

Noticias y convocatorias

PREMIO *DYNAMIS* DE FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN EN HISTORIA DE LA MEDICINA Y DE LA SALUD

CONVOCATORIA 1999

Promovido por el área de Historia de la Ciencia del Departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia de la Universidad de Granada y concedido por la Sociedad Española de Historia de la Medicina, se convoca el Segundo Premio *DYNAMIS* según las siguientes

Bases

1. El premio *Dynamis* de investigación en Historia de la Medicina y de la Salud consiste en la entrega de un diploma y la publicación del trabajo seleccionado, convenientemente advertido, en la revista *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinæ Scientarumque Historiam Illustrandam*.

2. Pueden optar a él investigadores noveles, de cualquier ámbito académico y profesionalización, con la única limitación, en caso de ser doctores, de no haber transcurrido más de dos años desde la aprobación de su tesis doctoral en el momento de la convocatoria.

3. Los trabajos que opten al Premio deben ser originales e inéditos, escritos en lengua española, y se remitirán sin mención de autor ni título a la Secretaría de la Sociedad Española de Historia de la Medicina con anterioridad al día 15 de octubre de 1999. Se identificarán mediante un lema, que se hará constar en la portada del trabajo y en la cubierta de un sobre cerrado, en cuyo interior figurará el mismo, el título del trabajo y el nombre y dirección de su autor.

4. Los trabajos no deberán sobrepasar las 8.500 palabras, incluyendo la bibliografía, apéndices documentales y pies de gráficas e ilustraciones, en su caso, que deberán respetar las convenciones editoriales de *Dynamis*.

5. El premio será adjudicado por un Jurado formado por la Sociedad Española de Historia de la Medicina y el Consejo Editorial de *Dynamis*, actuando como Secretario el de la Sociedad, sin voto.

6. Los originales no premiados se destruirán por el Secretario.

7. La participación implica la aceptación de estas Bases.

Granada, septiembre de 1998.

La correspondencia relacionada con esta Convocatoria deberá dirigirse a:

Prof. Juan Antonio Rodríguez Sánchez, Secretario de la Sociedad Española de Historia de la Medicina, Unidad de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, Apdo. 397, 37080 Salamanca.

HEALTH CARE PROVISION AND POOR RELIEF IN ENLIGHTENMENT AND 19TH CENTURY NORTHERN EUROPE. SIMPOSIO ORGANIZADO CONJUNTAMENTE POR LA *CAMBRIDGE WELLCOME UNIT* Y LA *ROBERT BOSCH STIFTUNG* EN EL *INSTITUT FÜR GESCHICHTE DER MEDIZIN DER ROBERT BOSCH STIFTUNG*, STUTTGART, 25-27 DE JUNIO DE 1998.

En el marco del proyecto y reflexión historiográfica sobre el panorama europeo centrado en el alivio de la pobreza y su atención médica desde los albores del período moderno hasta el siglo XIX, Andrew Cunningham y Ole Peter Grell (ambos procedentes de la *Cambridge Wellcome Unit for the History of Medicine, Early Modern Programme*) han organizado el tercer simposio, en esta ocasión con la ayuda de Robert Jütte (*Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung*). Conviene destacar el esfuerzo de los organizadores, no sólo por el hecho de haber reunido a un destacado grupo de profesionales en un extraordinario lugar de trabajo, sino por dar continuidad a un proyecto, cuyas dos reuniones anteriores ya han sido publicadas por Routledge. El primer libro, editado por Ole Peter Grell y Andrew Cunningham, lleva por título *Health Care and Poor Relief in Protestant Europe, 1500-1700* y el segundo, editado por los anteriores junto a Jon Arrizabalaga, titulado *Health Care and Poor Relief in Counter-Reformation Europe*.

El comité local de organización, representado por Robert Jütte y Martin Dinges, no sólo alojó el simposio en la magnífica casa del industrial Robert Bosch, construida a principios de este siglo en una de las colinas de la ciudad de Stuttgart, sino que mostró algunas de sus peculiaridades, así como la excelente colección de material manuscrito e impreso sobre homeopatía y su fundador, Samuel Hahnemann, iniciada el año 1926. Por otra parte, a pesar de la disciplina horaria prusiana de los organizadores locales, los participantes pudieron disfrutar cada uno de los días del simposio con visitas programadas,

de las que cabe destacar la extraordinaria colección de arte del museo de la ciudad y la tonificadora visita a uno de los balnearios de Stuttgart.

La organización decidió dedicar el simposio al Norte de Europa, por lo que pueden sorprender ausencias tan notables como las de Suiza, Irlanda, Austria, etc. La explicación vendría dada tanto por la idea de continuación con los criterios religiosos que definieron y dividieron las dos conferencias anteriores, Europa Protestante y Europa de la Contrarreforma de los siglos XVI y XVII, como por la especificidad de la Ilustración y de los procesos de industrialización que experimentaron determinados países del norte de Europa. Por otra parte, un punto de partida común a la mayoría de países estudiados es la existencia de un antes y un después de la nueva legislación de pobres en el siglo XIX. Con diferentes ritmos en los distintos lugares, la conferencia planteaba las respuestas dadas por la burguesía, consolidada en el poder, al problema de la pobreza. Así, partiendo de la base de los estudios de historia sobre la pobreza en contextos de cambio económico y social, la conferencia planteaba el tema de la ideología subyacente al problema de la pobreza. Y si bien en las anteriores reuniones la religión ocupaba un papel excepcional, ahora se añadía la perspectiva ofrecida por el diverso pensamiento ilustrado y por los procesos de industrialización. Así pues, el conocimiento y la reflexión sobre la ideología que había tras las respuestas dadas al problema constituyó un tema central en la reunión.

Dorothy Porter y Marco H. D. van Leeuwen abrieron la conferencia situando el tema de trabajo en su contexto ideológico, económico y social. Tras hacer un repaso de la historiografía reciente sobre el «*welfare state*», Dorothy Porter centró su intervención en las ideas y valores sociales surgidos a partir de las revoluciones americana y francesa como contestación a los valores defendidos durante el «Ancien Régime». Ello le llevó a hablar de ideología y sociedad civil, para destacar algunas ideas racionalistas, y de ideología y Estado, para mostrar, una vez más, su entusiasmo por la consecución de determinadas políticas en el seno de un Estado centralista y centralizador. Al referirse a la industrialización, subrayó el auge del mutualismo y la fijación de ciertos derechos garantizados por algunos Estados, así como la resolución de las contradicciones de la industrialización a partir de nuevos paradigmas (vicios, ignorancia, etc.). Finalmente, insistió en la bondad y la necesidad de los acercamientos comparativos a este tema, en razón de que, a pesar de existir un lenguaje internacional en la misma dirección, hay casi tantas trayectorias hacia el «*welfare state*» como Estados. Por su parte, Van Leeuwen abordó el tema dejando a un lado la reflexión en torno a las medidas tomadas y apuntando hacia el concepto de «*risks to welfare*». Desde esta perspectiva, se planteó preguntas como hasta

qué punto las instituciones de ayuda al pobre consiguieron responder a los "riesgos" de su utilización. Más allá del encanto del discurso, el planteamiento y categorías de análisis de Van Leeuwen resultaron excesivamente sociológicas, impidiendo su objetivación en el análisis histórico. De esta forma, no sólo perdía de vista a las personas y sus percepciones, individuales y colectivas, sino que además ello le llevaba a desatender las razones por las que los pobres se veían abocados a desarrollar estrategias de supervivencia.

El caso germánico contó con tres sesiones: una dedicada a Prusia por parte de Alfons Labisch, Fritz Dross y Florian Tennstedt —la única ponencia del simposio presentada en alemán—, otra sobre Baviera por Michael Stolberg y la tercera sobre las ciudades hanseáticas del norte germánico por Mary Lindemann. Aunque no parece que dominen las diferencias en los territorios de lengua germánica en cuanto a la dirección del modelo de ayuda al pobre, cada zona estudiada presentaba sus peculiaridades. Así, en las ciudades hanseáticas, donde la atención médica gratuita al pobre había constituido una característica significativa de la ayuda al pobre anterior al siglo XVIII, la reforma médica y hospitalaria de finales de siglo se adelantaba a la reforma de la política sobre la pobreza. En Baviera parece haber sucedido justamente lo contrario, aunque desde principios del siglo XIX ya se hallan «*district physicians*» para atender a los pobres registrados en la ciudad y «*country doctors*» para las zonas rurales. Cabe destacar la continuidad del papel de las autoridades locales más allá del auge y caída del cameralismo y de la policía médica en la nueva sociedad de clases. La creciente industrialización de las áreas urbanas en el siglo XIX se acompañó de un también creciente fenómeno de pauperización, que se intentó atajar de diversas formas en cada ciudad. Conviene señalar, por ejemplo, la atención individualizada en el norte y el impulso de las asociaciones voluntarias en Baviera. La ayuda al pobre se politizó a lo largo del período, tanto desde el punto de vista de los médicos, como desde la óptica estatal. En este sentido, los ponentes destacaron la lucha bismarckiana contra el movimiento obrero mediante la prevención de la pobreza, no de la enfermedad, a través de un nuevo sistema de seguridad social.

El caso ruso fue expuesto por Hubertus Jahn, quien mostró la capitalidad de la iglesia ortodoxa tanto por sus ideas sobre la salvación y por la centralidad del pobre en su discurso, como por su incontestable competencia en materia de ayuda al pobre. A pesar de las carencias historiográficas sobre el tema y, en general, sobre la historia social de las áreas provinciales del imperio ruso, Jahn pudo observar cómo, de forma paralela a una nueva actitud contra la viruela en el cambio de siglo o a las medidas tomadas en la lucha contra el cólera, fueron aumentando en el transcurso del tiempo las ayudas de carácter filantrópico.

pico en el medio urbano, incluyendo en algún caso la oferta de atención médica mediante «*voluntary physicians*». En cualquier caso, esta caridad de tipo privado no sería desarrollada de forma general hasta finales del siglo XIX. Por otra parte, en el mayoritario ámbito rural permanecía la obligatoriedad de los señores de cuidar de sus siervos, dominando, pues, las respuestas individuales.

Errki Kouri eliminó de su conferencia el interesante caso de Suecia para centrarse en Finlandia en una exposición necesitada de una mayor elaboración. En este caso, conviene subrayar la persistencia desde el siglo XVI de la recepción, en materia de ayuda al pobre, de esquemas y modelos procedentes especialmente de Suecia y del norte germánico, pero no de Rusia. Destaca así la política populacionista estatal desde el siglo XVIII mediante el remedo institucional de los registros suecos o la influencia germánica en la toma de responsabilidad por parte de las autoridades finesas. Por otra parte, a la acción de las autoridades locales y estatales, Kouri sumó el auge filantrópico en la segunda mitad del siglo XIX. La óptica escandinava se completó con el trabajo de Gerda Bonderup dedicado a Dinamarca y el de Oivind Larsen sobre Noruega, éste también carente de una adecuada elaboración. Bonderup mostró cómo el sistema básico de atención sanitaria se diseñó y formó en la segunda mitad del siglo XVIII, destacando el apoyo real a ciertas instituciones y la influencia de las ideas cameralistas alemanas en cuanto a policía médica y a fomento de la población. Una sensación de estabilidad cruza el primer tercio del siglo XIX hasta la llegada del cólera, que disparó el voluntarismo filantrópico en cooperación con la beneficencia estatal, consolidando a la vez un modelo paternalista de ayuda al pobre. Cooperación que también tuvo lugar entre autoridades y médicos en cuanto a la acción asistencial a nivel local. Por su parte, Larsen centró su intervención en el siglo XIX a causa de la dependencia administrativa de Dinamarca hasta 1815. El modelo localista de la primera parte del siglo XIX, que fue progresivamente substituido o coordinado por las autoridades estatales, no difiere del esquema general escandinavo.

El caso británico fue ilustrado en tres sesiones: una dedicada a Escocia por Rosalind Mitchison, otra a Inglaterra y Gales por Anne Crowther y la tercera a Londres por David Green. Mitchison partió, de nuevo, preguntándose por qué en ciertos momentos las sociedades hacen algo por controlar o paliar el problema de la pobreza. En este sentido, mostró que antes de la «*Poor Law*» escocesa de 1845, las obligaciones legales de los «*landowners*» para ayudar apenas se cumplían y sólo se tomaban medidas cuando una crisis importante se hacía notar en una ciudad industrial. Esto parece explicarse a partir de la visión puritana de la ayuda al pobre en la medida que desde ella se facilitaba

un acercamiento más individualista a la pobreza y se excusaba o justificaba, desde su interpretación de la Biblia, la no organización de asistencia a los pobres como colectivo, cuya condición no se lamentaba. En el caso inglés el cambio se opera en las nuevas sociedades industriales donde estaban emergiendo un nuevo sistema económico y nuevos problemas (a Liverpool y Bristol se añadían nuevas aglomeraciones urbanas como las de Leeds, Birmingham y Manchester). Según Crowther, en este caso el factor de reforma de la política de pobres no fue el miedo a la despoblación —se contaba con mano de obra irlandesa— sino la posibilidad de ingeniería social por parte de hombres como Bentham, Chadwick y demás utilitaristas. La «*New Poor Law*» de 1834 constituyó un cambio en la atención al pobre: significó la reducción de unas 15.000 a unas 600 administraciones controladas por la «*Poor Law Commission*» desde Londres. No obstante, la financiación de éstas y la provisión individual de ayuda continuó en el ámbito local. Otro aspecto es el desarrollo del movimiento de salud pública iniciado entonces en el seno del Estado y que habría de convertirse en «*state medicine*». Significó, además, la sustitución de las antiguas «*poorhouses*» —que habían perdido su razón como lugar de trabajo por el de asilo y en las que todas sus funciones aparecían integradas— por nuevas «*workhouses*», donde la «*infirmary*» era segregada del complejo y donde, según Crowther, no fue permitida la entrada de médicos hasta la década de 1860, careciendo por tanto de la posibilidad de ser lugar de educación sanitaria. Esta visión fue contestada en la intervención de David Green, quien mostró la gran complejidad de la estructura administrativa londinense en el siglo XIX. Para Green, la aplicación de la ley de 1834 en Londres constituyó un fenómeno político y un banco de pruebas para el resto de Gran Bretaña —la capital contenía un tercio de la población total. De hecho, Londres no fue el lugar donde más se invirtió tras la aprobación de la «*New Poor Law*», pues buena parte de las parroquias londinenses no aceptaron la ejecución de la ley hasta treinta años después por razones políticas de la burguesía absentista que las controlaba. Londres invirtió más en «*indoor relief*» o «*workhouses*» que en «*outdoor relief*», a pesar de ser aquélla mucho más cara: tan sólo se plantearon hacer más eficiente la «*indoor relief*». Además, en contraposición con la idea de Crowther, Green señaló que la atención al pobre en Londres fue sobretodo el principal servicio de ayuda médica disponible.

El caso holandés fue presentado por Marijke Gijswijt-Hofstra. La atención al pobre fue un fenómeno local en el que jugaba un papel destacado la iglesia durante el siglo XVIII hasta la revolución patriota de los años 1780, cuando se inició una seria demanda de reformas. Sin embargo, apenas se produjeron cambios y la ley de 1818 no hizo sino confirmar que el 90% de la ayuda prestada era domiciliaria e individualizada. La aprobación de la ley de pobres

de 1854 fue un triunfo de los liberales que defendían un estado poco intervencionista, de manera que la responsabilidad permaneció en las iglesias. Éstas financiaban el 50% de la ayuda, lo que hace de su conocimiento interno una clave explicativa para conocer a quién iba dirigida la ayuda y qué se ganaba con tales apoyos. Así pues, las autoridades interpretaron la Biblia, a diferencia de lo ocurrido en Escocia, de modo favorable a la ayuda al considerarla una obligación cristiana. Hacia finales del siglo XIX, el entramado fue objeto de crítica por el socialismo nacido de la industrialización y a partir de entonces se inició una nueva legislación social.

Por último, el caso francés mereció dos sesiones, una centrada en París por Matthew Ramsey y otra dedicada a las provincias por Olivier Faure. Ambos ponentes coincidieron en destacar los pocos cambios que en materia de política de pobres supuso la revolución, mientras el imaginario de ésta inspiró reformas sociales en otros países. Tras hacer un repaso por la compleja red de hospitales e instituciones de ayuda del París de *Ancien Régime*, Ramsey señaló el florecimiento de «*royal workhouses*» y el desarrollo del concepto de «*bienfaisance*» en el siglo XVIII. Tras la revolución persistió la estructura asistencial, si bien se observa una mayor incidencia de la asistencia domiciliaria. Si supuso una mayor diferenciación entre las instituciones médicas, creándose nuevas instituciones psiquiátricas, dermatológicas, etc. Por otra parte, 1848 significó una reforma desde arriba que impulsó la competencia de las instituciones municipales y, a su vez, contribuyó al fomento del mutualismo durante la segunda mitad del siglo XIX. Las reformas parisinas no supusieron en ningún caso la centralización del modelo y no se hallará un auténtico punto de inflexión hasta 1945 con el establecimiento del Estado de Bienestar francés. Olivier Faure también subrayó la ausencia de un Estado centralista poderoso a lo largo del período, pues tal competencia se mantuvo durante el siglo XIX en manos de instituciones caritativas locales. Destacó el florecimiento post-revolucionario de la caridad confesional a través de hospitales autofinanciados y controlados por el prefecto. Las revoluciones de 1830 y 1848 y las epidemias de cólera llevaron a una nueva reflexión sobre el sistema de ayuda: esto se tradujo en un proceso de moralización y de organización de asistencia médica para el pobre rural mayoritario a través de los «médicos cantonales». Con el mismo afán moralizador se fomentó el mutualismo a partir del filantropismo individual interesado en controlar la situación, proliferando de forma extraordinaria las instituciones privadas entre 1870 y 1914. No fue hasta 1893 cuando se aprobó una ley que garantizaba, en el ámbito municipal, la asistencia médica gratuita para todos aquellos por debajo del umbral de la pobreza. De esta forma, el debate abierto el año 1789 en torno a la intervención de la autoridad pública en la financiación de los gastos individuales de salud, no se cerraría hasta 1945,

habiendo dominado a lo largo de dicho período la renuncia estatal a la responsabilidad directa y el fomento de la iniciativa privada en tal materia. Por lo tanto, la revolución de 1789 no tuvo la misma traducción desde la óptica médica, donde se produjeron cambios definitivos, que desde la de ayuda al pobre.

En definitiva, un simposio que debería servir a los historiadores del pauperismo y de la asistencia social y sanitaria, en la España moderna y contemporánea, como una nueva inyección de materiales y perspectivas útiles para reflexionar y profundizar aún más en los múltiples problemas todavía pendientes de resolver en estos ámbitos de la historia social.

ALFONS ZARZOSO

Institut Universitari d'Història Jaume Vicens i Vives
Universitat Pompeu Fabra (Barcelona)

XI CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HISTORIA DE LA MEDICINA (SANTIAGO DE COMPOSTELA, 17-19 DE SEPTIEMBRE DE 1998)

Si algún hecho ha marcado el XI Congreso de la SEHM, ha sido el recuerdo emocionado del profesor Delfín García Guerra, catedrático de Historia de la Medicina en la Universidad de Santiago, fallecido el día 6 de abril de este año. Y no es su desaparición un hecho triste únicamente para los que, como yo, tratamos de empezar un camino en esta disciplina, sino para todos los que ya se dedican a la Historia de la Medicina, entre los cuales Delfín García Guerra gozaba de un gran prestigio, tanto por sus logros profesionales como por su calidad humana y por lo especial de su vocación historicomédica. Es bien conocido que el profesor García Guerra decidió dedicarse a la historia de la medicina después de veinticinco años de ejercicio de la profesión médica en Galicia y que, sin importar esta tardía incorporación, creó una obra extensa y de gran calidad en las Facultades de Madrid, Oviedo y Santiago.

Durante el Congreso, el recuerdo de su vida y su obra estuvo muy presente, desde el discurso de apertura del que era su colaborador en la cátedra, Enrique Jiménez Gómez, hasta el de clausura que leyó el catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad de Sevilla Juan Luis Carrillo Martos, y, sobre todo, en el acto de homenaje que la SEHM y la Universidad de Santiago celebraron el día 18 de septiembre en presencia de la viuda y familiares del profesor y de amigos, compañeros y conocidos. En dicho acto, tomó la palabra en primer lugar el profesor Luis Montiel, de la Universidad Complutense,

quien hizo referencia a los buenos momentos compartidos con el profesor García Guerra en los cursos de doctorado que ambos impartieron conjuntamente en dicha universidad. Posteriormente hablaron los profesores José Luis Peset y Diego Gracia Guillén, quienes resaltaron la valía humana y la ejemplaridad del fallecido en su trabajo y en su vida. El Decano de la Facultad de Medicina de Santiago, profesor Andrés Beiras hizo hincapié en la necesidad de evitar la pérdida del esfuerzo realizado por Delfín García Guerra. Afirmó también su deseo de que siguiera existiendo la cátedra de Historia de la Medicina —que durante tanto tiempo había faltado en dicha universidad— y de que, a partir de ahora llevara el nombre del fallecido. Por último, Enrique Jiménez Gómez y el Rector de la Universidad compostelana elogiaron el trabajo desarrollado por Delfín García Guerra y el prestigio que para dicha universidad supusieron su docencia y sus investigaciones. El profesor Pedro Laín Entralgo, que no pudo asistir como estaba previsto a la clausura del Congreso, mandó una carta que fue también leída en este acto de homenaje y en la cual rememoraba la aparición de García Guerra en su vida y la amistad profunda que les unió durante años.

Este XI Congreso de la SEHM era una de las últimas tareas en las que el profesor concentró sus esfuerzos. Delfín García Guerra asumió personalmente la realización de gran parte de las gestiones necesarias, por lo que su fallecimiento repentino sembró la incertidumbre sobre la celebración del congreso ya que sólo él conocía el punto en el que se encontraban muchas gestiones iniciadas y cuáles eran éstas. La convocatoria fue ratificada gracias al esfuerzo que realizó el comité organizador presidido por Enrique Jiménez Gómez y Angela García Caeiro, a pesar de los escasos meses de los que dispusieron, impulsados quizá por la convicción de que la celebración de este congreso era el mejor homenaje que podía recibir la persona que lo inició. Se confirmaron las fechas y el lugar previstos en un primer momento para el Congreso —17, 18 y 19 de Septiembre de 1998 en Santiago de Compostela. Éste quedó estructurado en cuatro mesas de comunicaciones cuyos temas eran «Historia de la Enseñanza de la Medicina en España», «Historia de la asistencia hospitalaria», «Historia de la Medicina y de la Ciencia en Galicia» y una mesa de comunicaciones libres. Se estableció un sistema de sesiones paralelas, que tuvieron lugar, respectivamente, en el Aula Magna y en una sala de conferencias, ambas en la primera planta de la Facultad de Medicina de Santiago.

En la sesión inaugural, el profesor Mikel Astraín leyó la conferencia del catedrático de la Universidad de Granada Guillermo Olagüe titulada «Enseñanza y asistencia médicas en la España contemporánea». En ella el profesor Olagüe, ausente por enfermedad, ofreció un amplio panorama de la evolución

en nuestro país de la docencia médica y la organización de la asistencia al enfermo durante los siglos XIX y XX.

La primera mesa fue abierta por la ponencia del profesor José Luis Peset titulada «Hacer y vivir en las aulas médicas». En ella expuso las principales medidas tomadas en nuestro país durante el siglo XX para alcanzar la forma de enseñar la medicina vigente en los países occidentales más avanzados y que ha sido definida por Laín como un «hacer» la medicina, en contraposición a un «leer» y un «ver» la medicina que habían sido las formas anteriores. También explicó cómo, desde hace unos treinta años, había empezado a desarrollarse en Occidente una nueva forma de enseñanza que supera las citadas y que el profesor Peset definió como un «vivir» la medicina.

A esta ponencia fueron presentadas veintiuna comunicaciones. Todas ellas se centraron en los siglos XIX y XX, salvo una que lo hizo en el siglo XVII. Para abordar el tema se adoptaron prácticamente todos los enfoques posibles. El más frecuente fue el institucional, presente, por ejemplo, en la comunicación de José Martínez Pérez quien se ocupó de las reivindicaciones de los médicos auxiliares de justicia acerca de la deficiente formación científica que recibían y de su difícil situación económica. También adoptan este punto de vista Carlos de Gregorio y José Lázaro que estudian el proceso de institucionalización de la psiquiatría en Madrid y Barcelona reflejado en los libros de texto publicados y utilizados a finales del siglo XIX y principios del XX en dichas ciudades. La visión histórico-social estuvo presente, entre otras, en la comunicación de Juan Antonio Rodríguez Sánchez sobre las pugnas de farmacólogos y médicos de baños en torno a la cátedra de Hidrología médica tras la Guerra Civil. Menos frecuentes, pero también presentes, fueron las comunicaciones de tipo descriptivo (de una persona, de una cátedra o de una institución), de tipo bibliométrico o de historia de las ideas médicas.

La mesa «Historia de la asistencia hospitalaria» fue abierta por el profesor Juan Riera Palmero con la ponencia «La asistencia hospitalaria militar en la España del siglo XVIII». A esta ponencia fueron presentadas diez comunicaciones. Salvo una que estudiaba un tema medieval, el resto se centró en los siglos XVIII y XIX. Las más frecuentes fueron de tipo institucional, generalmente acerca de la organización de la asistencia hospitalaria en un área determinada, por ejemplo, Guadalajara en la comunicación de Carmen Sánchez Téllez, Guillermina López Andújar y Pilar Arrebola, o Valladolid, en la comunicación de Javier Sanz y José María Lara. Sin embargo, las comunicaciones de Rafael Huertas y Olga Villasante sobre los manicomios de Leganés y Carabanchel adoptaron un enfoque histórico-social.

No hubo ponencia en la mesa «Historia de la Medicina y de la Ciencia en Galicia». Fueron presentadas a esta mesa veintidós comunicaciones entre las cuales predominaron las que analizaban las ideas médicas o biológicas presentes o latentes en obras de médicos y naturalistas gallegos. En este grupo podemos incluir la comunicación de Mari Álvarez Leres y Manuel Bermejo sobre el Padre Sarmiento y la de Enrique Jiménez Gómez y Ángela García Caeiro sobre la disertación *Sobre las fístulas* del Dr. Andrey de Sierra. También fueron frecuentes las comunicaciones que abordaron procesos de institucionalización de disciplinas como la Otorrinolaringología y la Historia Natural y las comunicaciones de tipo bibliométrico. Los siglos XIX y XX acapararon la atención de los investigadores, salvo tres comunicaciones que abordaron temas del siglo XVIII.

Por último, la mesa de comunicaciones libres recibió el mayor número de comunicaciones, cuarenta y tres, que se centraron principalmente en los siglos XIX y XX y, en mucha menor medida, en el siglo XVI. Las perspectivas mayoritariamente adoptadas fueron la histórico-social, y la bibliométrica. En el primer grupo se pueden encuadrar los trabajos de Enrique Perdiguero y Rosa Ballester sobre el paludismo, la comunicación de Josep Luis Barona sobre la higiene y la sanidad en Valencia a principios del siglo XX y la comunicación de Esteban Rodríguez Ocaña acerca del informe Rockefeller sobre la sanidad española, entre otras. Dentro del segundo tipo de comunicaciones estarían, por ejemplo, la de Guillermo Olagüe *et al.* sobre la Biblioteca América de Santiago de Compostela, la de Javier Sanz «50 años de historiografía odontológica española», la de Mercedes Granjel sobre la historiografía médica de Las Hurdes en la época contemporánea o la de José Danón sobre el Fondo Pedralbes de la Real Academia de Cataluña. Hay además dos estudios de género, el de Teresa Ortiz sobre la docencia obstétrica impartida por matronas en la España del siglo XIX y el de Antonio Diéguez Gómez sobre la caracterización biopsicosocial de la mujer en la España de la Restauración. Un número escaso para lo que sería deseable en un tema tan poco estudiado como el de la mujer en la historia de la medicina.

El discurso de clausura corrió a cargo del profesor Juan Luis Carrillo Martos —en su calidad de Presidente saliente de la SEHM— quien llevó a cabo una detallada y emotiva semblanza de la enseñanza histórico-médica que recibió siendo estudiante, la cual era impartida entonces por profesores de otras disciplinas. También recordó sus comienzos en la especialidad y su vinculación con el profesor Luis García Ballester. Su discurso fue, en definitiva, una amplia visión de la evolución en nuestro país de la enseñanza de la Historia de la Medicina, a través del cristal de su experiencia personal.

En otro orden de cosas, el sábado 19 de septiembre tuvo lugar la celebración de la Asamblea General de la Sociedad Española de Historia de la Medicina, con el objetivo principal de elegir un nuevo Presidente y una nueva Junta Directiva. El profesor Antonio Carreras Panchón fue designado Presidente en sustitución del profesor Juan Luis Carrillo Martos. El resto de la Junta Directiva quedó de la siguiente forma: Vicepresidente: Pedro Gil; Tesorero: José Martínez Pérez; Secretario: Juan Antonio Rodríguez Sánchez; Vocales: Josep Luis Barona Vilar, Rafael Huertas, Gloria García del Carrizo, Juan Rafael Cabrera, Esteban Rodríguez Ocaña y Encarnación Santamaría.

Un escritor famoso dijo una vez: «Quien sólo conoce su idioma, ni siquiera su idioma conoce». Quizás por esta razón y, desde luego, por el hecho de no haber asistido a ninguno de los congresos que la SEHM ha celebrado desde su fundación, he sentido curiosidad por saber la importancia de este Congreso de Santiago en relación a los anteriores, su nivel, no en cuanto a la calidad de los trabajos presentados, sino en cuanto al cumplimiento de la función que tiene ante todo un congreso, que es poner en contacto a los cultivadores de una disciplina, función que tiene su expresión en el número de participantes que presentan sus comunicaciones. Para ello, me he apoyado tanto en los datos de este XI Congreso de Santiago, como en el estudio que, acerca de los primeros ocho congresos llevaron a cabo los profesores Juan Luis Carrillo y Guillermo Olagüe (1) y también en la reseña del X Congreso celebrado en Málaga escrita en estas mismas páginas por el profesor Juan Antonio Rodríguez Sánchez (2).

Los datos del Congreso de Santiago confirman la tendencia descendente en cuanto a número de comunicaciones presentadas que se observa desde el Congreso de Zaragoza en 1989; en él se presentaron 156, en Málaga en 1996, 114 y en Santiago se han presentado 96. En su reseña del Congreso de Málaga el profesor Rodríguez Sánchez barajó como posible causa de la tendencia que se iniciaba el hecho de que el tema general del congreso, que era «La medicina en el siglo XX» podría no ser aún, en su opinión, un tema en el que recayeran los intereses de los investigadores españoles. Sin embargo, los temas

-
- (1) CARRILLO MARTOS, J. L.; OLAGÜE DE ROS, G. Las comunicaciones de tema libre en los Congresos Nacionales de Historia de la Medicina (1963-1986). In: Bujosa Homar, F. et al (eds.), *Actas del IX Congreso de Nacional de Historia de la Medicina (Zaragoza, 1989)*, Zaragoza, Universidad de Zaragoza, 1991, vol. 4, pp. 1121-1154.
 - (2) RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, J. A. X Congreso Nacional de Historia de la Medicina: La Medicina en el siglo XX (Málaga, 22-24 de Febrero de 1996). *Dynamis*, 1997, 17, 429-434.

de este XI Congreso han sido diferentes y la tendencia no ha remitido, sino que se ha confirmado. Esto exige una explicación más general.

Para tratar de hallarla he observado el número total de comunicaciones presentadas en cada uno de los congresos celebrados hasta la fecha de los cuales se disponen datos (son todos menos el celebrado en Barcelona en 1979). A lo largo de la historia de la SEHM, se suceden periódicamente en los congresos descensos del número de comunicaciones presentadas, que culminan en los congresos de menor participación y ascensos, que culminan en los congresos de mayor participación. La representación gráfica de esta sucesión es una función ondulatoria cuya altura es variable, pero cuyo periodo es similar, en torno a 15 años (14 y 16). ¿ Por qué se da esta variación en el nivel, en la importancia de los congresos celebrados hasta ahora? ¿ Por qué se da esta variación de forma periódica cada 15 años aproximadamente?

En cuanto a la primera pregunta, he buscado la explicación en la historia de la disciplina en nuestro país y en la historia de la SEHM, y, como era de esperar, la variación en la importancia de los congresos es un reflejo de las variaciones que ambas experimentan a lo largo de los años. Según esto podemos distinguir tres etapas:

a) 1959-1973. Los Congresos I y II, con su escaso número de comunicaciones, coinciden con el periodo de consolidación en que se encontraba la Historia de la Medicina en nuestro país al comienzo de la década de los 60 (de hecho desde la fundación de la SEHM en 1959). En los Congresos III y IV, se da el primer pico de participación, consecuencia del aumento de cultivadores de la disciplina gracias a la mayor institucionalización de la misma, con la creación de la cátedra de Valencia en 1970, de las agregaduras de Granada en 1971, Autónoma de Barcelona en 1973, Valladolid en 1973, Valencia en 1975 y Murcia en 1975 y, además, con las nuevas incorporaciones a centros ya existentes.

b) 1973-1989. El V Congreso, en el que el número de comunicaciones presentadas sufre un brusco descenso respecto a los inmediatamente anteriores, coincide con un periodo de crisis en la SEHM y con una desviación de los esfuerzos de los historiadores de la medicina hacia la preparación de oposiciones a plazas de universidad o hacia magnas empresas como la *Historia Universal de la Medicina*. Los Congresos VII y VIII inician una tendencia ascendente que culmina en el IX Congreso celebrado en Zaragoza en 1989, en el que se presenta el mayor número de comunicaciones registrado hasta la fecha, 156. Las causas de este ascenso serían el avance del proceso de institucionalización de la disciplina en esos años y el aumento de la actividad científica de los historiadores.

c) 1989-1998. Los Congresos X y XI, como ya se ha comentado, inician un nuevo descenso en el número de participantes, cuya causa es, quizás, pronto para poder valorar.

En cuanto a la segunda pregunta, el periodo de 15 años podría sugerir la existencia de un factor generacional, ya que para algunos historiadores ese es el tiempo que tarda en producirse un cambio de generaciones. Si esto fuera cierto, los congresos más importantes serían aquellos en que culmina el empuje de una generación de historiadores, mientras que los congresos de menor participación serían momentos de transición entre dos generaciones.

Por tanto, el objetivo de ver este Congreso de Santiago a la luz de los congresos anteriores nos revelaría uno de esos momentos de transición entre grupos de historiadores y el periodo 1989-98 podría verse como el reflejo de una nueva etapa de la Historia de la Medicina en nuestro país cuyas características, quizá, en no mucho tiempo puedan ser tan bien explicadas como los profesores Carrillo y Olagüe explicaron las de las etapas anteriores.

Como último apunte de esta reseña, creo que es justo agradecer al Comité Organizador la calurosa acogida que dispensó la ciudad de Santiago a nuestro congreso, con los magníficos detalles de la recepción ofrecida por el alcalde en el Ayuntamiento, la visita a la Catedral y el almuerzo de clausura en el Hostal de los Reyes Católicos, que puso un broche final inmejorable a nuestra estancia compostelana.

FRANCISCO JAVIER MARTÍNEZ ANTONIO
Dpto. de CC. Documentación e Historia de la Ciencia
Universidad de Zaragoza