

**El Primer Congreso Nacional de Sanidad
(Madrid, 1934) como sanción de la profesionalización
médico-social en España**

POR

E. RODRIGUEZ OCAÑA y A. MENENDEZ NAVARRO

Publicado en la REVISTA DE SANIDAD E HIGIENE PUBLICA

NOVIEMBRE-DICIEMBRE : — : Año LX

MADRID

1 9 8 6

El Primer Congreso Nacional de Sanidad (Madrid, 1934) como sanción de la profesionalización médico-social en España

ESTEBAN RODRIGUEZ OCAÑA * y ALFREDO MENENDEZ NAVARRO **

1. SOBRE EL DESARROLLO DE LA ESPECIALIZACION MEDICO-SOCIAL EN ESPAÑA CON ANTERIORIDAD A 1936

Entre las distintas variables que definen sociológicamente un sector especializado dentro de una determinada profesión, en nuestro caso higienistas o médicos sociales dentro de la Medicina, no es la menos importante la de configuración de puestos de trabajo exclusivos. En un primer momento, dicha exclusividad habrá de entenderse en sus fines u objetivos (por ejemplo: inspector provincial de Sanidad), para, en etapas temporalmente sucesivas, pasar a convertirse en restricción de acceso (en el mismo ejemplo: titulación por la Escuela Nacional de Sanidad exigible para ocupar la plaza).

Durante la mayor parte del siglo XIX, en particular a partir de la Ley de Sanidad de 1855, la única ocupación propia para higienistas, por sus fines explícitos, fue la de médicos de las Juntas sanitarias de litoral, sitas en los distintos puertos de mar, y la de los lazaretos de San Simón (Vigo) y Mahón habilitados para el control de las enfermedades infecciosas «exóticas» o importadas por la navegación. No se requirió formación específica alguna para esos puestos, que eran subordinados técnicos de la autoridad.

En el interior, y hasta 1904, las competencias en materia higiénica estaban distribuidas entre los distintos niveles de la Administración, incluyendo las Reales Academias de Medicina. En casos de emergencia, ante la aparición de enfermedades catastróficas, se alzaban Juntas de Sanidad, que con el tiempo se hicieron permanentes, donde los médicos, farmacéuticos y veterinarios titulares de las respectivas poblaciones cubrían apenas una misión de consejo técnico, las más de las veces sin tener siquiera derecho a voto.

* Profesor titular de Historia de la Medicina. Departamento de Historia de la Medicina. Universidad de Granada.

** Licenciado en Medicina y Cirugía. Granada.

A su nivel, poco más que un asesor especializado era el responsable de la Dirección General del ramo (primero: Beneficencia y Sanidad, más tarde independizada, luego reformada en una o dos Inspecciones Generales de Sanidad, y finalmente repuesta como Dirección General en 1922) a efectos de gobierno, por la escasa cuantía de su asignación presupuestaria y su ínfima dotación humana. Hasta 1925 (Reglamento de Sanidad Provincial) no se dispuso la organización unificada de las distintas estructuras sanitarias de ámbito provincial que habían ido surgiendo desde la publicación de la Instrucción General de Sanidad de 1904 (Inspecciones Provinciales de Sanidad, Laboratorios de Higiene, Institutos de Vacunación, Brigadas Sanitarias...) apareciendo así los *Institutos Provinciales de Higiene* como responsables periféricos del control de riesgos sanitarios, sometidos, a su vez, a la Dirección General.

Las tres primeras décadas de nuestro siglo conocieron, igualmente, el desarrollo de numerosos servicios e iniciativas médico-sociales, cuyo grado de vinculación con esa proto-administración sanitaria era somero, cuando no inexistente.

La lucha antituberculosa, uno de los grandes capítulos médico-sociales, discurría en la práctica al margen de la organización sanitaria: En 1923 los únicos establecimientos creados y mantenidos por el Estado eran los sanatorios de Oza y Pedrosa y se disponían anualmente unas cien mil pesetas para dotar a la Comisión Permanente contra la Tuberculosis, organismo consultivo adscrito a la Inspección (Dirección) General de Sanidad (1). Tanto la financiación como la dotación de plazas en los dispensarios y en los restantes sanatorios se atendían de modo filantrópico (asociaciones varias, institución del «Día de la Flor», etc.). Igual ocurría con la lucha antivenérea, desde que en 1924 se publicó el Reglamento mandado por la Ley de Bases para la reglamentación de la profilaxis pública de las enfermedades venereo-sifilíticas de 13 de marzo de 1918 (2). Las campañas contra la mortalidad infantil, otro de los ejes centrales de la preocupación sanitaria, igualmente se desarrollaban a nivel local por el concurso de filántropos, el entusiasmo de determinados profesionales y el apoyo más o menos explícito de los Ayuntamientos y, en parte, del Consejo Superior de Protección a la Infancia creado por Ley en 1904 (3). Otro tanto sucedía con la lucha anticancerosa, mientras que la lucha contra el paludismo había determinado la aparición de estructuras orgánicas peculiares (la Comisión especial encargada del saneamiento de todas las regiones palúdicas de España, creada por Real Orden de 23 de agosto de 1920, y la Comisión central de la lucha antipalúdica —con

(1) MOLERO MESA, J. (1984). *Aproximación a la historia de la lucha antituberculosa en España (1874-1923)*. Granada, Trabajo del Curso de Doctorado de Historia de la Medicina (inédito).

(2) BERTOLOTTY, R. (1931). «La organización antivenérea en España». *Medicina Ibero*, 25 (núm. 697) CCLXIII-IX; núm. 698, CCXCIII-VII; núm. 700, CCCLI-III.

(3) RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1984). «Aspectos sociales de la Pediatría española anterior a 1936». *Primera Reunión de Historia de la Ciencia y la Técnica de los países ibéricos e iberoamericanos*. Madrid, 25-28 de septiembre de 1984. (En prensa.)

ramificaciones provinciales y locales— desde 14 de junio de 1924) (4); cuyos dispensarios eran mantenidos (art. 21 de su Reglamento, decretado el 13 de diciembre de 1924) por los Institutos Provinciales de Higiene, las Diputaciones, los Municipios y por instituciones benéficas o por iniciativa particular, conservando en cualquier caso autonomía financiera. Aun cuando están por acometer valoraciones críticas del desarrollo de la lucha antipalúdica, puede suponerse, por analogía con lo que aconteció en los restantes campos mencionados, que el peso de las aportaciones benéficas, entre otras la procedente de la Fundación Rockefeller (5), debió ser decisivo.

Fue obra de la República, siguiendo la línea marcada por el gobierno provisional de coalición, la racionalización de este panorama mediante la incorporación al Estado (Dirección General de Sanidad) de la asistencia preventiva en todos sus ramos, el fortalecimiento de los Institutos provinciales, a los que se adscribieron como secciones los distintos servicios específicos, y el desarrollo de la atención sanitaria especializada en el medio rural a través de los *Centros de Higiene*. La elevación de los presupuestos destinados a la mencionada Dirección General, que pasaron de dos millones y medio de pesetas en 1916 y diez millones en 1929 y 1930 a quince y treinta y un millones y medio en 1932 y 1933 (6), junto con la aprobación de la Ley de Coordinación Sanitaria en 1934 y su Reglamento de 14 de junio de 1935, resumen esta política. El análisis cuantitativo, por materias, de la evolución de la legislación española en materia de sanidad desde 1804 a 1936 (7) muestra, asimismo, que fue la legislación sobre servicios preventivos la contribución más novedosa de la Sanidad republicana.

En este contexto, la especialización médico-social quedó delimitada por la existencia de una cierta estructura con competencias en la prevención y control sanitario —coronada administrativamente por una Subsecretaría de Sanidad (desde septiembre de 1933) y aun un efímero Ministerio del ramo en 1936—, así como por el encauzamiento que en el terreno de la formación profesional suministraban los títulos y diplomas de la Escuela Nacional de Sanidad (abierta en 1931, aunque su creación legal databa de varios años atrás). En este mismo terreno, no debemos olvidar la labor docente ejercida con anterioridad por el Instituto Nacional de Higiene «Alfonso XIII» (fundado en 1899), en particular desde 1917.

Resulta comprensible el afán ejemplarizador que desde la conciencia de «ser diferentes» a sus colegas que ejercían medicina curativa, como médicos

(4) PEÑA, J. DE LA (1926). *Legislación sanitaria vigente de Medicina*. Avila, Tip. y Enc. de Senén Martín, pp. 227-228.

(5) «La gestión para introducir fondos de la Rockefeller en España fue responsabilidad de la Dirección general de Murillo Palacios, durante el régimen de Primo de Rivera», *cfr.* RICO AVELLO, C. (1969). *Historia de la Sanidad española 1900-1925*. Madrid, Imp. E. Giménez, p. 335.

(6) RICO AVELLO, *op. cit.*, p.173; PASCUA, M. (1933). «El presupuesto de Sanidad». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 8/1, 59-65.

(7) Según A. de Lorenzo, citado por MARTÍNEZ NAVARRO, J. F. (1977). «La Sanidad en España». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 51, 777-817.

preventivos, y desde la voluntad de unificación corporativa (el cuerpo de Sanidad Nacional sería creado un año después; en esos momentos servían juntos profesionales pertenecientes a distintas escalas y cuerpos: fisiólogos, puericultores, venerólogos, etc.) condujo a sus organizadores a bautizar la reunión de 1934 como «Primer Congreso Nacional de Sanidad».

A continuación vamos a analizar dicha manifestación, recordando su impronta en los medios de comunicación profesionales (médicos) de la época, y singularmente escudriñando los asistentes a la misma para ofrecer una imagen objetiva de lo que pudo ser la Medicina Social en la España de la Segunda República.

2. EL PRIMER CONGRESO NACIONAL DE SANIDAD (MADRID, MAYO DE 1934). ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO

No podemos documentar la procedencia de la iniciativa que puso en marcha dicha reunión. Aparece como una decisión de la Dirección General de Sanidad a finales de 1933, quien nombra un Comité ejecutivo presidido por Enrique Bardají López, a la sazón inspector provincial de Higiene de Madrid. Junto a él dos funcionarios de Sanidad Exterior, los doctores José Souto y Federico Beato, destinados en el puerto de La Coruña; otros dos inspectores provinciales, Aurelio Boned (de Toledo) y Luis Suárez de Puga (de Guadalajara), así como dos miembros de la plantilla del Instituto Nacional de Higiene, Emilio Luengo y José Román Manzanete. El puesto de secretario del Comité ejecutivo recayó en Luis Nájera Angulo, secretario de redacción del boletín técnico de la Dirección General de Sanidad, esto es, la *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, y director del Centro Secundario de Higiene de Sigüenza (Guadalajara) (8).

La andadura del Comité no se vio afectada por los cambios gubernamentales ocurridos durante su período de vida, de manera que pudo cumplir sus tareas conforme a la programación nacida de sus primeras reuniones: proyecto de reglamento de régimen interno y de reglamento del Congreso, determinación de las ponencias oficiales (aprobadas por Orden ministerial de 3 de noviembre de 1933 y reformadas ligeramente en enero siguiente) (9), designación de los responsables de desarrollarlas y, finalmente, acuerdo sobre la presidencia de las distintas secciones. En febrero de 1934 se tuvo una reunión amplia con todos los propuestos para ocupar la mesa de las mismas y otros selectos invitados entre los que destacaban anteriores directores generales de Sanidad, como Palanca y Horcada (10).

El Congreso se planteó en torno a nueve temas o secciones (organización sanitaria, higiene urbana, sanidad rural, sanidad de puertos y fronteras,

(8) «Congreso Nacional de Sanidad (El)» (1933). *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 8/2, 426.

(9) *Ibid.*, 535-536; 9/1, 87-89.

(10) *Ibid.*, 9/1, 186-188.

estadística y epidemiología, medicina preventiva, legislación y administración sanitarias y sección científica) a las que se llegaron a presentar 296 comunicaciones (11). Las ponencias oficiales, encargadas por la organización y conteniendo unas conclusiones para ser aprobadas por el Congreso y remitidas luego a la superioridad como expresión mayoritaria de la profesión, fueron igualmente nueve; pero no coincidieron exactamente con los temas sectoriales. Se refirieron, respectivamente, a estaciones sanitarias de puertos y fronteras, defensa contra las enfermedades importables, incorporación a Sanidad Nacional de los servicios sanitarios coloniales, calificación sanitaria del agua potable, organización de servicios de higiene rural, de higiene infantil y de lucha antituberculosa, organismos centrales de investigación y enseñanza sanitarias y, por último, seguro de enfermedad.

La celebración fue un magno acontecimiento que reunió a unos 1.500 asistentes durante una semana, entre el 6 y 12 de mayo de 1934, con las sesiones del Congreso acompañadas por las quince asambleas profesionales celebradas al mismo tiempo (por miembros de los distintos cuerpos: médicos rurales, ingenieros y arquitectos diplomados, odontólogos, puericultores, administrativos sanitarios, médicos de la lucha antivenérea y otros tantos) y, en fin, por toda la ritual parafernalia de actos de gala, visitas y banquetes.

Correspondió a Bardají y Nájera, en su calidad de directores de la organización, la apertura y cierre del Congreso, junto con las más protocolarias intervenciones de las distintas autoridades gubernativas. De acuerdo con el reparto previo de funciones fue Nájera el concreto en ambas ocasiones. En la primera señaló los objetivos del Congreso: su voluntad de definir técnicamente —por tanto «con serenidad»— los problemas y sus soluciones con la mayor eficacia, así como la oportunidad de reflexionar sobre el curso seguido por la Sanidad española, fuertemente determinado por la implantación de la República (él se refirió expresivamente al «vigoroso impulso» recibido de los gobiernos republicanos). En la sesión de clausura le cupo la presentación y glosa de los acuerdos alcanzados en la discusión de las sucesivas ponencias. Al presidente, por su parte, quedó reservada la expresión del reconocimiento a las múltiples colaboraciones recibidas, con particular énfasis en la oportunidad histórica de semejante reunión, asentada sobre el trabajo de varias generaciones de sanitarios, entre los que fue enfáticamente singularizado Manuel Martín Salazar (1854-1936).

Desde las páginas de *El Siglo Médico* respondía aquél el 12 de mayo, admirando la noble generosidad de Bardají y recordando que «el médico individual... se ha transformado en el médico de carácter social, que se preocupa además de la salud de las grandes colectividades». Para Martín Salazar, jubilado de la organización sanitaria por el primer directorio militar de Primo de Rivera, el Congreso Nacional de Sanidad debía servir para mostrar «nuestro grado de civilización», y no sólo las excelencias técnicas de

(11) ESTELLÉS, J. (1934). «Apostillas al Primer Congreso Nacional de Sanidad». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 9/1, 385-388.

los médicos españoles, por la transcendencia social que las ciencias médicas alcanzaban en el día, en especial al concretarse en leyes. Recordaba particulares empeños suyos por los que había hecho campaña al menos desde 1917: la conveniencia inexcusable de implantar el Seguro Social de Enfermedad y la no menos necesaria creación de un Ministerio de Sanidad. Ambos objetivos fueron expresamente asumidos en su discurso inaugural por Bardají.

Que el Congreso ocurrió en un momento oportuno parece sentir unánime. Tanto el *Boletín de Medicina*, *La Gaceta Médica Española* o *El Siglo Médico* participaron de ello (12). Se vino a decir que se juzgaba en él la aprobación o el fracaso de la política republicana en su vertiente sanitaria, a la vez que algún comentarista (13) solicitaba de las autoridades medidas contra los restos de la administración sanitaria de los gobiernos republicanos de centroizquierda. Recordemos que la prensa médica se había mostrado a lo largo de 1933 y 1934 como feroz enemiga de la gestión inicial de los socialistas en la Dirección General de Sanidad, encabezada por Marcelino Pascua en el primer bienio republicano. El mismo comentarista indicaba en otra crónica cómo en la sesión inaugural se palpaba, en su opinión, una sensación revanchista: «¡El día que nosotros volvamos!» (14).

Sin embargo, pese a tales augurios no existió auténtica oposición política dentro del Congreso, salvo un aislado incidente que enfrentó al ex director general de Sanidad, Palanca, con los abucheos de los asistentes, a propósito de la atención que el Estado había venido prestando a los sanitarios provinciales (ponencia sobre Higiene rural) (15).

El momento más tenso de la reunión ocurrió durante la discusión de la ponencia sobre Higiene infantil, donde en torno al problema del control de la natalidad se provocaron cinco horas de ardorosas intervenciones, las más de las contrarias articuladas sobre principios religiosos (católicos). La afirmación que desencadenó la tormenta fue la siguiente:

«En atención a la correlación evidente entre la mortalidad infantil y el excesivo número de hijos, creemos que desde el punto de vista eugénico este consultorio (higiénico-infantil) podría ser el adecuado para informar a quien lo desee de los medios técnicos que existen para conseguir, sin perjuicio para la salud, la limitación de la natalidad; prescindiendo de toda clase de prejuicios y teniendo en

(12) ALVAREZ SIERRA, J. (1934): «El Primer Congreso Nacional de Sanidad». *Siglo Médico* núms. 4.196 y 4.197, 531-535; 562-564. Sol, I. (1934). «Crónica. Primer Congreso Nacional de Sanidad». *Gaceta Médica Española*, 8, 254, P-260 P. «Primer Congreso Nacional de Sanidad» (1934). *Boletín de Medicina*, supl. 2, núm. 24, 1-2.

(13) N. NOGUERA (1934): «Expectación justificada ante el Primer Congreso Nacional de Sanidad». *Gaceta Médica Española*, 8, 221 P. Solicitaba «extirpar de raíz el estado de *soviet* en que algunos fracasados intentan mantener determinados organismos sanitarios».

(14) NOGUERA, E. (1934): «Perfiles al vuelo. Primer Congreso Nacional de Sanidad». *Gaceta Médica Española*, 8, 253 P.

(15) NÁJERA ANGULO, L. (ed.) (1935): *Primer Congreso Nacional de Sanidad. Madrid*, 6-12 de mayo de 1934, vol. 1, Ponencias oficiales, pp. 257-279.

cuenta que con estos consejos podrían, en parte, evitarse otros males mayores; entre ellos el aborto provocado» (16).

Advirtamos que esta opinión de los ponentes *no* estaba incluida en las conclusiones, por lo que no se sometía a votación ni se hacía extensible a la corporación sanitaria en pleno.

El eje articular de las posturas opuestas fue, ya lo hemos advertido, la fundamentación católica. Severiano Aznar llegó a afirmar, entre voces de «¡eso es provocación!», lo siguiente: «Si el gobierno la convirtiera en ley (esa propuesta) no podría durar sino hasta que nosotros (católicos), por honradas convicciones, pudiéramos suprimirla». Vallejo Nágera reforzó dicha postura con un amplio abanico de literatura crítica, incluyendo su propia experiencia clínica, en particular de tipo estadístico. A sus experiencias opusieron las suyas personales otros pediatras y obstetras; a sus afirmaciones cuantitativas contestó Marcelino Pascua, analizando correctamente uno de los trabajos citados y poniendo en guardia contra la simpleza pseudoestadística de inferir de toda correlación matemática evidencia de causalidad.

Este episodio, irrelevante a efectos de las conclusiones finales, dejó en los medios periodísticos más afines a los oponentes a toda idea de planificación familiar una «impresión desagradabilísima» (17). Del medio opuesto se felicitaron, en cambio, por la oportunidad encontrada de discutir, «por fin sin escándalo», sobre dicho tema (18).

La calificación global que mereció el desarrollo de las sesiones fue positiva (19), aunque la falta de conjunción entre los temas de las ponencias oficiales, y las secciones que recibieron las distintas comunicaciones provocó desajustes y críticas (20). En cuanto a los contenidos científicos predominó igualmente una estimación favorable: «ha demostrado que en España se trabaja, se investiga y se estudia seriamente» (21) más en relación con las comunicaciones que con las ponencias oficiales, donde, en opinión de algunos, se expusieron sólo «temas manidos» de modo «bastante mediocre» (22).

(16) *Ibid.*, p. 284. La discusión sobre este punto en pp. 281-347.

(17) «Primer Congreso Nacional de Sanidad (El)» (1934). *Boletín de Medicina*, sup. 2, núm. 24, 1-2.

(18) ESTELLÉS, J. (1934), *op. cit.* A este autor le acusaron de promover un escándalo en el transcurso de dicha discusión (escándalo no recogido en las actas editadas), por sus menciones a «Rusia y a los comisarios del pueblo (soviets)», *cfr.* MORALES, J. L. (1934): «Comentarios al Primer Congreso Nacional de Sanidad hechos por un puericultor asistente a sus sesiones», *Pediatría y Puericultura*, 2, 205-214, y «Primer Congreso...», *op. cit.*

(19) *Ibidem.*

(20) ARAGÓN, A. DE (1934). «Congreso Nacional de Sanidad». *Mundo Médico*, 16 (núm. 246), 804-805; MORALES, J. L. (1934), *op. cit.*

(21) «Primer Congreso...» (1934), *op. cit.*

(22) El crítico más feroz fue ARAGÓN, *op. cit.* Para él la labor científica fue mediocre, la organización estuvo llena de descuidos y la propia denominación del Congreso era ofensiva para los médicos titulares, a los que, según él, de ese modo se les negaban sus servicios en pro de la Sanidad española.

3. LOS ASISTENTES AL PRIMER CONGRESO NACIONAL DE SANIDAD (MADRID, 1934). CARACTERIZACION SOCIOPROFESIONAL

A título individual, se inscribieron en esta reunión científica 871 personas, mayoritariamente varones (tabla 1) y médicos de profesión (tabla 2). Poco más de un 5 por 100 de los asistentes, cuya profesión nos es conocida, pertenecían a áreas no expresamente vinculadas a lo que hoy llamamos Ciencias de la Salud, como ingeniería, química y arquitectura.

TABLA 1

DISTRIBUCION DE LOS ASISTENTES A TITULO INDIVIDUAL AL PRIMER CONGRESO NACIONAL DE SANIDAD, POR SEXO

Sexo	Número	Porcentaje
Hombre	852	97,82
Mujer	19	2,18

FUENTE: Relación alfabética de señores congresistas. (Actas.) Primer Congreso Nacional de Sanidad. 1934 (1935), vol. 1, pp. 17-38.

TABLA 2

DISTRIBUCION DE LOS ASISTENTES A TITULO INDIVIDUAL AL CONGRESO NACIONAL DE SANIDAD SEGUN SU PROFESION

Profesión	Número	Porcentaje
Medicina	712	81,75
Farmacia	30	3,44
Ingeniería	24	2,76
Química	11	1,26
Arquitectura	10	1,15
Veterinaria	5	0,57
Técnicos sanitarios	3	0,34
No consta	75	8,61

FUENTE: Relación... de... Congresistas, loc. cit.

La tabla 3 presenta la distribución de los médicos asistentes según su especialidad. Para definir ésta hemos seguido la información suministrada por la Relación alfabética de señores congresistas, a saber: Nombre, profesión, especialidad, cargo, lugar de trabajo, localidad y provincia. Por ejemplo: «Cánovas, Mariano. Médico central antipalúdico. Murcia». No en todos los

casos existía información sobre todos los extremos indicados. La especialidad de los médicos se ha tenido en cuenta a partir, exclusivamente, de su declaración específica.

Teniendo en cuenta los fines del Congreso, no sorprende que sean los higienistas la mayoría relativa: Serían los expertos oficiales de la Administración sanitaria central y periférica, así como de la Escuela Nacional de Sanidad. Junto a ellos, odontólogos, fisiólogos, puericultores y obstetras (o «maternólogos») componían el grueso de los profesionales interesados en la prevención a gran escala. Al menos los tres últimos grupos citados identifican grupos profesionales con ligazón continuada a instituciones públicas, bien administradas por la filantropía privada o por Municipios o Diputaciones.

TABLA 3

DISTRIBUCION DE LOS MEDICOS ASISTENTES AL PRIMER CONGRESO NACIONAL DE SANIDAD SEGUN SU ESPECIALIDAD

Especialidad	Número	Porcentaje
Higiene (1)	46	19,3
Obstetricia	29	12,1
Odontología	36	15,1
Oftalmología	22	9,2
Otorrinolaringología	17	7,1
Paludismo	11	4,6
Psiquiatría	5	2,1
Puericultura (2)	32	13,4
Tisiología	34	14,2
Venereología	6	2,5
TOTAL	238	100,0

Notas:

(1) Incluye Bacteriología, Higiene alimentaria, Estadística, Oficial sanitario y Epidemiología.

(2) Incluye Pediatría.

FUENTE: Relación... de... Congresistas, loc. cit.

De entre los 594 asistentes de los que conocemos su lugar de trabajo (tabla 4) su gran mayoría (dos tercios) ejercía en dispensarios, centros de Higiene y otras dependencias preventivo-sociales, mientras que casi una cuarta parte más procedía de la Administración sanitaria. Estas cifras, que en conjunto abarcan más de la mitad del total de asistentes, revelan una situación profesionalmente madura, pues indican la extensión de la práctica sanitaria en sentido estricto, esto es, médico-preventiva o médico-social, según se quiera.

La procedencia de los congresistas se especifica en la tabla 5, por provincias y regiones según la clasificación vigente en la República, salvo la

TABLA 4

DISTRIBUCION DE LOS ASISTENTES AL PRIMER CONGRESO NACIONAL DE SANIDAD SEGUN LUGAR DE TRABAJO

Lugar de trabajo	Número de asistentes
Administración central sanitaria (y docencia)	140
Administración no sanitaria	5
Beneficencia	21
Centros asistenciales preventivo-sociales..	369
Otros centros asistenciales, docentes y de investigación	45
Otras instituciones	14

FUENTE: Relación... de... Congresistas, *loc. cit.*

singularización de Madrid. La muy parca participación catalana ha de entenderse a la luz de su Estatuto de Autonomía, que había transferido a la Generalitat las competencias de sanidad interior; los catalanes que acudieron fueron los empleados en el servicio sanitario marítimo, y de ahí que Lérida fuese la única provincia no representada. La mayor participación provincial correspondió a Córdoba, Salamanca, Alicante, Cáceres y Guadalajara, además de la notoria de Madrid, haciendo valer su estatus capitalino. Procedieron de capitales de provincia 590 congresistas, un 67,7 por 100 del total de inscritos.

La misma tabla 5 nos muestra la participación de los sanitarios en sentido estricto. Salvo para los casos de Madrid en particular, por su gran número de congresistas, Barcelona, Navarra, el resto de las «delegaciones» provinciales fue eminentemente deudor de la inscripción de dichos sanitarios. Estas cifras confirman que se trataba de una reunión especializada, de modo que tuvieron razón -formal, no material- los que se quejaron en su momento de haber sido proscritos del campo de «la Sanidad», que a su entender habría de implicar a todos los «médicos, farmacéuticos, veterinarios, ingenieros, practicantes, etcétera» (23).

Profundizando en los caracteres laborales de la especialidad médico-social en la España de la Segunda República advertimos (tabla 6), según los datos de inscripción de este Congreso, que 59 asistentes decían ejercer en centros primarios de higiene, 75 en centros secundarios y 107 en centros terciarios (los Institutos provinciales). Tomando estas cifras como muestra válida de la situación real podemos deducir el ámbito de competencias de cada uno de dichos centros, que constituyeron la manera peculiar de intervención sanitaria durante la República (24).

(23) ARAGÓN (1934), *op. cit.*

(24) Sobre la actividad de la organización sanitaria rural puede consultarse: BENZO, M. (1933): «La organización sanitaria de la provincia de Córdoba». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 8/2, 391-399; CAMPO CARDONA, A. DEL; GIMENO DE SANDE, A. (1933). «Centros primarios de Higiene

TABLA 5

ASISTENTES AL PRIMER CONGRESO NACIONAL DE SANIDAD SEGUN PROVINCIAS Y REGIONES DE PROCEDENCIA, CON ESPECIFICACION DE LOS SANITARIOS EN SENTIDO ESTRICTO

Provincia	Asistentes (1)	SANITARIOS		Provincia	Asistentes (1)	SANITARIOS	
		Total	Porcentaje sobre (1)			Total	Porcentaje sobre (1)
Andalucía:				Extremadura:			
Almería	5	3	60	Badajoz	18	8	44,4
Cádiz	17	12	70,5	Cáceres	24	21	87,5
Córdoba	43	40	93	TOTAL	42		
Granada	15	8	53,3	Galicia:			
Huelva	9	5	55,5	Coruña	11	5	45,4
Jaén	14	10	71,4	Lugo	2	2	100
Málaga	6	3	50	Orense	6	3	50
Sevilla	10	5	50	Pontevedra	3	3	50
TOTAL	119			TOTAL	22		
Aragón:				Islas Baleares	5	5	100
Huesca	13	8	61,5	Islas Canarias:			
Teruel	2	1	50	Las Palmas	3	3	100
Zaragoza	8	6	75	Sta. C. de Tenerife	5	5	100
TOTAL	21			TOTAL	8		
Asturias:				León:			
Oviedo	15	8	53,3	León	13	10	77
Castilla la Nueva:				Palencia	1	1	100
Ciudad Real	12	11	91,6	Salamanca	33	16	48,5
Cuenca	7	4	57,1	Valladolid	9	5	55,5
Guadalajara	20	14	70	Zamora	11	7	63,6
Toledo	13	8	61,5	TOTAL	67		
TOTAL	52			Madrid	334	54	16,1
Castilla la Vieja:				Murcia:			
Avila	8	7	87,5	Albacete	15	8	53,3
Burgos	10	8	80	Murcia	13	9	69,2
Logroño	10	9	90	TOTAL	28		
Santander	12	8	66,6	Navarra	4	1	25
Segovia	11	9	81,8	País Vasco:			
Soria	7	3	42,8	Alava	6	3	50
TOTAL	58			Guipúzcoa	10	5	50
Cataluña:				Vizcaya	8	3	37,5
Barcelona	11	4	36,3	TOTAL	24		
Gerona	2	2	100	Valencia:			
Tarragona	1	1	100	Alicante	25	17	68
TOTAL	14			Castellón	10	6	60
				Valencia	16	9	56,25
				TOTAL	51		

FUENTE: Relación... de... Congresistas, *loc. cit.*

TABLA 6

DISTRIBUCION POR ESPECIALIDADES DECLARADAS DE LOS CONGRESISTAS QUE TRABAJABAN PROFESIONALMENTE EN CENTROS DE HIGIENE

Centro de Higiene Nivel	Total	Especialidad
Primario	59	Ninguna (53).
Secundario	75	Ninguna (37). Odontología (14). ORL (6). Tisiología (6). Oftalmología (5). Puericultura (4). Venereología (2). Maternología (1).
Terciario	104	Ninguna (20). Inspectores provinciales (46). Bacteriología (13). Epidemiología (9). Odontología (4). Oftalmología (2). Otros (5).

FUENTE: Relación... de... Congresistas, *loc. cit.*

Los centros primarios, atendidos por médicos que no declaran especialidad ninguna (muy posiblemente fuesen titulares) ejercían las funciones de seguimiento y detección. El nivel secundario, que se presentaba con alta carga de especialistas, atendería necesidades sanitarias de comarcas extensas con soporte de puericultura, obstetricia, venéreas, tisiología, otorrinolaringología y oftalmología. A escala provincial, las misiones de control epidemiobacteriológico parecen aseguradas por la estructura (13 bacteriólogos, nueve epidemiólogos) propia de sus Institutos.

Queda sólo por reseñar la participación institucional, pues, junto a los inscritos a título individual, existió otra serie de congresistas colectivos, tales como nueve Colegios Provinciales de Médicos, varias Asociaciones médicas, veterinarias y sanitarias y otras instituciones. El grueso de estos colectivos fue suministrado por la Administración sanitaria periférica, de modo que se contó con la inscripción de nueve Institutos Provinciales de Higiene, 23 Estaciones Sanitarias de Puertos y 13 Centros Secundarios de Higiene.

La Sanidad, el campo de actuación de los especialistas en Medicina Social, era, efectivamente, cuestión de Estado.

rural de Cáceres.» *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 8/1, 347-365; «Conferencia Europea de Higiene Rural (1931)». *Anales del Instituto Nacional de Previsión*, 23 (núm. 91), 471-480; CORTEJO-SO, L. (1934). «Política sanitaria. Algo sobre los centros secundarios de higiene rural». *Gaceta Médica Española*, 8, 113 P-115 P; GIMENO DE SANDE, A. (1933). «Centros primarios de higiene rural». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 8/2, 573-590 (1934) 9/1, 34-49 y 119-129.

RESUMEN

Comenzando por un somero repaso a la institucionalización en el mercado de trabajo de la especialidad Medicina Social, se evoca el eco levantado por este Primer Congreso Nacional de Sanidad en la prensa profesional de la época y se intenta una aproximación cuantitativa a partir de la relación de asistentes publicada en sus *Actas* a la realidad de dicha práctica especializada en la España de la Segunda República.

RÉSUMÉ

Après d'avoir résumé l'histoire laborale de l'especialité Médecine Sociale, ce travail rappelle l'impression faite par ce Premier Congrès Nationale de la Santé Publique sur la presse professionnelle de son temps et s'occupe, tout en partant de la liste d'assistance publié dans ses *comptes Rendues*, d'envisager une approximation quantitative à la pratique de cette especialité médicale à l'Espagne de la Deuxième République.

SUMMARY

After a brief description of the process of institutionalization of Social Medicine in Spain prior to the Civil War of 1936, for as long as job opportunities are concerned, the impact of this first nation-wide Public Health congress is remembered through the professional (medical) press of the time, as well as a measure of several sociologically relevant traits of the practitioners in this field is made from the published list of congressmen.