986), p. 276, publica un diseño de lazareto anterior (1800) de Pedro Nolasco Ventura con cinco espacios diferenciados. El proyecto de 1802 de este arquitecto y el de 1805 de Miguel Marichalar están reproducidos en Azpiri (1992), pp. 510-544.

⁵⁰⁰ Bonet Correa (1978 b), p. 126.

⁵⁰¹ Gabinete de Dibujos de la A.S.F.: A-2.661.

⁵⁰² Gabinete de Dibujos de la A.S.F.: A-2.623-2.663. En la Academia de S. Carlos, el diseño de lazareto de Venancio del Valle de 1845 (reproducido en Bérchez; Corell (1981). pp. 263-264) para obtener el título de arquitecto, guarda cierto parecido, por sus dependencias en forma de abanico frente al cuerpo principal, con el de Mr. St. Hubert, ganador del Grand Prix de 1784.

⁵⁰³ Gabinete de Dibujos A.S.F.: A.-2.544.

⁵⁰⁴ Reproducido por Sambricio (1986), p. 295.

⁵⁰⁵ Gabinete de Dibujos A.S.F.: A-2.462.

⁵⁰⁶ Gabinete de Dibujos A.S.F.: A-2.479.

⁵⁰⁷ Gabinete de Dibujos A.S.F.: A-2.438.

⁵⁰⁸ Gabinete de Dibujos A.S.F.: A-2.463.

⁵⁰⁹ Gabinete de Dibujos A.S.F.: A-2.575.

⁵¹⁰ Gabinete de Dibujos A.S.F.: A-2.441.

⁵¹¹ Gabinete de Dibujos A.S.F.: A-2.451. Los planos de planta y alzado han sido incluidos como figs. 2 y 3 en Santamaría Almolda (1996), pp. 223-224.

⁵¹² Gabinete de Dibujos A.S.F.: A-2.515.

⁵¹³ Gabinete de Dibujos A.S.F.: A-2.524-2.527. Sobre las pruebas de este examen ver A.S.F.: Leg. 11-1/2, dato recogido en Santamaría Almolda (1996), p. 237. Agradezco esta información a D^a Rosario Camacho Martínez.

⁵¹⁴ A.S.F.: Leg. 29-5/2 «Expediente sobre la construcción del Hospital Militar de Barcelona».

⁵¹⁵ A.S.F.: Leg. 29-5/2 «Hospital de la Princesa». A.H.N. : F.C., Ministerio de Gobernación, Serie General, Leg. 190. Sobre el proceso constructivo y posteriores reformas, etc. ver A.H.N. : F.C., Ministerio de Gobernación, Serie General, Leg. 502/1, Leg. 1572/1, Leg. 2027/13, 17; Leg. 2051/3, 7, 8, 12, 15, 16.

⁵¹⁶ Gabinete de Dibujos A.S.F.: A-2.454.

⁵¹⁷ Gabinete de Dibujos A.S.F.: A-2.488.

⁵¹⁸ Gabinete de Dibujos A.S.F.: A-2.471.

⁵¹⁹ Gabinete de Dibujos A.S.F.: A-2.500.

⁵²⁰ Santamaría Almolda (1996), pp. 246-247. Ariza Muñoz (1996), pp. 547-569.

⁵²¹ El proyecto de Arregui planteó problemas en la disposición de plantas, se criticaba el excesivo uso de patios que, aunque mejoraba la ventilación, hacía «difícil la vigilancia del director en todo el establecimiento y sumamente molesto el servicio de todas sus dependencias por las grandísimas distancias»; se le pedía mayor agrupamiento de crujías o masa de habitación y que se le añadiese sótanos para aislarlo térmicamente, así como un segundo piso o ático. A.S.F.: Leg. 42-8/2.

⁵²² No intervino la Academia en el tema del excesivo lujo de materiales para un edificio de beneficencia, que dejaba al arbitrio de la Diputación pues era la que debía sufragar los gastos, si bien, el ladrillo era el material más empleado. Álvarez y Capra (1893), pp. 163-181.

⁵²³ A.S.F.: Leg. 29-5/2.

⁵²⁴ Ruiz de Salces (1888), pp. 55-56.

⁵²⁵ Se aprobó en 1858 el proyecto de lazareto para Guanabacoa (Cuba); la Academia insistía al gobierno que se destinase a las posesiones de ultramar, no sólo ingenieros, sino también arquitectos «que puedan desempeñar el servicio de su ramo en aquellas regiones», A.S.F.: Leg. 29-5/2. Se recogían asimismo proyectos de hospicio para Manila, en Puerto Rico un Hospital de Dementes y Asilo de Párvulos así como un hospital para la isla de Fernando Poo que requirió sucesivas modificaciones, lo que dilató bastante su aprobación, A.S.F.: Leg. 43-1/2. Por supuesto, eran proyectos de ingenieros del ejército; la polémica entre ingenieros y arquitectos era evidente, sobre este tema ver Alzola y Minondo (1979), «Estudio preliminar» de Antonio Bonet Correa, pp. 7-18. Bonet Correa; Miranda Regojo; Lorenzo Forniés (1985), pp. 21-24, 30-34.

⁵²⁶ A.S.F.: Leg. 29-5/2 «Concurso para un proyecto de manicomio modelo» 1859.

⁵²⁷ En el programa se especificaban elementos tendentes a ofrecer un carácter de normalidad semejante a las viviendas, sin infundir a los enajenados sospechas de reclusión o encierro en ventanas, puertas e incluso paredes que, en el caso de los pensionistas distinguidos «podrían tapizarse con papeles de colores claros y de buen gusto, como se ven en las habitaciones comunes destinadas al domicilio de las familias pudientes de la clase media», Cubas (1887), pp. 273-290.

⁵²⁸ El de Cáceres fue presentado por el arquitecto Fernando Yarza en 1869 y el de Madrid por Lorenzo Álvarez y Capra en 1877; ambos fueron aprobados con ciertas observaciones. A.S.F.: Leg. 43-1/2. Aunque el Hospital Provincial de Cáceres no se llegó a realizar conforme a los planos de Yarza, ver el proyecto de este arquitecto en Lozano Bartolozzi (1992), pp. 108-109.

⁵²⁹ A.S.F.: Leg. 29-5/2 La reforma del Colegio de S. Carlos en Madrid fue proyectada por Francisco Jareño y aprobada por la Sección de Arquitectura el 14-IV-1886, Lallave (1886), pp. 227-228.

⁵³⁰ A.S.F.: Leg. 29-5/2 Se acabó ofertando esta obra a concurso público, al que se presentaron cuatro proyectos que fueron valorados por la Academia, A.S.F.: Leg. 43-1/2. Los repertorios medievalistas fueron utilizados en el eclecticismo decimonónico para los edificios benéficos por su marcada referencia a la arquitectura cristiana y su carácter ornamental, sobre este tema ver Hernando (1989), p. 198. Patetta (1975), pp. 317, 328-329.

⁵³¹ Un ejemplo de esto fue el Hospital Provincial de Logroño, A.S.F.: Leg. 43-1/2.

⁵³² A.S.F.: Leg. 43-1/2.

FUENTES DOCUMENTALES

ARCHIVO HISTÓRICO NACIONAL (A.H.N.)

Consejos, legajos núms.: 7, 632, 1.778, 2.038, 2.592, 2.833, 2.844, 3.359, 11.951, 11.975, 15.934, 15.942, 25.921

Fondos Contemporáneos. Gobernación Serie General, legajos núms.: 190, 502, 1.167, 1.327, 1.572, 2.027, 2.051

Estado, legajos núms.: 3.166

Clero, legajo núm.: 4.710

Planos Sección Estado, legajos núms.: 3.016 Sig. 791, 3.180 Sig. 825, 4.788 Sig. 980

ARCHIVO REAL ACADEMIA DE S. FERNANDO (A.S.F.)

Actas, núm.: 146/3

Junta General, núm.: 82/3

Legajos, núms.: 29-5/2, 42-8/2, 43-1/2, 95-18/5

BIBLIOTECA ACADEMIA DE SAN FERNANDO. MANUSCRITOS (B.A.S.F. MSS)

Goicoechea (1829): B.A.S.F. MSS. 323/3

GOICOECHEA, Antonio de: *La situación local de los hospitales en una corte y lo que se deberá tener presente para su cómodo uso, ventilación y aislar las enfermedades contagiosas*. 25-V-1829. B.A.S.F. MSS. 323/3

GABINETE DE DIBUJOS DE LA REAL ACADEMIA DE S. FERNANDO (G.D.A.S.F.)

A-2.438, A-2.441, A-2.451, A-2.454, A-2.455, A-2.462, A-2.463, A-2.471, A-2.479, A-2.488, A-2.500, A-2.515, A-2.524-A-2.527, A-2.544, A-2.575, A-2.661, A-2.693-A-2.698, A-2.706

SERVICIO HISTÓRICO MILITAR DE MADRID (S.H.M.)

Documentos, núms.: 4-5-5-11, 4-5-5-13, 4-5-5-17, 4-5-5-18

Cartoteca del Servicio Histórico Militar de Madrid (C.S.H.M.)
016/351, 016/353, 016/378, 016/379, 016/386, 016/389-391

ARCHIVO GENERAL DE SIMANCAS (A.G.S.)

Contaduría de Mercedes, legajos núms.: 738, 1.258

Consejo Real de Castilla, legajos núms.: 313, 682

Patronato Eclesiástico, legajos núms.: 25, 39, 318-321, 336

Patronato Real, legajos núms.: 22, 23

Guerra Antigua, legajos núms.: 101, 102, 110, 202, 203, 317

Guerra Moderna, legajo núm.: 2.409

Secretaría de Guerra, legajo núm. 2.409

Secretaría de Marina, legajo núm.: 218

Mapas, Planos y Dibujos, núms.: IX-10, G.M. Leg. 3.323; XIII-62, G.M. Leg. 6.570; XIII-63, G.M. Leg. 2.441; XIV-76, G.M. Leg. 3.380; XIX-72, Marina Leg. 230; XIX-248, G.M. Leg. 5.883; XXI-86, G.M. Leg. 3.512; XXVII-58-59, G.M. Leg. 3.618; XXVII-60, G.M., Leg. 3.657; XXIX-70, G.M. Leg. 6.551; XXXVI-44, G.A. Leg. 3.589; XXXVIII-78, G.M. Leg. 2.428; XXXVIII-124, S^a H^a Leg. 482

BIBLIOTECA NACIONAL. MANUSCRITOS (B.N. MSS)

Dueñas (s/f): MSS. 8168

DUEÑAS, Marcos de.: *Instrucción para los que visitan y consuelan enfermos, especialmente cuando están peligrosos.* (s/f). B.N. MSS. 8168

Hermosilla i de Sandoval (1750): B.N. MSS. 7573

HERMOSILLA I DE SANDOVAL, Joseph de: *Architectura civil.* 1750. B.N. MSS. 7573

López (1781-1795): B.N. MSS. 7303

LÓPEZ, Tomás.: *Diccionario geográfico de España.* 1781-1795. B.N. MSS. 7303

Mcfarlan (s/f): B.N. MSS. 1831

MCFARLAN, Juan: *Investigaciones tocantes a los pobres.* s/f. B.N. MSS. 1831

Rodríguez (1756): B.N. MSS. 9927

RODRÍGUEZ, Ventura.: *Sobre los planos del Hospital de Madrid.* 1756. B.N. MSS. 9927

BIBLIOGRAFÍA

Abel Vilela (1993)

ABEL VILELA, Adolfo de: «Arquitectura militar y neoclasicismo. El cuartel de inhábiles de Lugo» en *Espacio, tiempo y forma*. Serie VII, T. 6, Madrid, UNED, 1993, pp. 379-406.

Alberti (1991)

ALBERTI, León Battista: *De Re Aedificatoria*. Prólogo de Javier Rivera, Madrid, Akal, 1991.

Aldea Vaquero, Vives Gatell y Marín (1972-1975)

ALDEA VAQUERO, Q.; VIVES GATELL, J. y MARÍN, T.: *Diccionario de Historia Eclesiástica de España*. Tomos I-IV, Madrid, 1972, 1975.

Aliño Pellicer (1973)

ALIÑO PELLICER, Salvador: «Aspecto social del cólera de 1.885 en Alcira», *Medicina e Historia* nº 26, 1973, pp. 7-26.

Alomar Esteve (1980)

ALOMAR ESTEVE, Gabriel: *Teoría de la ciudad. Ideas fundamentales para un urbanismo humanista*. Madrid, Instituto de Estudios de Administración Local, 1980.

Álvarez y Capra (1889)

ÁLVAREZ Y CAPRA, Lorenzo.: «Hospital Provincial Civil de Cádiz. Al Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación». *Boletín de la Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando*, Madrid 1889, pp. 228-242.

Álvarez y Capra (1893)

ÁLVAREZ Y CAPRA, Lorenzo: «Sección de Arquitectura. Proyecto de un edificio para

Hospicio en Madrid. Al Excmo. Sr. Presidente de la Diputación Provincial de Madrid». *Boletín de la Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando*, 1893, pp. 163-181.

Álvarez Peláez (1993)

ÁLVAREZ PELÁEZ, Ráquel: «El hospital colonial», *Historia de los hospitales* nº 18, *El médico*. Madrid, Ed. Saned, 1993, pp. 260-266.

Álvarez Santaló (1980)

ÁLVAREZ SANTALÓ, León Carlos: *Marginación social y mentalidad en Andalucía Occidental: Expósitos en Sevilla (1.613-1.910)*. Sevilla, Consejería de Cultura de la Junta de Andalucía, 1980.

Álvarez Santaló (1989)

- «La Casa Cuna de Sevilla», *Los hospitales de Sevilla*. Sevilla, Real Academia Sevillana de Buenas Letras, 1989, pp. 73-87.

Álvarez Sierra (1950)

ÁLVAREZ SIERRA, José: *Influencia de S. Juan de Dios y de su orden en el progreso de la medicina y la cirugía*. Madrid, Imp. Argés, 1950.

Álvarez Sierra (1952)

- *Hospitales de Madrid de ayer y de hoy*. Madrid, Publicación Beneficencia Municipal, 1952.

Álvarez Terán (1980)

ÁLVAREZ TERÁN, M^a Concepción: *Mapas, planos y dibujos (1503-1805)*, Vol. I. Valladolid, Ministerio de Cultura, 1980.

Álvarez Uría (1983)

ÁLVAREZ URÍA, Fernando: *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del s.XIX*. Barcelona, Tusquets Ediciones, 1983.

Alzola y Minondo (1979)

ALZOLAY MINONDO, Pablo: *Las obras públicas en España. Estudio Histórico*. Colegio de Ingenieros de Caminos, Canales y Puertos. Madrid, Turner, 1979. Estudio preliminar de Antonio Bonet Correa, pp. 7-18.

Anés (1988)

ANÉS, G: «La formación de un Rey en el siglo de las Luces: ideas y realidad», *Catálogo exposición Carlos III y la Ilustración*, T. I. Barcelona, Ministerio de Cultura, 1988, pp. 19-36.

Ángulo Íñiguez (1934)

ANGULO ÍÑIGUEZ, Diego: *Planos de monumentos arquitectónicos de América y Filipinas existentes en el Archivo de Indias*. Universidad de Sevilla, 1934.

Ángulo Íñiguez (1971)

- «El Hospital de Venerables Sacerdotes de Sevilla», *Boletín de la Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando*, Madrid 1971, pp. 81-82.

Arana Soto (1976)

ARANA-SOTO, S.: *El hospital de Puerto Rico*. Barcelona, Impreso en el Complejo de Artes Gráficas Medinaceli, 1976.

Aranda Doncel (1992)

ARANDA DONCEL, Juan: *Historia del hospital de Jesús Nazareno de Castro del Río (1.741-1.991)*. Córdoba, Excma. Diputación de Córdoba y Ayuntamiento de Castro del Río, 1992.

Arbós (1914)

ARBÓS, Fernando: «Informe sobre la declaración de Monumentos Nacionales de la Capilla del gran Hospital de los Reyes Católicos, en Santiago de Galicia, y la iglesia de Sto. Domingo de la misma ciudad», *Boletín de la Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando*, Madrid 1914, pp. 167-168.

Ardemans (1798)

ARDEMANS, Teodoro: *Ordenanzas de Madrid y otras diferentes que se practican en las ciudades de Toledo y Sevilla, con algunas advertencias a los Alarifes y Particulares y otros capítulos añadidos a la perfecta inteligencia de la materia que todo se cifra en el Gobierno Político de las fábricas*. Madrid, Imp. Josef Doblado, 1798.

Ardemans (1992)

- *Declaración y extensión sobre las Ordenanzas que escribió Juan de Torija, Aparejador de Obras Reales, y de las que se practican en las ciudades de Toledo y Sevilla, con algunas advertencias a los Alarifes y Particulares y otros capítulos añadidos a la perfecta inteligencia de la materia que todo se cifra en el Gobierno Político de las fábricas*. Madrid, Imp. Francisco del Hierro, 1719. Facsímil Ed. Ayuntamiento de Madrid 1992, estudio de BLASCO ESQUIVIAS, B.; *Arquitectura y urbanismo en las Ordenanzas de Teodoro Ardemans para Madrid*; prólogo de Antonio Bonet Correa.

Arenal (1927)

ARENAL, Concepción: *La Beneficencia, la Filantropía y la Caridad (1861)*, *Obras completas*, Madrid, 1927.

Ariès (1992)

ARIÈS, Philippe: *El hombre ante la muerte*. Madrid, Taurus, 1992.

Ariza Muñoz (1996)

ARIZA MUÑOZ, Carmen: «El jardín en los proyectos de edificios y zonas públicas, hospitales y construcciones religiosas existentes en la Real Academia de S. Fernando de Madrid», *Academia* nº 82. , *Boletín de la Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando*, 1996, pp. 547-569.

Arnau Amo (1987-88)

ARNAU AMO, Joaquín: *La teoría de la Arquitectura en los Tratados*. Madrid, Ed. Tebar Flores, 1987-1988.

Arrechea Miguel (1988)

ARRECHEA MIGUEL, Julio: «La arquitectura de la represión en el s.XIX: cárceles y manicomios», *Arquitectura y orden. Ensayos sobre tipologías arquitectónicas*. Valladolid, I.C.E. Universidad de Valladolid, 1988, pp. 89-109.

Arrechea Miguel (1989)

- *Arquitectura y Romanticismo. El pensamiento arquitectónico en la España del XIX.* Valladolid, Universidad de Valladolid. Caja de Ahorros de Salamanca, 1989.

Artola (1956)

ARTOLA, Miguel: «Vida y pensamiento de D. Gaspar Melchor de Jovellanos», *Obras de D. Gaspar Melchor de Jovellanos. Biblioteca de Autores Españoles*. T. LXXXV. Madrid, Ed. Atlas, 1956, pp. VII-LXXXVII.

Artola (1990)

- *La burguesía revolucionaria (1.808-1.874)*. Madrid, Alianza Editorial, 1990.

Atienza (1994)

ATIENZA, Juan: *Monjes y monasterios españoles en la Edad Media*. Madrid, Ed. Temas de Hoy, 1994.

Averlino (1990)

AVERLINO, Antonio: *Tratado de Arquitectura*. Vitoria, Edición de Pilar Pedraza. Ephialte, Instituto de Estudios Iconográficos, 1990.

Azcárate (1965)

AZCÁRATE, José M^a.: «El Hospital Real de Santiago. La obra y los artistas» en *Compostellanum* nº 4, 1965.

Azcárate (1990)

- *Arte gótico en España*. Madrid, Cátedra, 1990.

Aznar (1991)

AZNAR, Sagrario: «Origen y fundación del Colegio de Cirugía», *La recuperación del Hospital de S. Carlos. Nuevas instalaciones del Instituto Nacional de Administración Pública*. Madrid, Ministerio de Administración Pública, 1991, pp. 75-89.

Azpiri (1992)

AZPIRI, A.: «Catálogo de Arquitectura Hospitalaria», *Las propuestas para un Madrid soñado: de Texeira a Castro*. Madrid, Ed. Centro Cultural Conde Duque, 1992, pp. 510-544.

Bails (1802)

BAILS, Benito.: *Diccionario de Arquitectura Civil*. Madrid, Imp. Vda. de Ibarra, 1802.

Bails (1983)

- *De la Arquitectura Civil*. Madrid, Imp. Vda. de Joaquín Ibarra, 1796. Facsímil NAVASCUÉS PALACIO, P.: *Estudio crítico*. Tomo I, Murcia, Colegio Oficial de Aparejadores y Arquitectos Técnicos de Murcia, 1983.

Balsells Samora (1971)

BALSELLS SAMORA, José: *El hospital de*

S. Juan de Reus. *Ayer, hoy y mañana*. Reus, 1971.

Ballester (1993)

BALLESTER, Rosa: «Las maternidades y los hospitales infantiles» I-II, *Historia de los hospitales* n° 19-20, *El Médico*. Madrid, Ed. Saned, 1993, pp. 272-278, 284-290.

Bango (1990)

BANGO, Isidro: *El Monasterio Medieval*. Madrid, Ed. Anaya 1990.

Baquero (1952)

BAQUERO, Aurelio: *Bosquejo histórico del Hospital Real y General de Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza*. Zaragoza, Sección de Estudios Aragoneses. Institución 'Fernando el Católico'. C.S.I.C., Excma. Diputación Provincial de Zaragoza, 1952.

Barreda y Ferrer de la Vega (1973)

BARREDA Y FERRER DE LA VEGA, Fernando: *Los hospitales de Puente S. Miguel y de Cobreces en la primitiva ruta Jacobea de Cantabria*. Diputación Provincial de Santander, Institución Cultural de Cantabria, 1973.

Bassegoda Nonell (1970)

BASSEGODA NONELL, Juan: «La arquitectura del hospital de Sta. Cruz», *El hospital de Sta. Cruz y S. Pablo. El hospital de Barcelona*. Barcelona, Ed. Gustavo Gili, 1970, pp. 49-54.

Batlle (1973)

BATLLÉ, Carmen: «La ayuda a los pobres en la parroquia de S. Justo de Barcelona», *A pobreza e a Assistência aos pobres na Península Ibérica durante a idade Media*. Lisboa, Actas das primeras jornadas luso-espanholas de História Medieval. Lisboa 25-30 setembro 1972. T. I, 1973, pp. 59-71.

Bayón (1991)

BAYÓN, Damián: *Mecenazgo y arquitectura en el dominio castellano (1475-1621)*. Excma. Diputación Granada, 1991.

Bédat (1989)

BÉDAT, Claude: *La Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando (1744-1808)*. Fundación Universitaria Española. Madrid, Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando, 1989.

Benevolo (1972-1973)

BENEVOLO, Leonardo: *Historia de la Arquitectura del Renacimiento*, T. I-II. Madrid, Taurus, 1972-1973.

Benevolo (1974)

- *Historia de la Arquitectura Moderna*. Barcelona, Gustavo Gili, 1974.

Benevolo (1984)

- *Introducción a la arquitectura*. Madrid, Hermann Blume Editores, 1984.

Benito Goerlich (1983)

BENITO GOERLICH, Daniel: *La Arquitectura del eclecticismo en Valencia. Vertientes de la arquitectura valenciana entre 1875-1925*. Valencia, Ayuntamiento de Valencia, 1983.

Bennassar (1983)

BENNASSAR, Bartolomé: *La España del siglo de Oro*. Barcelona, Ed. Crítica, 1983.

Bennassar (1989)

- *Valladolid en el Siglo de Oro*. Salamanca, Ámbito. Ayuntamiento de Valladolid, 1989.

Bérchez (1987 a)

BÉRCHEZ, Joaquín: *Arquitectura y Academicismo en el s. XVIII valenciano*. Va-

lencia, Alfons el Magnànim. Institució Valenciana D'Estudis i Investigació, 1987.

Bérchez (1987 b)

- *Los comienzos de la arquitectura académica en Valencia: Antonio Gilabert*. Valencia, Federico Domenech, S.A., 1987.

Bérchez y Corell (1981)

BÉRCHEZ, Joaquín y CORELL, Vicente: *Catálogo de diseños de arquitectura de la Real Academia de BB.AA. de S. Carlos de Valencia (1768-1846)*. Valencia, Colegio Oficial de Arquitectos de Valencia y Murcia. Xarait Ediciones. 1981

Blasco Esquivias (1998)

BLASCO ESQUIVIAS, Beatriz: *¡Agua va! La higiene urbana en Madrid (1561-1761)*. Madrid, Ed. Caja Madrid, 1998.

Blondel (1698)

BLONDEL, François: *Cours d'Architecture enseigné dans l'Academie Royale d'Architecture*, Tomos I,II, París 1698.

Blondel (1771-1776)

BLONDEL, Jacques François: *Cours d'Architecture... contenant les leçons données en 1750 et les annes suivantes*. París 1771-1776.

Blunt (1975)

BLUNT, A.: *Neapolitan baroque & rococo architecture*. London, A. Zwemmer Ltd., 1975.

Blunt (1983)

- *Arte y Arquitectura en Francia. 1500-1700*. Madrid, Cátedra, 1983.

Boffrand (1745)

BOFFRAND, German: *Livre d'Architecture contenant les principes generaux de cet Art*

et les plans, elevations et profilis de quelques uns desbatimens faits en France & dans les Pays etrangers. París 1745.

Bohigas (1970)

BOHIGAS, Oriol: «La arquitectura del Hospital de S. Pablo», *El Hospital de Sta. Cruz y S. Pablo. El hospital de Barcelona*. Barcelona, Ed. Gustavo Gili, 1970, pp. 161-172.

Boix (1980)

BOIX, Vicente: *Manual del viajero y guía de los forasteros en Valencia*. Valencia. Imp. José Rius, 1849. Facsímil Librería París-Valencia, Valencia 1980.

Bonet Correa (1966)

BONET CORREA, Antonio: *La Arquitectura en Galicia durante el s. XVII*. Madrid, C.S.I.C. Instituto Padre Sarmiento, 1966.

Bonet Correa (1978 a)

- «Antecedentes españoles de las capillas abiertas hispanoamericanas» en *Morfología y ciudad*. Barcelona, Gustavo Gili, 1978, pp. 11-21.

Bonet Correa (1978 b)

- «El Hospital de Belén en Guadalajara (México) y los edificios de planta estrellada», en *Morfología y ciudad*. Barcelona, Ed. Gustavo Gili, 1978, pp. 112-135.

Bonet Correa (1988)

- «El Barroco Americano», *Catálogo Carlos III y la Ilustración*. T. I. Barcelona, Ministerio de Cultura, 1988, pp. 415-425.

Bonet Correa (1991)

- *Cartografía militar de plazas fuertes y ciudades españolas. S. XVII-XIX*. Madrid, Ministerio de Cultura. Dirección General de Bellas Artes y Archivos, 1991.

Bonet Correa (1993)

- *Figuras, modelos e imágenes en los tratadistas españoles*. Madrid, Alianza Editorial, 1993.

Bonet Correa et alter (1980)

BONET CORREA, Antonio; GARCÍA MELERO, José Enrique; DIÉGUEZ PATAO, Sofía y LORENZO FORNIES, Soledad: *Bibliografía de Arquitectura, Ingeniería y Urbanismo en España (1498-1880)*. Madrid, Turner, 1980.

Bonet Correa; Miranda Regojo y Lorenzo Fornies (1985)

BONET CORREA, Antonio; MIRANDA REGOJO, Fátima y LORENZO FORNIES, Soledad: *La polémica Ingenieros-Arquitectos en España s. XIX*. Colegio de Ingenieros de Caminos, Canales y Puertos, Madrid, Turner, 1985.

Bosch Millares (1975)

BOSCH MILLARES, Juan: «El Hospital de S. Lázaro de Canarias, su primer emplazamiento». *Medicina e Historia* nº 43, Barcelona 1975, pp. 7-26.

Boullée (1985)

BOULLÉE, Étienne-Louis: *Arquitectura. Ensayo sobre el arte*. Introducción Carlos Sambricio. Barcelona, Gustavo Gili, 1985.

Branca (1757)

BRANCA, Giovanni: *Manuale d'Architettura*. Roma, 1757.

Braudel (1976)

BRAUDEL, Fernand: *El Mediterráneo y el mundo mediterráneo en la época de Felipe II*. T. I, II. Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1976.

Braunfels (1975)

BRAUNFELS, Wolfgang: *Arquitectura monacal en Occidente*. Barcelona, Barral Editores, 1975.

Bravo Nieto (1994)

BRAVO NIETO, Antonio: «La racionalización del espacio defensivo en el Renacimiento: dos tratados de arquitectura militar en España», *Boletín de Arte* nº 15. Universidad de Málaga 1994, pp. 69-89

Bravo Nieto (1996)

- *Cartografía histórica de Melilla*. Madrid. V Centenario de Melilla, 1996.

Briguz y Bru (1804)

BRIZGUZ Y BRU, Athanasio Genaro: *Escuela de Arquitectura Civil en que se contienen los órdenes de arquitectura, la distribución de los planos de templos y casas y el conocimiento de los materiales*. Valencia 1804.

Brouard Uriarte (1972)

BROUARD URIARTE, J.L.: «Hospitales, Casas de S. Lázaro, de S. Antón y de Inocentes en la España del s.XV», *Asklepio* nº XXIV, 1972, pp. 421-430

Buchan (1785-86)

BUCHAN, Guillermo: *Medicina doméstica o tratado completo sobre los medios de conservar la salud y remedios simples; obra tan útil para toda clase de gentes, como fácil la práctica de sus reglas*. Traducido al castellano por D. Pedro Sinnot. Madrid, Imprenta de Andrés Ramírez, T. I, II, 1785; T. IV y V, 1786.

Bullet (1762)

BULLET, P.: *Architecture pratique*. París, 1762.

Bustamante García (1983)

BUSTAMANTE GARCÍA, Agustín: *La Arquitectura clasicista del foco vallisoletano (1561-1640)*. Valladolid, Institución Cultural Simancas, 1983.

Cabal (1985)

CABAL, Melquíades: *Hospitales antiguos de Oviedo*. Oviedo, Instituto de Estudios Asturianos. Principado de Asturias, 1985.

Caballero y Mateos (1993)

CABALLERO, L. y MATEOS, P.: *Santa Eulalia de Mérida. Excavación arqueológica y centro de interpretación*. Colec. Guías arqueológicas. Mérida, Editora Regional de Extremadura, 1993.

Cabañas Bravo (1989)

CABAÑAS BRAVO, J. M.: «Del hospital General al Centro de Arte Reina Sofía. Recorrido por los problemas de un edificio inacabado de la Ilustración», *El Arte en tiempo de Carlos III*, IV Jornadas de Arte, Departamento Historia del Arte 'Diego Velázquez'. Centro de Estudios Históricos C.S.I.C., Madrid, Alpuerto, 1989, pp. 81-95.

Cadiñanos Bardeci (1990)

CADIÑANOS BARDECI, Inocencio: «El Arquitecto Manuel Martín Rodríguez, discípulo de Ventura Rodríguez», *Academia* n° 71. Boletín de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando, 1990, pp. 411-479.

Calatrava Escobar (1988)

CALATRAVA ESCOBAR, Juan Antonio: «Jacques-François Blondel y la teoría de la Arquitectura en la Enciclopedia». *Academia* n° 67. Boletín de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando, 1988, pp. 291-313.

Calatrava Escobar (1991)

- «El debate sobre la ubicación de los cementerios en la España de las Luces. La contribución de Benito Bails», *Espacio, tiempo y forma*. Se-

rie VII, T. 4. Madrid, UNED, 1991, pp. 349-366.

Calzada (1949)

CALZADA, Andrés: *Historia de la Arquitectura Española*. Barcelona, Labor, 1949.

Cámara Muñoz (1990)

CÁMARA MUÑOZ, Alicia: *Arquitectura y sociedad en el siglo de Oro*. Madrid, El Arquero, 1990.

Cámara Muñoz (1993)

- «Arquitectura militar e historia urbana en los siglos XVI y XVII. (Argumentos para una conservación)», *Arquitectura y Ciudad II y III*. Madrid, Ministerio de Cultura, 1993, pp.17-25.

Camón Aznar (1945)

CAMÓN AZNAR, José: *La Arquitectura Plateresca*. Madrid, C.S.I.C., 1945.

Campos Marín (1993)

CAMPOS MARÍN, Ricardo: «Asilos de alcohólicos», *Historia de los hospitales* n° 27, *El médico*. Madrid, Saned, 1993, pp. 376-382.

Cantarellas Camps (1978)

CANTARELLAS CAMPS, Catalina: «Desamortización y transformaciones urbanas en Palma de Mallorca», *II Congreso Español de Historia del Arte*. Valladolid, Comité Español de Historia del Arte, 1978, pp. 30-39.

Capdevila y Cortezo (1892)

CAPDEVILA, Ramón y CORTEZO, Carlos M^a.: *Instrucciones sanitarias contra el cólera*. Madrid, Imprenta de Enrique Teodoro, 1892.

Capitel (1986)

CAPITEL, Antón.: «Planimetría y tradición. El Escorial como sistema de claustros», *Ideas y Diseño. La Arquitectura*. Madrid, IV Centena-

rio del Monasterio de El Escorial. M.O.P.U., 1986, pp. 73-86.

Carasa Soto (1985)

CARASA SOTO, Pedro.: *El sistema hospitalario español en el s. XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*. Valladolid, Universidad de Valladolid, Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Salamanca, 1985.

Carasa Soto (1986)

- «Desamortización y Beneficencia; efectos de la desamortización de Madoz sobre el sistema hospitalario burgalés», *Desamortización y Hacienda Pública*, T. II. Madrid, Ministerio de Economía y Hacienda, 1986, pp. 9-40.

Carmona García (1979)

CARMONA GARCÍA, Juan Ignacio: *El sistema de la hospitalidad pública en la Sevilla del Antiguo Régimen*. Ed. Excma. Diputación de Sevilla 1979.

Carmona García (1989)

- «La reunificación de los hospitales sevillanos», *Hospitales de Sevilla*. Sevilla, Real Academia de Buenas Letras, 1989, pp. 53-71.

Carmona García (1993)

- *El extenso mundo de la pobreza. La otra cara de la Sevilla Imperial*. Ayuntamiento de Sevilla 1993.

Carr (1982)

CARR, Raymond: *España 1808-1975*. Barcelona, Ariel, 1982.

Carreras Panchón (1989)

CARRERAS PANCHÓN, Antonio: «El médico y la peste en el Renacimiento». *Ciencia, medicina y sociedad en el Renacimiento castellano*. Valladolid, I.C.E., Universidad de Valladolid, 1989, pp. 51-67.

Carreras Panchón (1993)

- «Las leproserías y los hospitales de apestados», *Historia de los hospitales* nº 16. Madrid, Saned, 1993, pp. 235-242.

Carreras Roca (1974)

CARRERAS ROCA, Manuel: «El lazareto de Mahón de Manuel Rodríguez de Villalpando». *Medicina e Historia* nº 40. Barcelona 1974, pp. 7-26.

Carrillo Montesinos (1981)

CARRILLO MONTESINOS, J.M.: «La lepra en la Edad Media: España», *Archivos del Hospital Provincial de S. Juan de Dios. Málaga*. Vol. II, nº 1, enero-junio 1981, pp 135-137.

Casares Ávila (1990)

CASARES ÁVILA, Alfonso: «Antecedentes arquitectónicos y tipológicos de los centros de Atención Primaria». *Arquitectura Sanitaria en Andalucía. Centros de Atención Primaria*. Sevilla, Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. 1990, pp. 27-30.

Casaseca (1988)

CASASECA CASASECA, Antonio: *Rodrigo Gil de Hontañón*. Salamanca, Junta de Castilla y León, 1988.

Castells (1992)

CASTELLS, Margarita: «La medicina en Al-Andalus», *El legado científico andalusí*. Madrid, Ministerio de Cultura, 1992, pp. 127-144.

Castro (1585)

CASTRO, Fco. de: *Historia de la Vida y Sanctas Obras de Ivan de Dios y de la intitución de su Orden y principio de su hospital*. Granada en Casa de Antonio Librixa 1585.

Caveda (1848)

CAVEDA, José: *Ensayo histórico sobre los diversos géneros de Arquitectura empleados en España desde la dominación romana hasta nuestros días*. Madrid, Imp. de D. Santiago Saunaque, 1848.

Cerero (1870)

CERERO, Rafael: *Anteproyecto para el Hospital Militar de la Plaza de Cádiz*. Madrid, Imp. del Memorial de Ingenieros, 1870.

Cepeda Adán (1956)

CEPEDA ADÁN, José: *En torno al concepto del Estado en los Reyes Católicos*. Madrid, C.S.I.C., Escuela de Historia Moderna, 1956.

Cervera Vera (1983)

CERVERA VERA, Luis: «Hospital burgalés de S. Nicolás en el camino jacobeo». *Boletín Corporativo de la Academia Burgense* nº 201, 1983, pp. 435-457.

Cervera Vera (1995)

- «La fachada del Real Hospital de Santiago en Cuenca diseñado por Francisco de Mora». *Academia* nº 81. Boletín de la Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando, 1995, pp. 53-84.

Ciudad Gómez (1963)

CIUDAD GÓMEZ, P. Juan: *Compendio de historia de la Orden Hospitalaria de S. Juan de Dios*. Granada, Archivo Interprovincial, 1963.

Clavijo Clavijo (1950)

CLAVIJO CLAVIJO, Salvador: *La Orden Hospitalaria de S. Juan de Dios en la Marina de guerra de España. Presencia y nexos*. Madrid, IV Centenario de la muerte del Santo Fundador 1550-1950. Tip. Artística, 1950.

Clero secular y regular... (1924)

Clero secular y regular. Inventario de proce-

dencias. Valladolid, Imprenta de la Casa Social Católica, 1924.

Cloquet (1984)

CLOQUET, L.: «Places publiques», *Places et monuments*. Colec. Archives, Institut Français d'Architecture, Liège, Mardaga Éditeur, 1984, pp. 150-163

Codina Länglin (1892)

CODINA LÄNGLIN, Ramón: *Congreso Internacional de Beneficencia Pública de 1.889 en París. Memoria redactada y dirigida a la Excma. Diputación Provincial de Barcelona*. Barcelona, Tip. de la Casa Provincial de Caridad, 1892.

Collantes de Terán (1886)

COLLANTES DE TERÁN, Francisco: *Los establecimientos de Caridad de Sevilla que se consideran como particulares. Apuntes y memorias para su historia*. Sevilla, 1886.

Collantes de Terán Delorme y Gómez Estern (1984)

COLLANTES DE TERÁN DELORME, Fco.; GÓMEZ ESTERN, Luis: *Arquitectura civil sevillana*. Excmo. Ayuntamiento de Sevilla, 1984.

Collins (1981)

COLLINS, Peter: *Los ideales de la arquitectura moderna; su evolución (1750-1950)*. Barcelona, Gustavo Gili, 1981.

Comenge y Ferrer (1914)

COMENGE Y FERRER, Luis: *La medicina en el s. XIX*. Barcelona, Hijos de José Espasa Editores. 1914.

Cómez Ramos (1991)

CÓMEZ RAMOS, Rafael: «El hospital de S. Lázaro en Sevilla. De fundación medieval a

edificación renacentista». *Laboratorio de Arte* nº 4. Universidad de Sevilla 1991, pp. 43-59.

Corbin Ferrer (1980)

CORBIN FERRER, M^a Pilar: *La beneficencia en Valencia en el s.XIX. La gran asociación de Beneficencia Domiciliaria de Ntra. Sra. de los Desamparados*. Ayuntamiento de Valencia, 1980.

Cruz (1959)

CRUZ, Fco. Santiago: *Los hospitales de México y la Caridad de D. Benito*. México, Ed. Jus S.A., 1959.

Cubiles Fernández (1983)

CUBILES FERNÁNDEZ, Silvia: *La imprenta real y los grabados de arquitectura durante los reinados de Carlos III y Carlos IV*. Colec. Tesis Doctorales nº 45/83. Ed. Universidad Complutense de Madrid, 1983.

Cuarteles tipos... (1892)

Cuarteles tipos. Memoria descriptiva. Cuerpo de Ingenieros del Ejército. Madrid, Imprenta del Memorial de Ingenieros, 1892.

Cuarteles tipos. Atlas.. (1892)

Cuarteles tipos. Atlas. Cuarteles para Infantería. Madrid, Imprenta del Memorial de Ingenieros, 1892.

Cubas (1887)

CUBAS, Fco. de: «Informe referente al programa para la construcción de un manicomio vasco-navarro en la ciudad de Pamplona. Al Sr. Gobernador Civil de la provincia de Navarra». *Boletín de la Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando*, 1887, pp. 273-290.

Chastel (1966)

CHASTEL, André: *El gran taller de Italia (1460-1500)* Madrid, Aguilar, 1966.

Chichilla y Piquers (1841-1846-1967)

CHINCHILLY Y PIQUERS, Anastasio: *Anales históricos de la medicina en general y biografías. Bibliografías de la española en particular. Historia de la medicina española*, T. I-IV (1841-1846). Facsímil Johnson Reprint Corporation, New York & London, 1967.

Chueca Goitia (1944)

CHUECA GOITIA, Fernando: «El Hospital de la Concepción en Burgos. Apuntes de viaje». *Archivo Español de Arte*, nº XVII, 1944, pp. 360-369.

Chueca Goitia (1947)

- *Invariantes castizos de la arquitectura española*. Madrid, Dossat, 1947.

Chueca Goitia (1953)

- *Arquitectura del s.XVI*. *Ars Hispaniae*, Vol IX. Madrid, Ed. Plus Ultra, 1953.

Chueca Goitia (1965)

- *Historia de la arquitectura española. Edad Antigua-Edad Media*. Madrid, Dossat, 1965.

Chueca Goitia (1974)

- *Historia de la arquitectura occidental*. Madrid, Ed. Seminario y Ediciones, 1974.

Chueca Goitia (1982)

- *Casas reales en monasterios y conventos españoles*. Bilbao, Xarait, 1982.

Chueca Goitia (1983)

- *Varia neoclásica*. Madrid, Instituto de España, 1983.

Chueca Goitia (1984)

- *Historia de la arquitectura occidental. Barroco en Europa*. T. VI, Madrid, Dossat, 1984.

Chueca Goitia (1985 a)

- *Historia de la arquitectura occidental. Ba-*

rroco en España. T. VII, Madrid, Dossat, 1985.

Chueca Goitia (1985 b)
- *Historia de la arquitectura occidental. Neoclasicismo*. T. IX, Madrid, Dossat, 1985.

Chueca Goitia (1988)
- «Sociedad y costumbres», *Catálogo exposición Carlos III y la Ilustración*. T. I. Barcelona, Ministerio de Cultura, 1988, pp. 201-214.

Chueca Goitia (1995)
- *Andrés de Vandelvira. Arquitecto*. Jaén, Riquelme Vargas Ediciones, 1995.

Demerson (1964)
DEMERSON, George.: *D. Juan Meléndez Valdés, correspondance relative a la Reunion des Hôpitaux d'Avila*. Bordeaux, Féret & Fils Editeurs, 1964.

Díaz de la Carrera (1982)
DÍAZ DE LA CARRERA, D.: *Segunda parte de las Leyes del Reyno*. Valladolid, Facsimil Ed. Lex Nova, 1982.

Díaz-Trechuelo Spínola (1959)
DÍAZ-TRECHUELO SPÍNOLA, M^a Lourdes: *Arquitectura española en Filipinas (1565-1800)*. Sevilla, Escuela de estudios hispano-americanos de Sevilla, 1959.

Díez del Corral y Checa (1986)
DÍEZ DEL CORRAL, Rosario y CHECA, Fernando: «Typologie hospitaliere et bienfaisance: croix grecque, pantheon, chambres de merveilles». *Gazette des Beaux-Arts* T.CVII, marzo 1986, pp. 118-126.

Díez del Corral Garnica (1987)
DÍEZ DEL CORRAL GARNICA, Rosario: *Arquitectura y mecenazgo. La imagen de*

Toledo en el Renacimiento. Madrid, Alianza Editorial, 1987.

Díez Rodríguez (1993)
DÍEZ RODRÍGUEZ, Fernando: *La sociedad desasistida. El sistema benéfico asistencial en la Valencia del s. XIX*. Excma. Diputación Provincial Valencia, 1993.

Domingo Simó y Calatayud Baya (1959)
DOMINGO SIMÓ, F. y CALATAYUD BAYA, J.: *El primer hospital psiquiátrico del mundo*. Excma. Diputación Provincial Valencia, 1959.

Domínguez-Alcón; Rodríguez y De Miguel (1983)
DOMÍNGUEZ-ALCÓN, Carmen; RODRÍGUEZ, Joseph A. y DE MIGUEL, Jesús M.: *Sociología y enfermería*. Madrid, Pirámide, 1983.

Domínguez Ortiz (1970)
DOMÍNGUEZ ORTIZ, Antonio: *La sociedad española en el s. XVII. El estamento eclesiástico*. Madrid, C.S.I.C. Instituto 'Balmes' de Sociología, 1970.

Domínguez Ortiz (1985)
- *Instituciones y sociedad en la España de los Austrias*. Barcelona, Ariel, 1985.

Domínguez Ortiz (1988)
- «Urbanismo y política ilustrada», *Catálogo de exposición Carlos III y la Ilustración*. T. I. Barcelona, Ministerio de Cultura, 1988, pp. 159-172.

Domínguez-Rodiño y Domínguez-Adame (1989)
DOMÍNGUEZ-RODIÑO Y DOMÍNGUEZ-ADAME, Eloy: «El hospital de las Cinco Llagas», *Los hospitales de Sevilla*. Sevilla, Real Academia Sevillana de Buenas Letras, 1989, pp. 89-117.

Donahue (1985)

DONAHUE, Patricia: *Historia de la Enfermería*. Barcelona, Doyma, 1985.

Dube (1755)

DUBE, Mr.: *El médico y cirujano de los pobres*. Madrid, Oficina de D. Gabriel Ramírez, 1755.

Dujardin-Beaumetz (1889)

DUJARDIN-BEAUMETEZ: *Higiene profiláctica*. Madrid, Librería Editorial de D.C. Bailly-Bailliere, 1889

Durán Gudiol (1986)

DURÁN GUDIOL, Antonio: *El hospital de Somport entre Aragón y Bearn. S.XII y XIII*. Huesca, Guara Editorial, 1986.

Durán Sanpere (1970)

DURÁN SANPERE, Agustín.: «Los hospitales de la Misericordia y del Espíritu Santo», *El hospital de Santa Cruz y S. Pablo. El hospital de Barcelona*. Barcelona, Gustavo Gili, 1970, pp. 111-114.

Durand (1840)

DURAND, J.N.L.: *Précis des Leçons d'Architecture (1802-1805)*. París 1840

Durand (1981)

DURAND, J.N.L.: *Compendio de lecciones de Arquitectura. Parte gráfica de los cursos de Arquitectura*. Prólogo de Rafael Moneo. Madrid, Pronaos, 1981.

Elliot (1976)

ELLIOT, J.H.: *La España Imperial. 1469-1716*. Barcelona, Vicens Vives, 1976.

Esclapés de Guilló (1979)

ESCLAPÉS DE GUILLÓ, Pasqual: *Resumen historial de la fundación y antigüedad de la*

ciudad de Valencia de los edetanos o del Cid. Sus progresos, ampliación y fábricas insignes con otras particularidades. Valencia, Josef Estevan. 1805. Ed. facsímil Librerías 'París-Valencia'. Valencia 1979.

Espinosa Iborra (1966 a)

ESPINOSA IBORRA, Julián: *La asistencia psiquiátrica en la España del s. XIX*. Valencia, Instituto de Historia de la Medicina, 1966.

Espinosa Iborra (1966 b)

- «La asistencia al enfermo mental en España durante la Ilustración y el reinado de Fernando VII». *Cuadernos de Historia de la Medicina Española* Vol. V. Universidad de Salamanca 1966, pp. 181-215.

Espinosa Iborra (1974)

- «La asistencia psiquiátrica» en LAÍN ENTRALGO, P.: *Historia universal de la Medicina*. T. VI. Barcelona, Ed. Salvat, 1974, pp. 229-235.

Espinosa Iborra (1984)

- «El enfermo mental al final del Antiguo Régimen» en PESET, J.L. y otros: *Enfermedad y castigo*. Madrid, C.S.I.C. Instituto «Arnau de Vilanova», 1984, pp. 277-285.

Estrada Carrillo (1988)

ESTRADA CARRILLO, Vicente: *El Hospital de N° Padre Jesús Nazareno de Luque*. Córdoba, Imp. S. Pablo, 1988.

Estrada y Segalerva (1970-1971)

ESTRADA Y SEGALERVA, José Luis: *Efemérides malagueñas*. T. I-IV, Málaga. Imp. San Andrés, 1970-71.

Etlin (1984)

ETLIN, Richard: *The Architecture of death. The transformation of the cemetery in eighteenth century*. París. The M.I.T. Press 1984.

Ettlinger (1984)

ETTLINGER, Leopold: «La aparición del arquitecto italiano durante el s. XV» en KOSTOF, Spiro: *El arquitecto. Historia de una profesión*. Madrid, Cátedra, 1984.

Faure (1982)

FAURE, Olivier: *Genèse de l'hôpital moderne. Les Hospices Civil de Lyon de 1802 à 1845*. Lyon, Editions du CNRS, 1982.

Feduchi (1950)

FEDUCHI, Luis M.: *El hospital de Afuera. Fundación Tavera-Lerma*. Madrid, Afrodisio Aguado S.A., 1950.

Félez Lubelza (1979)

FÉLEZ LUBELZA, Concepción: *El Hospital Real de Granada. Los comienzos de la Arquitectura Pública*. Universidad de Granada, 1979.

Félez Lubelza (1988)

- «Iniciativas, programas y organización en la arquitectura cortesana del s. XVI». *Seminario sobre arquitectura imperial*. Colec. Monográfico Arte y Arqueología. Universidad de Granada, 1988, pp. 45-62.

Fernández Álvarez (1970)

FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Manuel: *La sociedad española del Renacimiento*. Salamanca, Anaya, 1970.

Fernández Álvarez (1989)

- *La sociedad española en el Siglo de Oro*. T. I, II. Madrid, Ed. Gredos, 1989.

Fernández Conde (1982)

FERNÁNDEZ CONDE, Javier: *La Iglesia en la España de los siglos VIII al XIV* en GARCÍA-VILLOSLADA, Ricardo: *Historia de la Iglesia en España* T. II -1º y 2º- Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 1982.

Fernández Doctor (1987)

FERNÁNDEZ DOCTOR, Asunción: *El Hospital Real y General de N.ª. S.ª. de Gracia de Zaragoza en el s. XVIII*. Zaragoza, Institución Fernando el Católico, 1987.

Fernández Gómez (1990)

FERNÁNDEZ GÓMEZ, M.ª Carmen.: *Mapas, planos y dibujos*. Vol.II (años 1508-1962). Valladolid, Ministerio de Cultura, 1990.

Fernández Segura (1981)

FERNÁNDEZ SEGURA, Fco. José: *El Hospital Real de Guadix (1868-1885)*. Diputación Provincial de Granada, 1981.

Figueras (2001)

FIGUERAS, Lourdes: «El Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau, entre la función y el símbolo modernistas» en *El Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau (1401-2001)*. Barcelona, Ed. Lunweg, 2001.

Finoli y Grassi (1972)

FINOLI, Anna M.ª y GRASSI, Liliana: *Trattato di Architettura del Filarete*. Milano, Ed. Il Poliphilo, 1972.

Foronda (1793)

FORONDA, Valentín de.: *Memorias leídas en la Real Academia de Ciencias de París sobre la edificación de hospitales*. Madrid, Imp. Manuel González, 1793.

Foucault (1967)

FOUCAULT, Michel: *Historia de la locura en la época clásica*. México, Fondo de Cultura Económica, 1967.

Foucault (1979)

- *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México, Ed. Siglo XXI, 1979.

Foucault (1986)

- *Vigilar y castigar*. Madrid, Siglo XXI, 1986.

Fouquet (1748)

FOUQUET, M.: *Obras Medico-Chirúrgicas*. Traducido por Fco. Monroy y Laso T. I, II. Valladolid, Imp. Alonso de Riesgo, 1748.

Fourquet y Murard (1978)

FOURQUET, François y MURARD, Lion: *Los equipamientos del poder. Ciudades. Territorios y equipamientos colectivos*. Barcelona, Gustavo Gili, 1978.

Franchetti Pardo (1985)

FRANCHETTI PARDO, Vittorio: *Historia del urbanismo. S.XIV y XV*. Madrid, Instituto de Estudios de Administración Local, 1985.

Fresquet Febrer (1990)

FRESQUET FEBRER, J.L.: *Francisco Méndez Álvaro (1.806-1.883) y las ideas sanitarias del liberalismo moderado*. Colec. Textos clásicos españoles de la Salud Pública nº 14. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.

Galantay (1977)

GALANTAY, Erwin: *Nuevas ciudades. De la Antigüedad a nuestros días*. Barcelona, Gustavo Gili, 1977.

Galdiano y Croy (1677)

GALDIANO Y CROY, Leonardo.: *Breve tratado de los hospitales y Casas de Recogimiento de esta Corte*. Madrid, 1677.

Galera Andreu (1978)

GALERA ANDREU, Pedro A.: *La arquitectura de los siglos XVII y XVIII en Jaén*. Resumen de tesis doctoral. Universidad de Granada 1978.

Galera Andreu (1992)

- «La iglesia en la ciudad inventada y en la fun-

dación `ex-novo´», *Arquitectura y ciudad* Tomo I. Madrid, Ministerio de Cultura, 1992, pp. 83-89.

Galicia Pinto (1985)

GALICIA PINTO, M^a Isabel: *La Real Casa Hospicio de Zamora. Asistencia social a marginados (1798-1850)*. Zamora, Diputación Provincial de Zamora, 1985.

Gallego Burín (1938)

GALLEGO BURÍN, Antonio: *La destrucción del tesoro artístico de España*. Granada, Imp. Hijo de Paulino Ventura, 1938.

Galliani (1995)

GALLIANI, Gianni V.: «L' Ospedale grande, la città, il territorio», *Santa Maria della Scala. Dall' Ospedale al Museo*. Siena, Edizioni Alsaba, 1995, pp. 23-38.

García Ballester (1976)

GARCÍA BALLESTER, Luis: *Historia social de la Medicina en la España de los s. XIII al XVI*. Vol I. Madrid, Akal, 1976.

García Ballester (1984)

- *Los moriscos y la medicina. Un capítulo de la medicina y la ciencia marginadas en la España del s. XV*. Barcelona, Labor, 1984.

García del Carrillo San Millán (1989)

GARCÍA DEL CARRIZO SAN MILLÁN, Gloria: «Hospital del Rey de Burgos». *Todo hospital* nº 55. Barcelona, Ed. Puntex, 1989, pp. 57-61.

García del Carrillo San Millán (1990 a)

- «Hospital Real y General de Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza», *Todo hospital* nº 69. Barcelona, Ed. Puntex, 1990, pp. 75-79.

García del Carrillo San Millán (1990 b)

- «Hospital hispalense de las Cinco Llagas»,

Todo hospital nº 70. Barcelona, Ed. Puntex, 1990, pp. 45-48.

García del Carrillo San Millán (1991)
- «Hospital palentino de S. Antolín y S. Bernabé». *Todo hospital* nº 75. Barcelona, Puntex, 1991, pp. 73-77.

García del Carrillo San Millán (1992 a)
- «El primer hospital americano: S. Nicolás de Bari en la isla Española». *Todo hospital* nº 84. Barcelona, Ed. Puntex, 1992, pp. 73-76.

García del Carrillo San Millán (1992 b)
- «Hospital de Cortés, llamado de la Inmaculada Concepción y después, de Jesús Nazareno». *Todo hospital* nº 86. Barcelona, Ed. Puntex, 1992, pp. 75-78.

García del Carrillo San Millán (1992 c)
- «El hospital de Puerto Rico». *Todo hospital* nº 88. Barcelona, Ed. Puntex, 1992, pp. 51-54.

García del Carrillo San Millán (1992 d)
- «Santa Catalina, primer hospital Real en el actual Ecuador». *Todo hospital* nº 91. Barcelona, Ed. Puntex, 1992, pp. 57-61.

García del Carrillo San Millán (1996)
- «Hospital jacobeo de Roncesvalles». *Todo hospital* nº 123. Barcelona, Ed. Puntex, 1996, pp. 7-9.

García del Moral (1984)
GARCÍA DEL MORAL, Antonio: *El hospital mayor de S. Sebastián de Córdoba: cinco siglos de asistencia médico-sanitaria institucional (1363-1816)*. Diputación Provincial de Córdoba, 1984.

García Guerra (1983)
GARCÍA GUERRA, Delfin.: *El Hospital Real*

de Santiago (1499-1.804). Barcelona, Fundación Pedro Barrie de la Maza, 1983.

García Guerra (1984)
- «La asistencia médica en el Hospital Real de Santiago al final del Antiguo Régimen» en PESET, José Luis y otros: *Enfermedad y castigo*, Madrid, C.S.I.C. Instituto «Arnau de Vilanova», 1984, pp. 287-300.

García Guerra (1993 a)
- «El hospital en el Renacimiento». *Historia de los hospitales* nº 9, *El médico*, Madrid, Saned, 1993, pp. 132-142.

García Guerra (1993 b)
- «El hospital general», *Historia de los hospitales* nº 10, *El médico*. Madrid, Ed. Saned, 1993, pp. 148-158.

García Guerra (1993 c)
- «El hospital de la Ilustración». *Historia de los hospitales* nº 11, *El médico*. Madrid, Saned, 1993, pp. 164-174.

García Melero (1991)
GARCÍA MELERO, José Enrique: «Arquitectura y burocracia: el proceso del proyecto en la Comisión de Arquitectura de la Academia (1786-1808)». *Espacio, tiempo y forma*. Serie VII, T. 4, Madrid, UNED, 1991, pp. 283-347.

García Melero (1992)
- «Los orígenes académicos del romanticismo histórico español: malestar y crisis en torno a 1792», *Espacio, tiempo y forma*. Serie VII, T. 5, 1992, pp.211-261.

García Melero (1993)
- «El debate académico sobre los exámenes para las distintas profesiones de la arquitectura (1781-1783). (El arquitecto según Juan de Villanueva)», *Espacio, tiempo y forma*. Serie VII, T. 6, 1993, pp.325-377.

García Melero (1994)

- «Los modelos de la tipología del teatro a finales de la Ilustración en España». *Espacio, tiempo y forma*. Serie VII, T. 7, 1994, pp. 213-246.

García Melero (1995)

- «Las cárceles españolas de la Ilustración y su censura en la Academia (1777-1808)». *Espacio, tiempo y forma*. Serie VII, T. 8, 1995, pp. 241-272.

García Melero (1998)

- *Arte español de la Ilustración y del s. XIX. En torno a la imagen del pasado*. Madrid, Encuentro, 1998.

García Mercadal (1972)

GARCÍA MERCADAL, José: *Viajes por España*. Madrid, Alianza Editorial, 1972.

García Tapia (1990)

GARCÍA TAPIA, Nicolás: *Ingeniería y Arquitectura en el Renacimiento español*. Salamanca, Universidad de Valladolid, 1990.

García Villoslada (1979)

GARCÍA VILLOSLADA, Ricardo: *Historia de la Iglesia en España* T. I. *La Iglesia en la España romana y visigoda (s. I-VIII)*. Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 1979.

Garzón y Garzón (1979)

GARZÓN Y GARZÓN, Juan María: *El Real Hospital de la Purísima Concepción de la Villa de Madrigal*. Universidad de Salamanca, 1979.

Gaya Nuño (1961)

GAYA NUÑO, Juan Antonio: *La arquitectura española en sus monumentos desaparecidos*. Madrid, Espasa Calpe, 1961.

Gaya Nuño (1966)

- *Arte del s. XIX*. *Ars Hispaniae*, T. XIX. Madrid, Ed. Plus Ultra, 1966.

Giginta (1579)

GIGINTA, Miguel: *Tractado de remedio de pobres*. Coimbra, Antonio de Mariz Impresor 1579.

Gil y Nebot (2001)

GIL Y NEBOT, Leopoldo: «El legado de Pau Gil i Serra» en *El Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau (1401-2001)*. Barcelona, Ed. Lunwerg, 2001, pp. 85-122.

Girón Irueste (1993)

GIRÓN IRUESTE, Fernando: «Los hospitales islámicos». *Historia de hospitales* nº 8, *El médico*. Madrid, Ed. Saned, 1993, pp. 116-126.

Girón Irueste (1994)

- «El Maristán de Granada». *Historia de hospitales* nº 43, *El médico*. Madrid, Ed. Saned, 1994, pp. 568-574.

Gómez de la Serna (1974)

GÓMEZ DE LA SERNA, Gaspar: *Los viajeros de la Ilustración*. Madrid, Alianza Editorial, 1974.

Gómez Moreno (1949)

GÓMEZ MORENO, Manuel: *El libro español de arquitectura*. Madrid, Ed. Magisterio Español, 1949.

Gómez Moreno (1950)

- *Primicias históricas de S. Juan de Dios*. Madrid, Ed. Provincias españolas de la Orden Hospitalaria, 1950.

Gómez Rodríguez (1995)

GÓMEZ RODRÍGUEZ, M^a Soledad: *El hos-*

pital de la Misericordia de Toledo en el s. XIX. Toledo, Instituto Provincial de Investigaciones y Estudios Toledanos, 1995.

González Alonso (1988)

GONZÁLEZ ALONSO, Benjamín: «El fortalecimiento del estado borbónico y las reformas administrativas». *Catálogo exposición Carlos III y la Ilustración*. T. I. Barcelona, Ministerio de Cultura, 1988, pp. 83-96.

González de Pablo (1992 a)

GONZÁLEZ DE PABLO, Ángel: «Precedentes hospitalarios en la Antigüedad». *Historia de hospitales* nº 3, *El médico*. Madrid, Ed. Saned, 1992, pp. 36-46.

González de Pablo (1992 b)

- «La aparición de los hospitales en Bizancio». *Historia de hospitales* nº 4, *El médico*. Madrid, Ed. Saned, 1992, pp. 52-62.

González de Pablo (1994)

- «Los hospitales italianos», *Historia de hospitales* nº 41, *El médico*. Madrid, Ed. Saned, 1994, pp. 544-550.

González Moreno-Navarro (1993)

GONZÁLEZ MORENO-NAVARRO, José Luis: *El legado oculto de Vitruvio*. Madrid, Alianza Editorial, 1993.

Goti Iturriaga (1981)

GOTI ITURRIAGA, José Luis: *Historia de los hospitales vascos. I- Navarra*. Universidad de Salamanca, 1981.

Gozálvez Escobar (1983)

GOZÁLVEZ ESCOBAR, José Luis: *Medicina y sociedad en la Huelva de los siglos XVI-XIX*. Huelva, Colegio Universitario de la Rábida y Caja de Ahorros de Huelva, 1983.

Gracia Guillén y Peset (1972)

GRACIA GUILLÉN, Diego y PESET, José Luis: «La medicina en la Baja Edad Media latina (s. XIV-XV)» en LAÍN ENTRALGO, Pedro: *Historia Universal de la Medicina*. T. III, Barcelona, Ed. Salvat, 1972, pp. 338-351

Grands Prix...(1842)

Grands Prix d'Architecture. Projets couronnés par l'Académie Royale des Beaux Arts de France. Liège, Publiés par D. Avanzo et Compie, 1842.

Granjel (1964)

GRANJEL, Luis: «Las epidemias de peste en España durante el s. XVII». *Cuadernos de Historia de la Medicina Española* Año III. Universidad de Salamanca, 1964, pp. 19-40.

Granjel (1972)

- «Legislación sanitaria española del s.XIX». *Cuadernos de Historia de la Medicina Española* Año XI. Universidad de Salamanca 1972, pp. 255-307.

Granjel (1978)

- *La medicina española del s. XVII*. Universidad de Salamanca, 1978.

Granjel (1979)

- *La medicina española del s. XVIII*. Universidad de Salamanca, 1979.

Granjel (1980)

- *La medicina española renacentista*. Universidad de Salamanca, 1980.

Granjel (1983)

GRANJEL, Mercedes: *Pedro Felipe Monlau y la higiene española del s.XIX*. Salamanca, Europa Artes Gráficas, 1983.

Granjel y Riera Palmero (1973)

GRANJEL, Luis y RIERA PALMERO, Juan: «Medicina y sociedad en la España renacentista» en LAÍN ENTRALGO, P.: *Historia universal de la Medicina* T. IV. Medicina Moderna. Barcelona, Salvat, 1973, pp. 181-189.

Guarini (1968)

GUARINI, Guarino: *Architettura civile*. Edizioni il Poliphilo, Milano, 1968.

Guía del Estado Eclesiástico... (s.a.)

Guía del Estado Eclesiástico Secular y Regular de España en particular y toda la Iglesia Católica en general para el año 1.790. Imprenta Real, Madrid (s.a.)

Guidoni y Marino (1985)

GUIDONI, E. y MARINO, A.: *Historia del urbanismo. El siglo XVI*. Madrid, I.E.A.L., 1985.

Gutiérrez (1983)

GUTIÉRREZ, Ramón: *Arquitectura y urbanismo en Iberoamérica*. Madrid, Cátedra, 1983.

Häberlin (1911)

HÄBERLIN: *Die kinder-see hospize und die tuberkulose-bekämpfung*. Leipzig, Verlag von Dr Werner Klinkhardt, 1911.

Hautecoeur (1963-67)

HAUTECOEUR, Louis: *Histoire de l'Architecture classique en France. Tome I. La formation de l'ideal classique*. Paris, Éditions A. et. J. Picard et Cie, 1963-67.

Heine (1991)

HEINE, Heinrich: «The cholera in Paris (1832)» en CARMICHAEL, A.; RATZAN, R.: *Medicine in Literature and Art*. Köln, Ed. Köneman, 1991, pp. 148-152,

Heinz Ackernelcht (1984)

HEINZ ACKERNECHT, Erwin: «Aportaciones a la historia de la reforma médica de 1.848. La asistencia a los enfermos pobres». *Medicina social. Estudios y testimonios históricos*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984, pp. 153-164.

Henares Cuellar (1977)

HENARES CUÉLLAR, Ignacio: *La teoría de las artes plásticas en España en la segunda mitad del s. XVIII*. Universidad de Granada, 1977.

Henares Cuellar y López Guzmán (1988)

HENARES CUÉLLAR, Ignacio y LÓPEZ GUZMÁN, Rafael: «La generalización del clasicismo en Granada sobre el modelo imperial». *Seminario sobre Arquitectura Imperial* Colec. Monografía Arte y Arqueología. Universidad de Granada 1988, pp. 63-91.

Hermosilla Molina (1989)

HERMOSILLA MOLINA, Antonio: «Los hospitales Reales». *Los Hospitales de Sevilla*. Sevilla, Real Academia Sevillana de Buenas Letras, 1989, pp. 35-52.

Hernández Iglesias (1876)

HERNÁNDEZ IGLESIAS, Fermín: *La Beneficencia en España*. T. I, II. Madrid, Establecimientos Tipográficos de Manuel Minuesa, 1876.

Hernando (1989)

HERNANDO, Javier: *Arquitectura en España. 1770-1900*. Madrid, Cátedra, 1989.

Herr (1988)

HERR, Richard: «La Ilustración Española», *Catálogo de exposición Carlos III y la Ilustración*. T. I. Barcelona, Ministerio de Cultura, 1988, pp. 37-51.

Herrera Puga (1974)

HERRERA PUGA, Pedro: *Sociedad y delincuencia en el Siglo de Oro*. Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 1974.

Herrero García (1943)

HERRERO GARCÍA, Miguel: *Contribución de la literatura a la Historia del Arte*. Madrid, C.S.I.C. S. Aguirre Impresor, 1943.

Herwegen (1960)

HERWEGEN, Ildefonso: *Iglesia, Arte, Misterio*. Madrid, Ed. Guadarrama, 1960.

Heydenreich (1972)

HEYDENREICH, Ludwig: *Eclosión del Renacimiento. Italia 1400-1460*. Madrid, Aguilar, 1972.

Hipócrates (1986)

HIPÓCRATES: *Sobre los aires, aguas y lugares en Tratados hipocráticos* T. II. Introducción J.A. Férez. Madrid, Ed. Gredos, 1986.

Huertas (1993)

HUERTAS, Rafael: «El hospital psiquiátrico», *Historia de los Hospitales* n° 24, *El Médico*. Madrid, Saned, 1993, pp. 340-346.

Ibáñez Pérez (1977)

IBÁÑEZ PÉREZ, Alberto: *Arquitectura civil del s. XVI en Burgos*. Caja de Ahorros Municipal de Burgos, 1977.

Ibáñez Varona (1954)

IBÁÑEZ VARONA, René: *Historia de los hospitales y asilos de Puerto Príncipe o Camagüey (Periodo colonial)*. La Habana, Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, 1954.

Iborra (1987)

IBORRA, Pascual: *Historia del Protomedicato en España (1477-1822)*. Acta histórico-médica

vallisoletana XXIV. Salamanca, Universidad de Valladolid, 1987.

Iglesias Rouco (1979)

IGLESIAS ROUCO, Lena Saladina: *Burgos en el s.XIX. Arquitectura y Urbanismo (1813-1900)*. Valladolid, Universidad de Valladolid, 1979

Informes...(1781)

Informes de las Reales Sociedades Económicas de Madrid y Murcia sobre erección, dotación y gobierno de Hospicios o Casas de Misericordia. Madrid, Imp. de Pedro Marín, 1781

Isla Mingorance (1979)

ISLA MINGORANCE, Encarnación: *Hospital y Basílica de S. Juan de Dios en Granada*. Madrid, Everest, 1979.

Jetter (1972)

JETTER, Dieter: «Los hospitales en la Edad Media» en LAÍN ENTRALGO, P.: *Historia universal de la Medicina* T. III. Barcelona, Salvat, 1972, pp. 263-295.

Jiménez Ortiz (1974)

JIMÉNEZ ORTIZ, Carlos: «La epidemia de fiebre amarilla de 1.804 en Granada», *Medicina e Historia* n° 38 Barcelona 1974, pp. II-XVI.

Jiménez Salas (1958)

JIMÉNEZ SALAS, María: *Historia de la Asistencia Social en España en la Edad Moderna*. Vol IV, Madrid, C.S.I.C. Instituto 'Balme'. Monografías histórico-sociales, 1958.

Jovellanos (1952 a)

JOVELLANOS, Gaspar Melchor de: «Informe dado acerca de la venta de varias casas de los Reales Hospitales de Madrid, siendo el

autor individuo de la Junta de Gobierno de estos establecimientos». *Biblioteca de Autores Españoles*. T. L. Madrid, Atlas, 1952, pp. 61-63.

Jovellanos (1952 b)

- «Discurso acerca de la situación y división interior de los hospicios con respecto a su salubridad, leído en la Sociedad de Sevilla en 1778». *Biblioteca de Autores Españoles* T. L., Madrid, Atlas, 1952, pp. 431-435.

Jovellanos (1956)

- «Informe sobre la disciplina eclesiástica antigua y moderna relativa al lugar de las sepulturas. 1783». *Biblioteca de Autores Españoles* T. LXXXVII. Madrid, Atlas, 1956, pp. 75-105.

Kamen (1986)

KAMEN, Henry: *La sociedad europea (1500-1700)*. Madrid, Alianza Universidad, 1986.

Kaufmann (1974)

KAUFMANN, Emil: *La Arquitectura de la Ilustración*. Prólogo de Rafael Moneo. Barcelona, Gustavo Gili, 1974.

Kaufmann (1980)

- *Tres arquitectos revolucionarios: Boullée, Ledoux y Lequeu*. Barcelona, Gustavo Gili, 1980. Prólogo de TEYSSOT, George: "Clasicismo, neoclasicismo y arquitectura revolucionaria", pp. 15-54.

Knopf (1900)

KNOPF, S.A.: *Les sanatoria. Traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire*. París, Georges Carré & C. Naud Editeurs, 1900.

Kostof (1984)

KOSTOF, Spiro (coord.): *El arquitecto: historia de una profesión*. Madrid, Cátedra, 1984.

Kubler (1957)

KUBLER, George: *Arquitectura de los s. XVII y XVIII*. *Ars Hispaniae*. Vol XIV, Madrid, Ed. Plus Ultra, 1957.

Kubler (1975)

- *La configuración del tiempo*. Madrid, Alberto Corazón 1975.

Kruft (1990)

KRUFT, Hanno W.: *Historia de la teoría de la arquitectura*. T. I, II. Madrid, Alianza Editorial, 1990.

Labaiig (1883)

LABAIG, Eduardo de: *Hospitales civiles y militares. Volumen y Atlas*. Madrid, Tip. El Porvenir, Litografía de J. Pajares, 1883

Labasse (1982)

LABASSE, Jean: *La ciudad y el hospital. Geografía hospitalaria*. Madrid, Instituto de Estudios de Administración Local, 1982.

Laborde Vallverdú (1977)

LABORDE VALLVERDÚ, Agustín: *Notas para la biografía de un hospital*. Diputación Provincial de Granada, 1977.

Lacuesta Contreras (1992)

LACUESTA CONTRERAS, Raquel: «La Casa Municipal de Misericordia de Barcelona. Historia de su evolución arquitectónica», *Espacio, tiempo y forma*. Serie VII, T. 5, 1992, pp. 97-158.

Laín Entralgo (1989)

LAÍN ENTRALGO, Pedro: *Historia de la Medicina*. Barcelona, Salvat Editores, 1989.

Lampérez y Romea (1920)

LAMPÉREZ Y ROMEA, Vicente: *Los grandes monasterios españoles*. Madrid, Ed. Saturnino Calleja, 1920.

Lampérez y Romea (1993)

- *Arquitectura civil española de los s. I al XVIII*. Madrid, Ed. Saturnino Calleja 1922. Reimpresión Ed. Giner 1993

Lallave (1886)

LALLAVE, José Jesús: «Reforma y arreglo de locales en el Colegio de S. Carlos». *Boletín de la Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando*, 1886, pp. 227-228.

Landecho y Lázaro (1907)

LANDECHO, Luis de; LÁZARO, Juan Bautista: «El hospital de Zaragoza». *Boletín de la Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando*, 1907, pp.19-25.

Landecho (1919)

LANDECHO, Luis de: «Informe acerca de la conveniencia de que sea declarado Monumento Nacional el Hospicio de esta Corte». *Boletín de la Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando*, 1919, pp.116-118.

Langer (1960)

LANGER, H.: *Trazado y composición de edificios*. Barcelona, Labor, 1960.

Lara García (1997)

LARA GARCÍA, M^a Pepa: *La cultura del agua: los baños públicos en Málaga*. Málaga, Sarriá, 1997.

Larios Larios (1979)

LARIOS LARIOS, Juan Miguel: *El claustro del Hospital de S. Juan de Dios en Granada*. Granada, Diputación Provincial de Granada, 1979.

Larrucea Valdemoros (1970)

LARRUCEA VALDEMOROS, M^a Carmen: «El teatro principal del hospital de Santa Cruz», *El hospital de Sta. Cruz y S. Pablo*.

El hospital de Barcelona. Barcelona, Gustavo Gili, 1970, pp. 117-123.

Lavedan (1926, 1941)

LAVEDAN, Pierre: *Histoire de l'Urbanisme*. T. I, II. París, Henri Laurens Editeur, 1926, 1941.

Lavesa Díaz (1991)

LAVESA DÍAZ, Carlos: «La recuperación del Hospital de S. Carlos para sede del INAP» en *La recuperación del Hospital de S. Carlos*. Madrid, INAP 1991, pp. 91-142.

Le-blond (1776)

LE-BLOND: *Elementos de fortificación en que se explican los principios y métodos de delinear las obras de fortificación regular e irregular; los sistemas de los más célebres ingenieros*. Madrid, Imp. Joaquín Ibarra, 1776.

Ledoux (1804-1994)

LEDOUX, Claude-Nicolás: *La Arquitectura considerada en relación con el arte, las costumbres y la legislación*. (París 1804). Madrid, Akal, 1994.

Lefol (s/f)

LEFOL, M.Gastón: *Hopitaux Maisons de Santé, Maternités, Sanatoriums*. París, Ch. Mass in. Éditeur (s/f).

Leistikow (1967)

LEISTIKOW, Deankwart: *Edificios hospitalarios en Europa durante diez siglos. Historia de la arquitectura hospitalaria*. C.H. Boehringer Sohn, Ingelheim am Rhein, 1967.

León Domínguez (1930)

LEÓN DOMÍNGUEZ, Luis: *La Caridad de Sevilla*. Madrid, Apostolado de la Prensa, 1930.

León Tello (1979)

LEÓN TELLO, Pilar: *Mapas, planos y dibujos de la Sección de Estado del Archivo Histórico Nacional*. Madrid, Ministerio de Cultura, 1979.

León Tello y Sanz (1994)

LEÓN TELLO, Fco. José y SANZ, M^a Mercedes: «Teoría de la Arquitectura Militar en los tratadistas españoles del s. XVIII». *Tiempo y espacio en el Arte*. Homenaje al Profesor Antonio Bonet Correa. T. I. Madrid, Ed. Complutense, 1994, pp. 733-742.

Lesky (1984)

LESKY, Erna: «Introducción al discurso académico de Johan Peter Frank sobre la miseria del pueblo como madre de las enfermedades (Pavía-1790)». *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984, pp. 133-152.

Linares Enríquez (1906)

LINARES ENRÍQUEZ, Fco. De: «De la cura higiénica de la tuberculosis por el clima de Málaga» en *I Congreso Provincial de Higiene de Málaga*. Málaga, Tip. Victoriano Giral, 1906, pp. 113-129.

Linazasoro Rodríguez (1993)

LINAZASORO RODRÍGUEZ, Ignacio: «La Restauración del Hospital del Rey en Melilla», *Arquitectura y Ciudad II y III*. Madrid, Ministerio de Cultura, 1993, pp. 411-414.

López Alonso (1986)

LÓPEZ ALONSO, Carmen: *La pobreza en la España Medieval. Estudio histórico-social*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1986.

López Alonso (1988)

- *Locura y sociedad en Sevilla: historia del*

hospital de los Inocentes (1436?-1840). Diputación Provincial de Sevilla 1988

López Alonso (1994)

- «El hospital de los Inocentes de Sevilla». *Historia de los hospitales* n° 49, *El médico*. Madrid, Saned, 1994, pp. 640-646.

López García (1983)

LÓPEZ GARCÍA, Juan Sebastián: *La arquitectura del Renacimiento en el archipiélago canario*. Sta. Cruz de Tenerife, Instituto de Estudios Canarios (C.E.C.E.L.) La Laguna-Tenerife. Excmo. Cabildo Insular de Gran Canaria, 1983.

López Gómez (1990)

LÓPEZ GÓMEZ, José Manuel: *Salud pública y medicina en Mérida (1700-1833)*. Madrid, Consulprint, 1990.

López Guzmán (1987)

LÓPEZ GUZMÁN, Rafael: *Tradicón y clasicismo en la Granada del XVI. Arquitectura civil y urbanismo*. Diputación Provincial de Granada, 1987.

López Piñero (1973)

LÓPEZ PIÑERO, José M^a.: *Medicina, Historia y Sociedad*. Barcelona, Ariel, 1973.

López Piñero (1984)

- *Mateo Seoane y la introducción en España del sistema sanitario liberal*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.

López Piñero (1989)

- *Los orígenes en España de los estudios sobre la Salud Pública*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.

López Piñero (1990)

- *Historia de la Medicina*. Madrid, Ed. Historia 16, 1990.

López Piñero (1998)

- *Antología de clásicos médicos*. Madrid, Ed. Triacastela, 1998.

López Sallaberry (1908)

LÓPEZ SALLABERRY, José: «Hospital Provincial para Albacete». *Boletín de la Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando*, 1908, pp. 10-14.

López Terrada (1994)

LÓPEZ TERRADA, M^a Luz: «El Hospital General de Valencia». *Historia de los hospitales* n° 45, *El médico*. Madrid, Saned, 1994, pp. 592-598.

Lorenzo Laguarda (1955)

LORENZO LAGUARTA, Pablo: *Historia de la Beneficencia española en México (Síntesis)*. México, Ed. España en América, 1955.

L'Orme (1567)

L'ORME, Philibert de: *Le premier tome de l'architecture*. París, Federic Morel, 1567.

L'Orme (1981)

- *De l'Architecture* (Rouen 1648). Bruxelles, Pierre Mardaga éditeur, 1981.

Losada (1740)

LOSADA, Manuel: *Crítica y compendio especulativo-práctico de la arquitectura civil*. T. I. Madrid, 1740.

Lozano Bartolozzi (1992)

LOZANO BARTOLOZZI, M^a Mar et al.: *Arquitectura, urbanismo e ingeniería sobre papel. Cáceres s. XV al XX*. Badajoz, Ed. Asamble de Extremadura, 1992.

Lozano Ponce de León (1897)

LOZANO PONCE DE LEÓN, Pablo: *Tratado popular de la tisis*. Madrid, Tip. del hijo de Gaisse Joven, 1897.

Llaguno y Amirola (1829-1977)

LLAGUNO Y AMIROLA, Eugenio: *Noticias de los arquitectos y arquitectura de España desde su restauración. Ilustradas y acrescentadas con notas, adiciones y documentos por Juan Agustín Ceán Bermúdez*. T. I-IV. Madrid, 1829, Facsímil Ed. Turner, Madrid, 1977.

Madoz (1848-1986)

MADOZ, Pascual: *Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de Ultramar*. T. XI. Madrid, Imp. del Diccionario Geográfico a cargo de D. José Rojas, 1848. Ed. facsímil *Málaga*, Ámbito Ed., Salamanca, 1986.

Maestri (1996)

MAESTRI, Diego: «El levantamiento arquitectónico y urbano en los siglos XVII y XVIII», *Boletín de Arte* n° 17. Universidad de Málaga 1996, pp. 7-35.

Maravall (1979)

MARAVALL, José Antonio: *Poder, honor y elites en el s. XVII*. Madrid, Ed. S.XXI, 1979.

Maravall (1986)

- *Estado Moderno y mentalidad social*. T. I, II. Madrid, Alianza Editorial, 1986.

Marco Dorta (1973)

MARCO DORTA, Enrique: *Arte en América y Filipinas*. *Ars Hispaniae*, vol. XXI. Madrid, Ed. Plus Ultra, 1973.

Marías (1983)

MARÍAS, Fernando: *La Arquitectura del Renacimiento en Toledo (1.541-1.631)*. T. I., Toledo, Publicaciones del Instituto Provincial de Investigaciones y estudios toledanos, 1983.

Marqués de Cruilles (1979)

MARQUÉS DE CRUILLES: *Guía urbana de Valencia antigua y moderna*. Valencia, Imp. José Rius, T. I, II. 1876, Ed. facsímil Librerías «París-Valencia» 1979.

Márquez Moreno (1989)

MÁRQUEZ MORENO, M^a Dolores.: *La asistencia psiquiátrica en Castilla-La Mancha durante el s. XIX*. Toledo, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 1989.

Martín García y García Granados (1984)

MARTÍN GARCÍA, Mariano y GARCÍA GRANADOS, Juan Antonio: «El maristán de Granada tras el hallazgo de sus restos». *Cuaderno de Arte de la Universidad de Granada*. XVI. Granada, 1984, pp. 7-55.

Martín González (1978)

MARTÍN GONZÁLEZ, Juan José: «Problemática de la desamortización en el arte español», *II Congreso Español de Historia del Arte*. Valladolid, 1978, pp. 15-29.

Martín González (1984)

- *El artista en la sociedad española del s. XVII*. Madrid, Ensayos Arte Cátedra, 1984.

Martínez García (1981)

MARTÍNEZ GARCÍA, Luis: *La asistencia a los pobres en Burgos en la Baja Edad Media. El hospital de Sta. María la Real. 1341-1500*. Diputación Provincial de Burgos, 1981.

Martínez Pérez (1993)

MARTÍNEZ PÉREZ, José: «Hospitales relevantes en Francia», *Historia de hospitales* n^o 30, *El médico*. Madrid, Ed. Saned, 1993, pp. 412-418

Martínez Ripoll (1972)

MARTÍNEZ RIPOLL, Antonio: «La Casa de Niñas y Niños Huérfanos y Expósitos de

Murcia». *Cuadernos de Historia de la Medicina española*. Año XI, Universidad de Salamanca, 1972, pp. 389-396.

Martínez Ripoll (1973)

- «El idealismo funcionalista hospitalario en los tratadistas de arquitectura españoles ilustrados». *Cuadernos de Historia de la Medicina española* Año XII. Universidad de Salamanca, 1973, pp. 393-413.

Martínez San Pedro (1974)

MARTÍNEZ SAN PEDRO, Rafael: *Historia de los hospitales de Alicante*. Diputación Provincial de Alicante, 1974.

Masi (1788)

MASI, Girolamo: *Teoría e pratica di architettura civile*. Roma, 1788.

Mateo Tinao (1963)

MATEO TINAO, Mariano: *Historia y servicio de la Beneficencia Municipal de Zaragoza*. Zaragoza, C.S.I.C. Instituto «Fernando el Católico», Diputación Provincial de Zaragoza, 1963.

Mayntz (1972)

MAYNTZ, Renate: *Sociología de la organización*. Madrid, Alianza Editorial, 1972.

Maza Zorrilla (1985)

MAZA ZORRILLA, Elena: *Valladolid: sus pobres y la respuesta institucional (1750-1900)*. Valladolid, Universidad de Valladolid, 1985.

Medina (1545)

MEDINA, J.: *De la orden que en algunos pueblos de España se ha puesto en la limosna para remedio de los verdaderos pobres*. Salamanca, Imp. Casa de Juan de Junta, 1545.

Mélida (1932)

MÉLIDA, J.R.: «Informe relativo a expediente de la Real y Humilde Hermandad de la Sta. Ca-

ridad de Sevilla solicitando la devolución del cuadro que representa 'Sta. Isabel curando a los tiñosos' pintado por Bartolomé Esteban Murillo». *Boletín de la Real Academia de Nobles Artes de S. Fernando*, 1932, pp. 82-84.

Memoria... (1842)

Memoria sobre la necesidad de fundar una hospedería médica consagrada a los desahuciados de ambos sexos en enfermedades crónicas incluidas las demencias y aclaración del proyecto publicado en la Gaceta del 26 de octubre de 1838 sobre el objeto, comprobada por antecedentes que obran en el Ministerio de la Gobernación. Madrid, 1842.

Méndez Álvaro (1849-1990)

MÉNDEZ ÁLVARO, Fco.: «La Beneficencia Pública. Estado actual de la Beneficencia en España (1849)» en FRESQUET FEBRER, J.L.: *Fco. Méndez Álvaro (1806-1883) y las ideas sanitarias del liberalismo moderado*. Colec. Textos clásicos españoles de la Salud Pública, nº 14, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990, pp. 63-74.

Menéndez Pidal (1961)

MENÉNDEZ PIDAL, Luis: «El hospital-hospicio de Oviedo». *Boletín de la Real Academia de Nobles Artes de S. Fernando*, Madrid, 1961, pp. 71-72.

Menéndez Pidal (1962)

MENÉNDEZ PIDAL, Ramón: *Los Reyes Católicos y otros estudios*. Buenos Aires, Espasa Calpe, 1962.

Menéndez Pidal (1988-1989)

MENÉNDEZ PIDAL, Gonzalo: *La España del s. XIX vista por sus contemporáneos*. Centro de Estudios Constitucionales. T. I, II, Madrid, 1988, 1989.

Mercader Riba (1983)

MERCADER RIBA, Juan: *José Bonaparte, rey de España (1.808-1.813). Estructura del Estado español bonapartista*. Madrid, C.S.I.C. Instituto de Historia «Jerónimo Zurita», 1983.

Mercado (1599-1989)

MERCADO, Luis: *De la guarda y providencia que debe haber para la defensa de las provincias, ciudades o repúblicas (en tiempos de peste) 1599*, en LÓPEZ PIÑERO, José M^a: *Los orígenes de los estudios sobre Salud Pública*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989, pp.75-90.

Merino (1988)

MERINO, José Patricio: «Organización del Ejército y la Armada en España y las Indias» en *Carlos III y la Ilustración*. Barcelona, Ministerio de Cultura, 1988, T. I, pp. 123-132.

Mesonero Romanos (1987)

MESONERO ROMANOS, Ramón de: *El antiguo Madrid*. Madrid, Tip. F. de P. Mellado, 1861. Ed. facsímil Gráficas Lormo, Madrid, 1987.

Milizia (1785-1978)

MILIZIA, Francesco: *Memorie degli architetti antichi e moderni*. T. I, II. Bassano, A Spese Remondini di Venezia, 1785. Ristampa Arnaldo Forni Editore 1978

Milizia (1785)

MILIZIA, Francesco: *Principi di architettura civile*. T. I-III. Bassano, A Spese Remondini di Venezia, 1785.

Millington (1848)

MILLINGTON, John: *Elementos de arquitectura*. T. I, Madrid, Imprenta Nacional, 1848.

Moix Martínez (1958)

MOIX MARTÍNEZ, Manuel: «De la filantro-

pía victoriana al nacimiento del trabajo social». *Revista Iberoamericana de Seguridad Social* nº 2. Madrid, Imp. hijos de E. Minuesa, 1958.

Mollat (1979)

MOLLAT, Michel: *Les pauvres au Moyen Age. Étude sociale*. Ed. Hachette 1979.

Monreal y Tejada (1945)

MONREAL Y TEJADA, Luis: *Las cien mejores obras de la arquitectura española*. Barcelona, Ed. Selecta, 1945.

Montes Bardo (1995)

MONTES BARDO, Joaquín: *El Hospital de Santiago en Úbeda. Arte, mentalidad y culto*. Úbeda-Jaén, UNED, Centro Asociado «Andrés de Vandelvira», 1995.

Montiel (1994)

MONTIEL, Luis: «La Charité de Berlín». *Historia de los hospitales* nº 37, *El médico*. Madrid, Saned, 1994, pp. 496-502.

Montiel (1995)

- «La política sanitaria en Alemania». *Historia de los hospitales* nº 56, *El médico*. Madrid, Ed. Saned, 1995, pp. 724-730

Morales Folguera (1987)

MORALES FOLGUERA, José Miguel: *Arquitectura y urbanismo hispanoamericano en Luisiana y Florida Occidental*. Universidad de Málaga, 1987.

Morales Martínez (1996)

MORALES MARTÍNEZ, Alfredo J.: Hernán Ruiz «El joven». Madrid, Ed. Akal, 1996.

Moreno Peralta, Bravo Nieto y Sáez Cazorla (1999)

MORENO PERALTA, Salvador; BRAVO NIETO, Antonio y SÁEZ CAZORLA, Jesús

Miguel: *Melilla la Vieja, Plan especial de los cuatro recintos fortificados*. Melilla, Ed. Seyer, 1999.

Moro (1983)

MORO, José M^{ra}: «La desamortización de Madoz». *Historia 16* nº 84, Madrid 1983, pp. 58-64.

Moya Blanco (1970)

MOYA BLANCO, Luis: «El Hospital General de Atocha de Madrid». *Boletín de la Real Academia de Nobles Artes de S. Fernando*, Madrid, 1970, pp. 64-67.

Moya Blanco (1986)

- «Centenario de El Escorial», *Ideas y diseño. La Arquitectura*. Madrid, IV Centenario del Monasterio de El Escorial, M.O.P.U., 1986, pp. 13-22.

Müller Profumo (1985)

MÜLLER PROFUMO, Luciana: *El ornamento icónico y la arquitectura. 1400-1600*. Madrid, Cátedra, 1985.

Mumford (1979)

MUMFORD, Lewis: *La ciudad en la historia*. T. I, II. Buenos Aires, Ed. Infinito, 1979.

Muñiz Fernández (1969)

MUÑIZ FERNÁNDEZ, Carmen: "Hospitales españoles. Información para su historia" en MUÑOZ GARRIDO, R.; MUÑIZ FERNÁNDEZ, C.: *Fuentes legales de la Medicina española. S.XIII-XIX*. Universidad de Salamanca 1969, pp. 107-174.

Muñoz Calvo (1993)

MUÑOZ CALVO, Sagrario: «Los balnearios en la España contemporánea». *Historia de hospitales* nº 21, *El médico*. Madrid, Saned, 1993, pp. 296-306.

Muñoz Corbalán (1990)

MUÑOZ CORBALÁN, Juan Miguel: «Sanidad, higiene y arquitectura en el s. XVIII. Los ingenieros militares: un eslabón en la política sanitaria y hospitalaria borbónica». *Boletín de Arte* nº11, 1990, pp. 119-135.

Muñoz Corbalán (1993)

- «La Seu Vella de Lérida de Catedral a Cuartel. Transformaciones arquitectónicas con los primeros Borbones (1725-1751)». *Arquitectura y Ciudad. II y III*. Madrid, Ministerio de Cultura, 1993, pp. 389-410.

Muñoz Corbalán (1994)

- «Los cuarteles de Barcelona durante el reinado de Felipe IV. Una responsabilidad constructiva compartida». *Tiempo y espacio en el arte. Homenaje al profesor Antonio Bonet Correa*. T. I. Madrid, Ed. Universidad Complutense. 1994, pp. 707-732.

Muratore (1980)

MURATORE, Giorgio: *La ciudad renacentista*. Madrid, Instituto de Estudios de Administración Local, 1980.

Murcia (1798)

MURCIA, Pedro Joaquín de: *Discurso político sobre la importancia y necesidad de los hospicios, casas de expósitos y hospitales que tienen todos los Estados y particularmente España*. Madrid, Imp. de la Vda. de Ibarra, 1798.

Muriel (1960)

MURIEL, Josefina: *Hospitales de la Nueva España*. México, Ed. Jus., 1960.

Murray (1972)

MURRAY, Peter: *Arquitectura del Renacimiento*. Madrid, Aguilar, 1972.

Narjoux (1870)

NARJOUX, Félix: *Architecture communale* T.

I, II. París, Vve. A. Morel et Cie. Libraires Éditeurs, 1870.

Navascués Palacio (1973)

NAVASCUÉS PALACIO, Pedro: *Arquitectura y arquitectos madrileños del s. XIX*. Madrid, Instituto de Estudios Madrileños, 1973.

Navascués Palacio (1974)

- *El libro de Arquitectura de Hernán Ruiz, el Joven*. Madrid, Escuela Técnica Superior de Arquitectura, 1974.

Navascués Palacio (1979)

- *Del neoclasicismo al modernismo*. Historia del arte hispánico T. V. Madrid, Alhambra, 1979.

Navascués Palacio (1983)

- «Estudio crítico» en BAILS, Benito: *De la arquitectura civil*. Madrid, Imp. Vda. de Ibarra, 1796, facsímil Colegio Oficial de Aparejadores y Arquitectos Técnicos de Murcia, T. I, Murcia, 1983.

Navascués Palacio (1986)

- *Monasterios de España*. Madrid, Ed. Espasa Calpe, 1986.

Nieto Alcaide, Morales y Checa Cremades (1989)

NIETO ALCAIDE, Victor; MORALES, Alfredo J.; CHECA CREMADES, Fernando: *Arquitectura del Renacimiento en España (1488-1599)*. Madrid, Cátedra, 1989.

Nieto Alcaide y Checa Cremades (1980)

NIETO ALCAIDE, Victor y CHECA CREMADES, Fernando: *El Renacimiento. Formación y crisis del modelo clásico*. Madrid, Istmo, 1980.

Nightingale (1991)

NIGHTINGALE, Florence: *Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es* (1.859). Barcelona, Masson-Salvat, 1991.

Novísima recopilación ...

Novísima recopilación de las Leyes de España mandada formar por el señor Carlos IV. T. I, II, III, IV. Facsímil Boletín Oficial del Estado.

Núñez Muñoz (1976)

NÚÑEZ MUÑOZ, M^a F.: *La Iglesia y la Restauración. 1875-1881.* Caja de Ahorros de Sta. Cruz de Tenerife, 1976.

Núñez Olarte (1999)

NÚÑEZ OLARTE, Juan Manuel: *El Hospital General de Madrid en el s. XVIII*, Madrid, Dpto. Historia de la Ciencia, C.S.I.C., 1999.

Olmo y Sánchez Esteban (1985)

OLMO, M^a Jesús del y SÁNCHEZ ESTEBAN, Natividad: «Dibujos traspapelados de Ventura Rodríguez». *Estudios sobre Ventura Rodríguez (1717-1785)*. Madrid, Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando, 1985, pp. 123-138.

Ollero Caprani (1991)

OLLERO CAPRANI, José Manuel: *El hospital del Niño Jesús de Madrid (1877-1919)*. Madrid, Universidad Complutense, Madrid, 1991.

Orozco Pardo (1985)

OROZCO PARDO, José Luis: *Christianópolis: urbanismo y contrarreforma en la Granada del seiscientos*. Granada, Ed. Diputación Provincial de Granada, 1985.

Padrós (1965)

PADRÓS, Esteban: «Cristianismo y hospital», *Medicina e historia*. N^o X, Barcelona, 1965, pp. 4-14.

Paine y Siem Tjam (1984)

PAINE, L.H.W. y SIEM TJAM, F.: *Los hospitales y la revolución de la asistencia sanitaria*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1984.

Palacio Atard (1981)

PALACIO ATARD, Vicente: *La España del s. XIX*. Madrid, Espasa Calpe, 1981.

Palm (1950)

PALM, Erwin Walter: *Los hospitales antiguos de La Española*. Ciudad Trujillo, República Dominicana, 1950.

Palma Rodríguez (1982)

PALMA RODRÍGUEZ, Fermín: *Historia del hospital de la Sta. Misericordia y de S. Juan de Dios de Jaén*. Jaén, Europa Artes Gráficas, 1982.

Palladio (1988)

PALLADIO, Andrea: *Los cuatro libros de Arquitectura*. Introducción de Javier Rivera. Madrid, Akal, 1988.

Pane (1956)

PANE, Roberto: *Ferdinando Fuga*. Napoli, Edizioni Schientifiche Italiane, 1956.

Panero y Zelnik (1983)

PANERO, Julius y ZELNIK, Martin: *Las dimensiones humanas en los espacios interiores. Estándares antropométricos*. Barcelona, Gustavo Gili, 1983.

Parrilla Hermida (1964)

PARRILLA HERMIDA, Miguel: *El hospital militar español de Malinas en los s. XVI y XVII*. Madrid, Imprenta del Servicio Geográfico del Ejército, 1964.

Parrilla Hermida (1972)

- «Un hospital militar en 1.716». *Medicina e Historia* nº 15, Barcelona 1972, pp. 7-26.

Parrilla Hermida (1975)

- «Un hospital español de campaña en Bretaña en 1.591». *Cuaderno de Historia de la Medicina*, vol. XV, 1975, pp. 25-28.

Patetta (1975)

PATETTA, Luciano: *L'architettura dell'Ecllettismo. Fonti, teorie, modelli. 1750-1900*. Milano, Gabriele Mazzotta Editore, 1975.

Patté (1769)

PATTÉ, M.: *Mémoires sur les objets les plus importants de l'architecture*. París, 1769.

Peña González (1993)

PEÑA GONZÁLEZ, Pascasio: *La salud y la enfermedad en Huelva en el s. XIX (1800-1880)*. Excma. Diputación de Huelva, 1993.

Perdiguero Gil y Bernabeu i Mestre (1994 a)

PERDIGUERO GIL, Enrique y BERNABEU I MESTRE, Josep: «La expansión de una institución tradicional», *Historia de los hospitales* nº 39, *El médico*. Madrid, Saned, 1994, pp. 520-526.

Perdiguero Gil; Bernabeu i Mestre (1994 b)

- «La consolidación de un nuevo modelo hospitalario». *Historia de los hospitales* nº 40, *El médico*. Madrid, Saned, 1994, pp. 532-538.

Pérez de Herrera (1598)

PÉREZ DE HERRERA, Christóbal.: *Discurso del amparo de los legítimos pobres y reducción de los fingidos y de la fundación y principio de los albergues destos Reynos y amparo della milicia dellos*. Madrid, 1598.

Pérez Moreda (1988)

PÉREZ MOREDA, Vicente: «Población y

política demográfica. Higiene y Sanidad», *Catálogo exposición Carlos III y la Ilustración*. T. I., Barcelona, Ministerio de Cultura, 1988, pp. 145-158.

Peset (1973)

PESET, José Luis: «Medicina y sociedad en la Francia del Barroco» en LAÍN ENTRALGO, P.: *Historia Universal de la Medicina* T.IV. Barcelona, Salvat, 1973, pp. 367-375.

Peset (1983)

- *Ciencia y marginación. Sobre los negros, locos y criminales*. Barcelona, Ed. Crítica. Grijalbo, 1983.

Peset (1993)

- «El hospital en el mundo contemporáneo». *Historia de los hospitales* nº 12, *El médico*. Madrid, Ed. Saned 1993, pp. 180-190.

Peset y Peset (1972)

PESET, José Luis y PESET, Mariano: *Muerte en España. (Política y sociedad entre la peste y el cólera)*. Madrid, Seminarios y Ediciones S.A., 1972.

Peset et alter (1984)

PESET, José Luis et alter: *Enfermedad y castigo*. Madrid, C.S.I.C. Instituto Arnau de Vilanova, 1984.

Pevsner (1980)

PEVSNER, Nikolaus: *Historia de las tipologías arquitectónicas*. Barcelona, Ed. Gustavo Gili, 1980.

Pevsner (1983)

- *Estudios sobre arte, arquitectura y diseño*. Barcelona, Gustavo Gili, 1983.

Piccini (1995)

PICCINI, Gabriella: «Linee di storia

dell'Ospedale di Santa María della Scala e dell'area circostante», *Santa María della Scala. Dall'Ospedale al Museo*. Siena, Edizioni Alsaba, 1995, pp. 11-22.

Pita Andrade, Hernández Díaz y Martín González (1988)

PITA ANDRADE, José Manuel, HERNÁNDEZ DÍAZ, José y MARTÍN GONZÁLEZ, Juan José: «La escultura y la arquitectura españolas del s. XVII.» *Colec. Summa Artis*, vol. XXVI, Madrid, Espasa Calpe, 1988.

Ponz (1792-1794-1972)

PONZ, Antonio: *Viaje de España*. vol. XVII, XVIII. Madrid, Imp. Vda. de Joaquín Ibarra, 1792, 1794. Facsímil Ed. Atlas, Madrid 1972.

Programa... (1860)

Programa para la construcción de las prisiones de provincias y para la reforma de los edificios existentes destinados a esta clase de establecimientos. Madrid, Ministerio de la Gobernación. Establecimientos Penales, 1860

Puerto Sarmiento (1988)

PUERTO SARMIENTO, Fco. Javier: «Botánica, Medicina, Terapéutica y Jardines Botánicos», *Catálogo exposición Carlos III y la Ilustración* T. I. Barcelona, Ministerio de Cultura, 1988, pp. 295-306.

Quintana Martínez (1983)

QUINTANA MARTÍNEZ, Alicia: *La arquitectura y los arquitectos en la Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando (1744-1774)*. Madrid, Xarait Ediciones, 1983.

Rabanal Yús (1993)

RABANAL YUS, Aurora: «En torno a los llamados `presidios menores´ o plazas de Melilla, Peñón de Vélez de la Gomera y

Alhucemas, en el s. XVIII». *Arquitectura y ciudad. II y III*. Madrid, Ministerio de Cultura, 1993, pp. 129-137.

Ramírez (1981)

RAMÍREZ, Juan Antonio: *Cinco lecciones sobre arquitectura y utopía*. Universidad de Málaga, 1981.

Ramos de Castro (1986)

RAMOS DE CASTRO, Guadalupe: *El Hospital de la Encarnación*. Zamora, Ed. Fundación Ramos de Castro, 1986.

Real Orden... (1805)

Real Orden sobre enagenación de bienes raíces de Cofradías, Obras Pías, Memorias, Patronatos de legos, Casa de Expósitos, Hospitales, etc. Madrid, 1805.

Recopilación...

Recopilación de leyes de los Reynos de las Indias. T. I.

Redondo Cantera (1991)

REDONDO CANTERA, M^a José: «La política bonapartista sobre los bienes artísticos desamortizados del clero regular y su repercusión en un medio provincial: Valladolid 1808-1813», *Academia* n^o 73. Madrid, Boletín de la Academia de Bellas Artes de S. Fernando, 1991, pp. 253-290.

Reglá (1970)

REGLÁ, Joan: «Contexto político y social en la época de la fundación del hospital. De gran potencia europea a pequeña potencia peninsular». *El hospital de Sta. Cruz y S. Pablo. El hospital de Barcelona*. Barcelona, Gustavo Gili, 1970, pp. 33-40.

Reglamento... (1822)

Reglamento General de Beneficencia Pública decretado por las Cortes Extraordinarias

en 27 de diciembre de 1.821 y sancionado por S.M. Málaga, Oficina de D. Luis Carre-
ras, 1822.

Ribeiro Sánchez (1798)

RIBEIRO SÁNCHEZ, Antonio: *Tratado de la conservación de la salud de los pueblos y consideración sobre los terremotos*. Traducido por Benito Bails, Madrid, Imp. Vda. de Ibarra, 1798.

Rieger (1763)

RIEGER, P. Christiano: *Elementos de toda la Arquitectura civil*. Madrid, Imp. Joaquín Ibarra, 1763.

Riera (1974-75)

RIERA, Juan: «Organización hospitalaria militar en la España Ilustrada (Las Ordenanzas de 1739)». *Asklepio*, XXVI-XXVII, 1974-1975, pp. 115-134.

Riera (1975)

- *Planos de hospitales españoles del s. XVIII*. Acta Histórico-Médica Vallisoletana V. Universidad de Valladolid, 1975.

Riera (1980)

- *José Masdevall y la Medicina Española Ilustrada (enseñanza, epidemias y guerra a finales del s. XVIII)*. Acta Histórico-Médica Vallisoletana X. Salamanca, Universidad de Valladolid, 1980.

Riera (1981)

- *Medicina y Ciencia en la España Ilustrada. Epistolario y Documentos I*. Acta Histórico-Médica Vallisoletana XII. Salamanca, Universidad de Valladolid, 1981

Riera (1985)

- *Historia, Medicina y Sociedad*. Madrid, Ed. Pirámide, 1985.

Riera (1989)

- «La literatura científica en el Renacimiento», *Ciencia, medicina y sociedad en el Renacimiento castellano*. Valladolid, I.C.E., Universidad de Valladolid, 1989, pp. 5-17.

Riera (1991)

- *La medicina en el Descubrimiento*. Acta Histórico-Médica Vallisoletana XXXIV. Salamanca, Universidad de Valladolid, 1991.

Riera (1992)

- *Ordenanzas y asientos de hospitales militares en España (s. XVIII)*, Acta Histórico-Médica Vallisoletana XXXVI. Salamanca, Universidad de Valladolid, 1992.

Rincón García (1995)

RINCÓN GARCÍA, Wifredo: «Ventura Rodríguez y Antonio Ponz». *Estudios sobre Ventura Rodríguez (1717-1785)*. Madrid, Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando, 1995, pp. 97-120.

Robertson (1976)

ROBERTSON, Ian: *Los curiosos impertinentes. Viajeros ingleses. 1760-1855*. Madrid, Ed. Nacional, 1976.

Rodríguez (1987)

RODRÍGUEZ, Manuel: *Lazareto de Mahón o memoria descriptiva de sus obras, reflexiones críticas sobre su estado actual y proyecto para que sea general y el puerto franco en beneficio del comercio del Mediterráneo*. Mahón, Imp. de Pedro Antonio Serra, 1813. Facsímil Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1987.

Rodríguez de Gracia (1983)

RODRÍGUEZ DE GRACIA, Hilario: *Pobreza y beneficencia en la provincia (1500-1800)*. Instituto Provincial de Investigación y

Estudios Toledanos, Diputación Provincial de Toledo, 1983.

Rodríguez de Gracia (1985)

- *El Hospital del Rey de Toledo. Contribución a la historia de un hospital toledano*. Toledo, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Instituto Nacional de Asistencia Social, 1985.

Rodríguez Peña (1972)

RODRÍGUEZ PEÑA, José Luis: *Los hospitales de Plasencia*. Plasencia 1972.

Rodríguez Ruiz (1984)

RODRÍGUEZ RUIZ, Delfín: «De la utopía a la Academia. El tratado de arquitectura civil de José de Hermosilla». *Fragmentos* nº 3, 1984, pp. 57-80.

Rodríguez Ruiz (1988)

- «Arquitectura y ciudad», *Catálogo exposición Carlos III y la Ilustración*. T. I, Barcelona, Ministerio de Cultura, 1988, pp. 319-332.

Rodríguez Ruiz (1992)

- «Imágenes de lo posible: los proyectos de arquitectura premiados por la Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando (1753-1831)», *Hacia una nueva idea de la Arquitectura. Premios generales de Arquitectura de la Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando (1753-1831)*. Madrid, Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando, 1992, pp. 13-31.

Rodríguez Sánchez (1994)

RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, Juan Antonio: *Historia de los Balnearios de la provincia de Málaga*. Diputación Provincial de Málaga, 1994.

Romaní Verdaguer (1972)

ROMANÍ VERDAGUER, Ángel: «El hospital Municipal de Játiva (Valencia)». *Boletín de la Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando*, Madrid 1972, pp. 71-72

Romero Escassi (1989)

ROMERO ESCASSI, José: «El hospital de la Santa Caridad». *Hospitales de Sevilla*. Sevilla, Academia Sevillana de Buenas Letras, 1989, pp. 119-127.

Rosen (1974)

ROSEN, George: *Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*. Madrid, Alianza Universidad, 1974.

Rosen (1984)

- «Mercantilismo y política sanitaria en el pensamiento francés del s.XVIII» en LESKY, E.: *Medicina social. Estudios y testimonios históricos*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984, pp. 81-106.

Rosen (1985)

- «El hospital. Sociología histórica de una institución comunitaria», *De la policía médica a la medicina actual*. México, Ed. Siglo XXI, 1985, pp. 316-350.

Rosenau (1986)

ROSENAU, Helen: *La ciudad ideal*. Madrid, Alianza Forma, 1986.

Rosenberg (1995)

ROSENBERG, Charles E.: *The care of strangers. The rise of America's hospital system*. The Johns Hopkins University Press. Basic Books inc., Baltimore & London 1995.

Rosenblum (1986)

ROSENBLUM, Robert: *Transformaciones en el arte de finales del s. XVIII*. Madrid, Taurus, 1986.

Rosende Valdés (1999)

ROSENDE VALDÉS, Andrés A.: *El Grande y Real Hospital de Santiago de Compostela*. Madrid, Ed. Consorcio de Santiago. Electa. 1999.

Rubio Vela (1984)

RUBIO VELA, Agustín: *Pobreza, enfermedad y asistencia hospitalaria en la Valencia del s. XIV*. Diputación Provincial de Valencia, 1984.

Rueda Hernanz (1983)

RUEDAHERNANZ, Germán: «La desamortización de Mendizábal». *Historia* 16. nº 84, Madrid 1983, pp. 50-57.

Ruggieri (1722-1724-1728)

RUGGIERI, Ferdinando: *Studio d'Architettura Civile*. Firenze, Gaetano Tartini e Santi Franchi, 1722, 1724, 1728.

Ruiz de Salces (1888)

RUIZ DE SALCES, Antonio: «Informe acerca del proyecto para instalación del Colegio de Niñas Huérfanas de la Unión, en el palacio viejo de la posesión de Vista Alegre. Al Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación». *Boletín de la Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando*, 1888, pp. 56-57.

Ruiz de Salces (1895)

- «Sección de Arquitectura. El nuevo Hospital Militar de Madrid. Al Ilmo. Sr. Director General de Instrucción Pública». *Boletín de la Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando*, Madrid, 1895, pp. 210-214.

Ruiz Somavilla (1993)

RUIZ SOMAVILLA, M^a José: «*El cuerpo limpio*». *Análisis de las prácticas higiénicas en la España del mundo moderno*. Málaga, Universidad de Málaga, 1993.

Rumeu de Armas (1981)

RUMEU DE ARMAS, Antonio: *Historia de la Previsión Social en España. Cofradías. Gremios. Hermandades. Montepíos*. Barcelona, Ed. "El Albir" S.A., 1981.

Saguar Quer (1989)

SAGUAR QUER, Carlos: «La aparición de una nueva tipología arquitectónica: el cementerio», *El Arte en tiempo de Carlos III*. Madrid, Ed. Alpuerto, 1989, pp. 207-217.

Sainte Fare Garnot (1988)

SAINTE FARE GARNOT, Nicolás: *L'architecture hospitalière au XIXe siècle. L'exemple parisien*. París, Ministère de la Culture, de la Communication, des Grands Travaux et du Bicentenaire, Editions de la réunion des musées nationaux, 1988.

Sainz (1990)

SAINZ, Jorge: *El dibujo de Arquitectura. Teoría e historia de un lenguaje gráfico*. Madrid, Nerea, 1990.

Salazar (1796)

SALAZAR, Thomas de: *Tratado del uso de la quina*. Madrid, Imp. de la Vda. de Ibarra, 1796.

Sambricio (1975)

SAMBRICIO, Carlos: *Silvestre Pérez. Arquitecto de la Ilustración*. Delegación de la Comisión de Cultura del Colegio de Arquitectos de S. Sebastián 1975.

Sambricio (1985)

- «Datos sobre los discípulos y seguidores de D. Ventura Rodríguez», *Estudios sobre Ventura Rodríguez (1717-1785)*. Madrid, Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando, 1985, pp. 243-304.

Sambricio (1986)

- *La arquitectura española de la Ilustración*. Madrid, Consejo Superior de los Colegios de Arquitectos de España e Instituto de Estudios de Administración Local, 1986.

Sambricio (1991)

- *Territorio y ciudad en la España de la Ilustración*. Madrid, Ministerio de Obras Públicas y Transporte, Instituto del Territorio y Urbanismo, 1991.

Sánchez (1800)

SÁNCHEZ, Santos: *Suplemento a la colección de pragmáticas, provisiones, circulares y otras providencias publicadas en el actual reinado del señor D. Carlos IV*. Madrid, Imp. Vda. e Hijos de Marín, 1800.

Sánchez Agustí (1984)

SÁNCHEZ AGUSTÍ, María: *Edificios públicos de La Habana en el s. XVIII*. Universidad de Valladolid, 1984.

Sánchez Cantón (1923-1933-1934-1936-1941)

SÁNCHEZ CANTÓN, F.J.: *Fuentes literarias para la Historia del Arte español*. T. 1-5. Madrid, Imp. C. Bermejo, 1923, 1933, 1934, 1936, 1941.

Sanchís Banús (1990)

SANCHÍS BANÚS, José: «Estudio médico-social del golfo» en REY GONZÁLEZ, A.: *Estudios médico-sociales sobre marginales en la España del s. XIX*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990, pp. 175-195.

Sancho Corbacho (1983)

SANCHO CORBACHO, Antonio: *Dibujos arquitectónicos del s. XVII*. Ayuntamiento de Sevilla, 1983.

Sancho de San Román (1959)

SANCHO DE SAN ROMÁN, Rafael: *La obra psiquiátrica del Doctor Pi y Molist*. Seminario de Historia de la Medicina, Universidad de Salamanca 1959.

Santamaría Almolda (1996)

SANTAMARÍA ALMOLDA, M^a Rosario: «Bases documentales para el estudio de la teoría arquitectónica (1814-1858) en la Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando», *Espacio, tiempo y forma*. Serie VII, T. 9, Madrid, UNED, 1996, pp. 219-247.

Santana Pérez (1993)

SANTANA PÉREZ, Juan Manuel: *Cunas de expósitos y hospicios en Canarias (1700-1837)*. Las Palmas de Gran Canaria, Ed. Cabillo Insular de Gran Canaria, 1993.

Santiago Cruz (1959)

SANTIAGO CRUZ, Fco.: *Los Hospitales de Méjico y la caridad de D. Benito*. Méjico, Ed. Jus, 1959.

Santos (1715-1716)

SANTOS, J.: *Chronología hospitalaria y resumen historial de la Sagrada Religión del glorioso patriarca S. Iuan de Dios*. T. I, II. Madrid, Imp. F. Antonio de Villadiego, 1715-1716.

Sanz Sampelayo (1980)

SANZ SAMPELAYO, Juan: *Granada en el s. XVIII*. Diputación Provincial de Granada, 1980.

Sarrailh (1974)

SARRAILH, Jean: *La España Ilustrada de la segunda mitad del s. XVIII*. Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1974.

Schaefer (1929)

SCHAEFER, Karl: *La arquitectura de Occidente*. Barcelona, Labor, 1929.

Schipperges (1972)

SCHIPPERGES, Heinrich: «La medicina en el medioevo árabe»; «La medicina en la Edad Media latina» en LAÍN ENTRALGO, P.: *Historia universal de la Medicina* T. III, Barcelona, Salvat, 1972, pp. 59-113; 181-241.

Schlosser (1976)

SCHLOSSER, Julius: *La literatura artística*. Madrid, Cátedra, 1976.

Schubert (1924)

SCHUBERT, Otto: *Historia del Barroco en España*. Madrid, Ed. Saturnino Calleja S.A., 1924

Sebastián (1983)

SEBASTIÁN, Santiago: *Arte y humanismo*. Madrid, Cátedra, 1983.

Segovia Azcárate (1995)

SEGOVIA AZCÁRATE, Jose M^a: *La gota de leche. Instituto Municipal de Puericultura de Huelva*. Huelva, Imp. Jiménez, 1995.

Segre (1985)

SEGRE, Roberto: *Historia de la arquitectura y del urbanismo. Países desarrollados. Siglos XIX y XX*. Madrid, Instituto de Estudios de Administración Local, 1985.

Sellés, Peset y Lafuente (1988)

SELLÉS, Manuel, PESET, José Luis y LAFUENTE, Antonio: *Carlos III y la ciencia de la Ilustración*. Madrid, Alianza Editorial, 1988.

Sendrail (1983)

SENDRAIL, Marcel: *Historia cultural de la enfermedad*. Madrid, Espasa Calpe, 1983.

Serlio (1982)

SERLIO, Sebastiano: *The five books of Architecture*. New York, An unabridged reprint of the English edition of 1611, Dover Publications Inc. 1982

Shaw Fairman (1981)

SHAW FAIRMAN, Patricia: *España vista por los ingleses del s. XVII*. Madrid, Sociedad General Española de Librería S.A., 1981.

Sica (1981)

SICA, Paolo: *Historia del urbanismo. El siglo XIX* T. I, II. Madrid, Instituto de Estudios de Administración Local, 1981.

Sica (1982)

- *Historia del urbanismo. El siglo XVIII*. Madrid, Instituto de Estudios de Administración Local, 1982.

Snow (1991)

SNOW, John.: «The cholera near Golden Square (1855)» en CARMICHAEL, A.; RATZAN, R.: *Medicine in Literatura and Art*. Köln, Ed. Könemann, 1991, pp. 152-155.

Solá-Morales Rubió (1980)

SOLÁ-MORALES RUBIÓ, Ignasi de: «Eclecticismo versus Modernismo (1888-1909)», *Eclecticismo y vanguardia. El caso de la arquitectura moderna en Catalunya*. Barcelona, Gustavo Gili, 1980, pp. 21-36.

Soto (1545)

SOTO, Fray Domingo de: *Deliberación en la causa de los pobres*. Salamanca, 1545.

Soto Caba (1991 a)

SOTO CABA, Victoria: «Una introducción a la historia hospitalaria», *La recuperación del Hospital de S. Carlos*. Madrid, Instituto Nacional de Administraciones Públicas, 1991, pp.27-39.

Soto Caba (1991 b)

- «La búsqueda de una tipología», *La recuperación del Hospital de S. Carlos*. Madrid, Instituto Nacional de Administraciones Públicas, 1991, pp. 41-57.

Suárez Garmendia (1986)

SUÁREZ GARMENDIA, José M.: *Arquitectura y urbanismo en la Sevilla del s. XIX*. Diputación Provincial de Sevilla, 1986.

Suberbiola Martínez (1985)

SUBERBIOLA MARTÍNEZ, Jesús: *Real Patronato de Granada. El Arzobispo Talavera, la Iglesia y el Estado Moderno (1486-1516)*. Estudio y documentos. Caja General de Ahorros de Granada, 1985.

Szambien (1993)

SZAMBIEN, Werner: *Simetría, gusto, carácter. Teoría y terminología de la arquitectura en la época clásica. 1550-1800*. Madrid, Akal, 1993.

Tarrago Valentines (1975)

TARRAGO VALENTINES, José Fernando.: *Hospitales en Lérida durante los s. XII al XVI*. Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Lérida, 1975.

Thiollet (1847)

THIOLLET, M.: *Leçons d'Architecture*. París, Carillan Goery et V. Dalmont Éditeurs, 1847.

Tissot (1815)

TISSOT, M.: *Aviso al pueblo acerca de su salud o tratado de las enfermedades más frecuentes de las gentes del campo*. Madrid, Oficina de D. José del Collado, 1815.

Tolivar Faes (1966 a)

TOLIVAR FAES, José: «Hospitales de lepro-

sos en Asturias durante las Edades Media y Moderna». *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*. Vol. V, Universidad de Salamanca, 1966, pp. 127-180.

Tolivar Faes (1966 b)

- *Hospitales de leprosos en Asturias durante las Edades Media y Moderna*. Instituto de Estudios Asturianos, Oviedo, 1966.

Tormo y Monzó (1924)

TORMO Y MONZÓ, Elías: «Escritos remitidos a la superioridad relativos a la conservación de la parte de la casa-hospicio de Madrid declarada monumento arquitectónico artístico». *Boletín de la Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando*, Madrid, 1924, pp. 38-39.

Torres Balbás (1944 a)

TORRES BALBÁS, Leopoldo: «El hospital del Rey en Burgos», *Al-Andalus* n° 9, 1944, pp. 190-198.

Torres Balbás (1944 b)

- «El maristán de Granada». *Al-Andalus* n° 9, 1944, pp. 481-498.

Torres Balbás (1952)

- «Arquitectura gótica». *Colec. Ars Hispaniae*, vol. VII, Madrid, Plus Ultra, 1952.

Torres Palomo (1998)

TORRES PALOMO, Mª Paz: «El ejercicio de la medicina en Al-Andalus: atención médica y asistencia sanitaria», *II Congreso Nacional de Historia de Enfermería. Libro de ponencias y comunicaciones*. Jaén, Universidad de Málaga, Universidad Complutense de Madrid, 1998, pp. 165-177.

Tourtelle (1806)

TOURTELLE, Esteban: *Elementos de Hygiene o del influxo de las cosas físicas y*

morales en el hombre y medios de conservar la salud. T. II. Traducido por Luis María Mexía, 1806.

Tovar Martín (1983-1986)

TOVAR MARTÍN, Virginia: *Inventario artístico de Madrid capital* T. I, II. Madrid, Ministerio de Cultura. Dirección General de Bellas Artes y Archivos, 1983, 1986.

Trillo (1990)

TRILLO, Juan Luis: «La composición neoclásica, la arquitectura de pabellón y otros proyectos», *Arquitectura sanitaria en Andalucía. Centros de Atención Primaria*. Sevilla, Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud, 1990, pp. 39-48.

Ubieto Arteta (1966)

UBIETO ARTETA, Antonio: *Los primeros años del hospital de Sta. Cristina del Somport*. Pamplona, Diputación Foral de Navarra, Consejo de Cultura de Navarra. Separata de la *Revista Príncipe de Viana* n° 104 y 105, 1966, pp. 267-276.

Udina Martorell (1970)

UDINA MARTORELL, Federico: «Los precedentes del hospital de Santa Cruz», *El hospital de Santa Cruz y S. Pablo. El hospital de Barcelona*. Barcelona, Gustavo Gili, 1970, pp. 17-22.

Ulrich (1996)

ULRICH, Beth T.: *Liderazgo y dirección según Florence Nightingale*. Barcelona, Masson, 1996.

Uría Riu (1993)

URÍA RIU, Juan et aliter: *Las peregrinaciones a Santiago de Compostela*. T. I, Madrid, C.S.I.C., 1948. Ed. Facsímil Gobierno de Navarra, 1993.

Urquijo Goitia (1984)

URQUIJO GOITIA, José Ramón: «Madrid ante la epidemia de cólera de 1854-56» en PESET, J.L.: *Enfermedad y castigo*. Madrid, C.S.I.C. Instituto Arnau de Vilanova, 1984.

Valdivieso y Serrera (1980)

VALDIVIESO, E. y SERRERA, J.M.: *El Hospital de la Caridad de Sevilla*. Sevilla, 1980.

Valenzuela Candelario (1996)

VALENZUELACANDELARIO, José: *Pobreza y asistencia benéfica: el hospital de S. Sebastián de Écija. 1813-1942*. Secretariado de Publicaciones, Universidad de Sevilla, 1996.

Valzania (1792)

VALZANIA, Fco. Antonio de: *Instituciones de arquitectura*. Madrid, Imp. de Sancha, 1792.

Valladares Roldán (1979)

VALLADARES ROLDÁN, Ricardo: *Hospital Provincial de Madrid*. Diputación Provincial de Madrid, 1979.

Vallecillo Capilla y Olagüe de Ros (1982)

VALLECILLO CAPILLA, Manuel y OLAGÜE DE ROS, Guillermo: «Política demográfica y realidad social en la España del s. XVIII: la asistencia al niño expósito en Granada (1753-1808)», *Dynamis*, vol. 2, Universidad de Granada 1982, pp. 211-240.

Vázquez de Parga, Lacarra y Uría Riu (1993)

VÁZQUEZ DE PARGA, Luis, LACARRA, José M^a. y URÍA RIU, Juan: *Las peregrinaciones a Santiago de Compostela*. T. I-III, C.S.I.C., 1948, Ed. facsímil Gobierno de Navarra, 1993.

Verdier (1858-1864)

VERDIER, Aymar: *Architecture civile et domestique au Moyen age et a la Renaissance*. T. I, II, París, 1858, 1864.

Vernet (1992)

VERNET, Juan: «El legado del Islam en España». *Al-Andalus. Las artes islámicas en España*. Madrid, El Viso, 1992, pp. 173-187.

Verrié (1970)

VERRIÉ, F.P.: «La casa de convalecencia», *El hospital de Santa Cruz y S. Pablo. El hospital de Barcelona*. Barcelona, Gustavo Gili, 1970, pp. 127-131.

Vidler (1994)

VIDLER, Anthony : *Ledoux*. Madrid, Akal, 1994.

Vidler (1997)

- *El espacio de la Ilustración. La teoría arquitectónica en Francia a finales del s. XVIII*. Madrid, Alianza Editorial, 1997.

Vigo Trasancos (1984)

VIGO TRASANCOS, Alfredo: *Arquitectura y urbanismo en el Ferrol del s. XVIII*. Vigo, Colexio Oficial de Arquitectos de Galicia, 1984.

Vila (1984)

VILA, Soledad: *La ciudad de Eiximenis: un proyecto teórico de urbanismo en el s. XIV*. Diputación Provincial de Valencia, 1984.

Vilar (1992)

VILAR, Juan Bautista: *Mapas, planos y fortificaciones hispánicas de Marruecos (s. XVI-XX)*. Madrid, Ministerio de Asuntos Exteriores, 1992.

Villalón (1965)

VILLALÓN, Cristóbal de: *Viaje de Turquía*. 1557. Madrid, Espasa Calpe, 1965.

Villanueva (1979)

VILLANUEVA, Diego de: *Colección de diferentes papeles críticos sobre todas las partes de arquitectura* (Valencia 1766). Madrid, Publicaciones de la Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando, 1979.

Virgili Blanquet (1979)

VIRGILI BLANQUET, M^a Antonia: *Desarrollo urbanístico y arquitectónico de Valladolid (1851-1936)*. Ayuntamiento de Valladolid, 1979.

Vitruvio Polión (1787-1987)

VITRUVIO POLIÓN, Marco: *Los diez libros de arquitectura*. Ed. de José Ortiz y Sanz. 1787, Imprenta Real; ed. facsímil, prólogo de Delfin Rodríguez Ruiz; Madrid, Akal, 1987.

Vives (1526)

VIVES, Juan Luis: *Tratado del socorro de pobres*. Brujas 1526. Traducción Dr. Juan de Gonzalo Nieto Ybarra. Valencia.

VV.AA (1906)

VV.AA.: "Breve nota comparativa de la mortalidad entre la población civil y la militar de Málaga" en *I Congreso Provincial de Higiene de Málaga*, Málaga, Tip. Victoriano Giral, 1906, pp. 87-92.

VV.AA (1988)

VV.AA.: *Carlos III y la Ilustración*. Catálogo. T. II, Barcelona, Ministerio de Cultura, 1988.

VV.AA (1991)

VV.AA.: *La recuperación del Hospital de S. Carlos*. Madrid. INAP, 1991.

VV.AA (1992 a)

VV.AA: *Hacia una nueva idea de la arquitectura. Premios generales de arquitectura de la Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando (1753-1831)*. Madrid, Real Academia de Bellas Artes de S. Fernando, Comunidad de Madrid, 1992.

VV.AA (1992 b)

VV.AA: *La arquitectura del Renacimiento en Andalucía. Andrés de Vandelvira y su época*. Sevilla, Junta de Andalucía, 1992.

VV.AA (1992 c)

VV.AA: *Las propuestas para un Madrid soñado: de Texeira a Castro*. Madrid, Centro Cultural Conde Duque, 1992.

Weber (1987)

WEBER, Max: *La ciudad*. Madrid, La Piqueta, 1987.

Wilkinson (1977)

WILKINSON, Catherine: *The hospital of Cardinal Tavera in Toledo*. Garland Publishing, New York and London, 1977.

Yarza (1987)

YARZA, Joaquín: *Arte y Arquitectura en España. 500-1250*. Madrid, Manuales Arte Cátedra, 1987.

Zamorano Rodríguez (1993)

ZAMORANO RODRÍGUEZ, M^a Luisa: *His-*

toria del hospital de S. Juan Bautista de Toledo durante el s. XVI. Ed. Universidad Complutense 1993

Zaragoza Rubira (1966)

ZARAGOZA RUBIRA, Juan Ramón: «La medicina española medieval según los relatos de viajeros extranjeros», *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, vol. V. Universidad de Salamanca 1966, pp. 27-76.

Zaragoza Rubira (1972)

- «Restos de la medicina clásica en el occidente medieval europeo» en LAÍN ENTRALGO, P.: *Historia universal de la medicina*, T. III, Barcelona, Salvat 1972, pp. 169-179.

Zaragoza Rubira (1989)

- «Evolución histórica de la asistencia hospitalaria», *Los hospitales de Sevilla*. Sevilla, Real Academia Sevillana de Buenas Letras, 1989, pp. 129-141.

Zárate Martín (1991)

ZÁRATE MARTÍN, Antonio: *El espacio interior de la ciudad*. Madrid, Síntesis, 1991.

Zavala Lafora (1947)

ZAVALA LAFORA, Juan de: «La evolución de las ideas para la construcción de hospitales. El hospital en bloque», *Revista Nacional de Arquitectura* VI, n^o 62, Madrid 1947, pp. 87-93.

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN Y ENVÍO DE ORIGINALES

1. Los textos se presentarán mecanografiados en folios, a doble espacio, acompañados de un disquete de 3.5, cd-rom, o soporte informático análogo, preferentemente en «word» o «word perfect». Se entregarán libre de erratas; en principio, no se corregirán pruebas. La extensión deberá ajustarse, estrictamente, a las exigencias del trabajo, reduciéndose a lo indispensable la reproducción de documentos.

2. Las notas se imprimirán (por exigencias de la composición) al final del texto; las obras reseñadas en ellas recogerán, solo, los apellidos de los autores, año de publicación entre paréntesis y las páginas, ya que se citarán, en extenso, en la bibliografía que cierra el artículo. Las referencias irán precedidas de la mención abreviada de la obra; se consignarán luego, en mayúsculas los apellidos de los autores, en minúsculas los nombres (preferiblemente de forma completa), en cursiva los títulos si se trata de libros y entre comillas si son artículos de revista o capítulos de libros; finalmente, se incluirá la ciudad de publicación seguida de la editorial y del año; otros casos se resolverán siguiendo las normas establecidas.

3. Las ilustraciones que se adjunten tendrán la calidad necesaria para que puedan reproducirse dignamente, numeradas y acompañadas de los pies. La dirección de la revista se reserva la facultad de realizar las supresiones y alteraciones que se juzguen precisas.

4. En los artículos, junto al nombre del autor, podrá aparecer el centro universitario o institución a la que esté vinculado. Si están elaborados en el seno de algún departamento de Historia del Arte o bajo la dirección de un profesor podrán venir acompañados de una carta avalando la calidad de los mismos. Por otra parte vendrán precedidos de un breve resumen (entre 10 y 15 líneas), si es posible en inglés.

5. Los trabajos se dirigirán al director de *Cuadernos de Arte e Iconografía*. Seminario de Arte Marqués de Lozoya de la Fundación Universitaria Española. Alcalá, 93. 28009. MADRID. La dirección de la revista se reserva el derecho y plazo de publicación pudiendo proceder, en caso necesario, a la devolución de los originales.

FICONOFUE
[FICHERO ICONOGRÁFICO DE LA
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA ESPAÑOLA]

Base de datos, en continua expansión. Contiene un archivo de referencias e imágenes (actualmente cerca de 80.000 registros) de valor iconográfico, accesibles a través de su página web: www.ficonofue.com. Se inicia con el siguiente,

AVISO LEGAL

Todos los derechos de propiedad industrial e intelectual de la website www.ficonofue.com, así como de los elementos contenidos en ella (que comprenden entre otros, imágenes, software y textos), pertenecen a la Fundación Universitaria Española o, en su caso, a terceras personas o instituciones.

Todos los elementos contenidos en la website son difundidos por la Fundación Universitaria Española con fines exclusivamente científicos o docentes, en ningún caso comerciales.

Sin perjuicio de los derechos reconocidos por la legislación vigente, el usuario de website no podrá utilizar ninguno de los elementos comprendidos en la misma con fines comerciales, o proceder entre otros, a su distribución, reproducción, modificación o descompilación, sin previa autorización de los legítimos propietarios.

Las imágenes se reproducen en baja resolución, aptas para su estudio pero no para ser impresas.

El FICONOFUE comienza con un formulario de búsqueda avanzada que consiente acceder a la mayoría de los campos indicados en él. Destacan dos: tema y autor. Pero cabe acudir directamente a otros: áreas y ciclos (a los que se vinculan los asuntos), cronología, localización, géneros, técnicas, número de registro, bibliografía, etc. Es factible, aparte, realizar sugerencias.

La búsqueda conduce a una página de resultados con bloques de registros (pueden verse varios a la vez) que permiten una revisión rápida para recuperar, a través del tema, la ficha detallada. En ella puede contemplarse la obra en proporciones reducidas y leerse los datos esenciales en columna, con la referencia bibliográfica utilizada para registrarla y obtener la imagen (cuando se dispone de ella), reproducida a gran tamaño en la parte inferior.

Se nutre con datos e imágenes de pinturas, esculturas dibujos, estampas y obras de otros géneros que puedan tener valor iconográfico. La información se recaba de fuentes muy diversas, mediante varios procedimientos; se intenta incorporar el acervo contenido en los museos, colecciones, templos, repertorios de grabados etc, sin olvidar las novedades que se ofrecen en las exposiciones temporales; también se tienen en cuenta las citas (con o sin ilustraciones) que figuran en publicaciones especializadas (como monografías de artistas), revistas científicas, documentos procedentes de los archivos, etc. Los testimonios se brindan a título gratuito dentro de la labor de difusión cultural que lleva a cabo la Fundación Universitaria Española, contando con colaboraciones de diferentes comunidades autónomas. Se dirige, principalmente, a estudiantes e investigadores de Historia del Arte vinculados a departamentos universitarios, museos y otras instituciones culturales; pero puede resultar útil a personas de otras disciplinas. Sus contenidos y didacticismo lo hacen igualmente atractivo para el público en general.

Se elabora en el Seminario de Arte e Iconografía «Marqués de Lozoya», de la Fundación Universitaria Española, por un equipo de becarios y colaboradores procedentes de diversos departamentos de Historia del Arte bajo la dirección de José Manuel Pita Andrade, Catedrático de Universidad y Patrono de la Fundación.

PUBLICACIONES DE ARTE DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA ESPAÑOLA

CUADERNOS DE ARTE E ICONOGRAFÍA [CAIFUE]

Revista semestral publicada desde 1988. Cada tomo contiene dos números, algunos con trabajos de carácter monográfico. Los tomos II (1989), IV (1991) y VI (1993), de mayor extensión, recogen las comunicaciones y ponencias desarrolladas, respectivamente, en los I, II y III *Coloquios de Arte e Iconografía* que tuvieron lugar el año anterior a su impresión. Precio de cada número normal, 10 €. Los correspondientes a los Coloquios, 15 €.

CUADERNOS DE ARTE DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA

Fascículos que abordan cuestiones de carácter, generalmente, monográfico. Precio de cada uno, 3 €.

1. El Marqués de Lozoya. *Semblanzas y Bibliografía*. Madrid, 1985, 142 pp., ilustr., agotado.
2. SANTIAGO SEBASTIÁN LÓPEZ: *La visión emblemática del Amor Divino según Vaenius*. Madrid, 1985, 52 pp., ilustr., Agotado.
3. JOSÉ ÁLVAREZ LOPERA: *La Pasión de Cristo en la pintura del Greco*. Madrid, 1985, 44 pp., ilustr.,
4. VV.AA.: *Pedro Berruguete*. Madrid, 1985, 100 pp.
5. LUCÍA GARCÍA DE CARPI: *Julio Antonio: Monumentos y proyectos*. Madrid, 1985, 56 pp., ilustr.,
6. MARÍA DOLORES JIMÉNEZ-BLANCO: *La vida y la obra del pintor Francisco Pons Arnau*. Madrid, 1985, 48 pp., ilustr.,
7. ANTONIO MORENO GARRIDO: *La iconografía de la Inmaculada en el grabado granadino del siglo XVII*. Madrid, 1986, 52 pp., ilustr.,
8. ROSARIO CAMACHO MARTÍNEZ: *La emblemática y la mística en el Santuario de la Victoria en Málaga*. Madrid, 1986, 52 pp., ilustr.,

9. JOSÉ HERNÁNDEZ DÍAZ: *La iconografía mariana en la escultura hispalense de los siglos de oro*. Madrid, 1986, 50 pp., ilustr.,
10. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ DE LA OSA: *Aportaciones para el estudio de la cronología del románico en los reinos de Castilla y León*. Madrid, 1986, 130 pp.,
11. ESPERANZA NAVARRETE MARTÍNEZ: *La pintura en la prensa madrileña de la época isabelina*. Madrid, 1986, Agotado.
12. ANTONIO MORENO GARRIDO Y MIGUEL ÁNGEL GAMONAL TORRES: *Velázquez y la familia real a través de un epistolario de Felipe IV*. Madrid, 1988, 58 pp., ilustr.,
13. MARÍA LUZ MARTÍN CUBERO: *Alejo Fernández*. Madrid, 1988, 66 pp.,
14. JESÚS GUTIÉRREZ BURÓN: *Antonio Palacios Ramilo en Madrid*. Madrid, 1984, 60 pp., 22 ilustr. Rust.
15. ALICIA CÁMARA MUÑOZ: *Ensayo para una historia de la historiografía del manierismo*. Madrid, 1988, 39 pp.,

TESIS DOCTORALES “CUM LAUDE”

1. MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ JUSTICIA: *La vida de la Virgen en la escultura granadina*. Madrid, 1996, 322 pp., 50 láminas. 20 €.
2. ANA ISABEL ÁLVAREZ CASADO: *Bibliografía artística del franquismo. Publicaciones Periódicas entre 1936-1948*. Madrid, 1998, 515 pp., ilustr. Rúst. 20 €.
3. AMELIA ARANDA HUESTE: *La Joyería en la corte durante el reinado de Felipe V e Isabel de Farnesio*. Madrid, 1998, 569 pp., ilustr. Rúst. 20 €.
4. FRANCISCA GARCÍA JÁÑEZ: *Repertorio Iconográfico de escritores románticos españoles*. Madrid, 1998, 319 pp., ilustr. Rúst. 20 €.
5. LETICIA RUIZ GÓMEZ: *La colección de estampas devocionales de las Descalzas Reales de Madrid*. Madrid, 1998, 319 pp., ilustr. Rúst. 20 €.
6. ESPERANZA NAVARRETE MARTÍNEZ: *La Academia de Bellas Artes de San Fernando y la pintura en la primera mitad del siglo XIX*. Madrid, 2000, 600 pp., ilustr. Rúst. 20 €.
7. SARA MUNIAIN EDERRA: *El programa escultórico del Palacio Real de Madrid y la Ilustración Española*. Madrid, 2000, 376 pp., ilustr. Rúst. 20 €.
8. JUAN JESÚS LÓPEZ-GUADALUPE MUÑOZ: *Altar Dei. Los frontales de mesas de altar en la Granada barroca*. Madrid, 2001, 400 pp., ilustra. 20 €.
9. EVA J. RODRÍGUEZ ROMERO: *El Jardín Paisajista y las Quintas de recreo de los Carabancheles: La posesión de Vista Alegre*. Madrid, 2000, 544 pp., ilustr. Rúst. 20 €.

10. MARÍA DEL MAR DE NICOLÁS: *Mariano Fortuny y Madrazo. Entre la modernidad y la tradición*. Madrid, 2001, 242 pp. ilustr. 20 €.
11. PAULA REVENGA DOMÍNGUEZ: *Pintura y pintores toledanos de la segunda mitad del siglo XVII*. Madrid, 2001, 494 pp., ilustr. Rúst. 20 €.
12. CARLOS CHOCARRO BUJANDA: *La búsqueda de una identidad La escultura entre el gremio y la academia (1741-1833)*. Madrid, 2001, 352 pp. ilustr. Rúst. 20€.
13. DOLORES MARÍA DEL MAR MÁRMOL MARÍN: *Joyas en las colecciones reales de Isabel la Católica a Felipe II*. Madrid, 2001, 588 pp., ilustr. Rúst. 20 €.
14. CARMEN RALLO GRUSS: *Aportaciones a la técnica y estilística de la Pintura Mural en Castilla a final de la Edad Media. Tradición e Influencia Islámica*. Madrid, 2002, 490 pp., ilustr. Rúst. 20€.
15. JUAN MANUEL MARTÍN GARCÍA: *Arte y diplomacia en el reinado de los Reyes Católicos*. Madrid, 2002, 477 pp., ilustr. Rúst. 20 €.
16. MARÍA ÁNGELES SANTOS QUER: *La ilustración en los libros de la imprenta de Alcalá en el siglo XVI*. Introducción y catálogo. Madrid, 2003, 633 pp., ilustr. Rúst. 20 €.
17. ARÁNZAZU PÉREZ SÁNCHEZ: *El Liceo artístico y literario de Madrid (1837-1851)*. Madrid, 2005, 546 pp., 20 €.
18. FERNANDO GUTIÉRREZ BAÑOS: *Aportación al estudio de la Pintura de estilo Gótico Lineal en Castilla y León: precisiones cronológicas y corpus de pintura mural y sobre tabla*. Madrid, 2005, Tomo 1, 496 pp.; Tomo II, 485 pp., ilustr. Rúst., (CI), Los dos tomos, 30 €.
19. MARÍA FERNANDA PUERTA ROSSELL: *Platería madrileña, colecciones de la segunda mitad del siglo XVII*. Madrid, 2005, 372 pp., ilustr. Rúst., 20 €.
20. JOSÉ FERNANDO GABARDÓN DE LA BANDA: *El tema de la Piedad en las artes plásticas del territorio diocesano hispalense*. Madrid, 2005, 478 pp., ilustr. Rúst., 20 €.
21. MARÍA A. VIZCAÍNO VILLANUEVA: *El pintor en la sociedad madrileña durante el reinado de Felipe IV*. Madrid, 2005, 490 págs. Rúst., 20 €.
22. MARÍA JESÚS MUÑOZ GONZÁLEZ: *La estimación y el valor de la pintura en España 1600-1700*. Madrid, 2006, 292 pp., CD-ROM con tablas de datos y consultas, Rúst., 20 €.

OTRAS PUBLICACIONES

MARQUES DE LOZOYA: *Mariano Fortuny*. Madrid, 1975, 44 pp., ilustr. color. 3 €.

- JOSÉ E. GARCÍA MELERO: *Aproximación a una bibliografía de la pintura española*. Madrid, 1978, 1.168 pp., 20 €. .
- ANA DOMÍNGUEZ: *Libros de horas del siglo XV en la Biblioteca Nacional*. Madrid, 1979, 141 pp., ilustr.; color. Agotado.
- EDWARD COOPER: *Castillos señoriales de Castilla, Siglos XV y XVI*. Traducción de Juan M. Madrazo. Madrid, 1980, Tomo I, 732 pp.; Tomo II, 812 pp., ilustr., planos. Agotado.
- GLORIA GENDE FRANQUEIRA: *El arte religioso en la Mahía*. Madrid, 1981, 544 pp., ilustr. 10 €.
- I Encuentro Internacional de Psicosociología del Arte*. Madrid, 1981, 188 pp., ilustr.; 15 €.
- YVES BOTTINEAU: *El arte cortesano en la España de Felipe V (1700-1746)*. Madrid, 1986, Traducción y notas de Concepción Martín Montero. 760 pp., 132 ilustr., 20 €.
- JOSÉ ÁLVAREZ LOPERA: *De Ceán a Cossio: La fortuna crítica del Greco en el siglo XIX. El Greco; textos, documentos y bibliografía*. volumen II, Madrid, 1987, 610 pp., 15 €.
- JOSÉ MANUEL PITA ANDRADE: *Goya y sus primeras visiones de la historia*. Madrid, 1989, 63 pp., 3 €.
- SUZANNE STRATTON: *La Inmaculada Concepción en el arte español*. Madrid, 1989. Traducción de José L. Checa Cremades. 128 pp., 40 láminas. Agotado.
- CLAUDE BÉDAT: *La Real Academia de Bellas Artes de San Fernando (1744-1808)*. Madrid, 1989, Prólogo por Enrique Lafuente Ferrari, 484 pp., 64 ilustr., 20 €..
- JOSÉ MARÍA RUIZ MANERO: *Pintura italiana del siglo XVI en España: I Leonardo y los leonardescos*. Madrid, 1992, volumen I, 125 pp., Agotado.
- JOSÉ MARÍA RUIZ MANERO: *Pintura italiana del siglo XVI en España: II Rafael y su escuela*. Madrid, 1992, volumen II, 263 pp., Agotado.
- MANUEL GUERRA: *Simbología románica*. Madrid, 1993, 2ª edición, 484 pp., 59 ilustr., Rust. Agotado.
- MARÍA TERESA MALDONADO: *La platería burgalesa: Plata y plateros en la Catedral de Burgos*. Madrid, 1994, 305 pp., 20 €.
- JAVIER PORTÚS \ JESUSA VEGA: *La estampa religiosa en la España del Antiguo Régimen*. Madrid, 1998, Agotado.
- JUAN DE VILLANUEVA Y FERNANDO CHUECA GOITIA: *El edificio del Museo del Prado*. Madrid, 2003, 122 pp., 29 ilustr. Rústica. 10 €.
- ÁNGEL RODRÍGUEZ REBOLLO: *Las colecciones de pintura de los Duques de Montpensier en Sevilla (1866-1892)*. Madrid, 2005, 408 pp., 92 ilustr. Rústica. 20 €.