

# UN SIGLO CUIDANDO A LA SOCIEDAD

## CENTENARIO DEL RECONOCIMIENTO OFICIAL DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA

### MINISTERIO DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA Y BELLAS ARTES

Vista la instancia presentada por la Congregación de Siervas de María, Ministras de los enfermos, solicitando que se autorice para ejercer la profesión de enfermeras á las religiosas que acrediten tener los conocimientos necesarios con arreglo al Programa que con este fin se establezca,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer lo siguiente:

1.º Se aprueba el adjunto Programa de los conocimientos necesarios para habilitar de enfermeras á las que lo soliciten pertenecientes ó no á Comunidades religiosas.

2.º Los conocimientos que el Programa contiene podrán adquirirse previamente, asistiendo para los de carácter práctico á las clínicas, consultorios, asilos ú hospitales que á las aspirantes conengan.

3.º La prueba de suficiencia consistirá en un examen teórico-práctico ante un Tribunal análogo al que funciona para la reválida de practicantes de la Facultad de Medicina de Madrid, designado por el Decano.

4.º Las aspirantes aprobadas en estos exámenes obtendrán una certificación expedida por el Decano de la Facultad de Medicina, en la que hará constar que quedan autorizadas para ejercer la profesión de enfermeras.

5.º Los exámenes se verificarán todos los años en la Facultad de Medicina de la Universidad Central en la fecha que designe el Decanato.

6.º Las aspirantes á enfermeras satisfarán en la Secretaría de la Facultad para formación de expediente tres pesetas y para pagos de derechos de examen 10 pesetas, con opción á segundo examen, tres meses después como plazo mínimo, las que no obtuviesen la aprobación en el primero.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 7 de Mayo de 1915.

ESTEBAN COLLANTES.  
Señor Subsecretario de este Ministerio.



Coordinadores:

MARÍA LUZ FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ  
ANTONIO CLARET GARCÍA MARTÍNEZ  
MANUEL JESÚS GARCÍA MARTÍNEZ



COLEGIO DE  
ENFERMERÍA  
DE CANTABRIA





# Un siglo cuidando a la Sociedad

Centenario del reconocimiento  
oficial de la Enfermería en España

Coordinadores:

María Luz Fernández Fernández  
Antonio Claret García Martínez  
Manuel Jesús García Martínez

Colaboran:



GOBIERNO  
de  
CANTABRIA

Consejería de Educación,  
Cultura y Deporte



Vicerrectorado de Investigación  
y Transferencia del Conocimiento



COLEGIO DE  
ENFERMERÍA  
DE CANTABRIA



Edita: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria  
c/ Cervantes, 10 - 5º  
39001 Santander

© Colegio de Enfermería de Cantabria

Colaboran:

- Consejería de Educación, Cultura y Deporte del Gobierno de Cantabria.
- Vicerrectorado de Investigación y Transferencia del Conocimiento. Universidad de Cantabria.

Depósito legal: SA 244-2015  
ISBN: 978-84-606-7630-0

Coordinadores:

Mariluz Fernández Fernández, Antonio Claret García Martínez, Manuel Jesús García Martínez

Maquetación e impresión:

Artes Gráficas J. Martínez, S.L. (Guarnizo, Cantabria)

Reservados todos los derechos.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro ni su tratamiento informático, ni la transmisión de alguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del titular de Copyright.

# ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE .....	5
PRÓLOGO. Rocío Cardeñoso.....	11
INTRODUCCIÓN. Francisca J. Hernández .....	15
CARTA DE S.M. EL REY.....	19
CAPÍTULO 1. REMEMORANDO 100 AÑOS DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA, 1915-2015.....	21
- <i>A Century Looking after Society</i> . Judith Shamian.....	23
- <i>Los avances de las ciencias médicas y los presupuestos que conducen a preparar el cambio</i> . José Francisco Díaz .....	31
- <i>Aspectos sociales y educativos que confluyen en el reconocimiento de derechos a las mujeres</i> . Consuelo Flecha .....	35
- <i>Antecedentes de la Enfermería que contribuirán al reconocimiento legal de la profesión</i> . Magdalena Santo Tomás.....	45
- <i>El papel de las religiosas en el reconocimiento oficial de la Enfermería en España</i> . María Elena González.....	57
- <i>The Contribution of Nursing Sisters in the Development of Nursing: The USA Experience</i> . Barbra Mann.....	67
- <i>100 Años de Enfermería en España</i> . María Paz Mompart .....	77
- <i>Aportación los/as religiosos/as a la Enfermería</i> . Francisca J. Hernández .....	89
- <i>Aspectos humanos y valores en la profesión enfermera</i> . M <sup>a</sup> Ángeles Matesanz .....	99
- <i>Aspectos filosóficos y éticos de la profesión enfermera</i> . Montserrat Teixidor .....	107
- <i>Formación y trabajo interdisciplinar: las enfermeras y otros colectivos en el ámbito sanitario</i> . María Carmen Sellán.....	123
- <i>La Enfermería ante los nuevos escenarios: el ejercicio de la Práctica</i> . Cristina Cuevas.....	133
- <i>La Enfermería ante los nuevos escenarios en el ámbito de la Educación</i> . Pilar Tazón.....	145
- <i>Investigación, pedagogía y practicidad de la Historia de la Enfermería</i> . Carmen González ....	157
- <i>Claves para afrontar el futuro profesional</i> . Rocío Cardeñoso .....	167
CAPÍTULO 2. LAS PROFESIONES SANITARIAS A FINALES DEL SIGLO XIX Y PRINCIPIOS DEL XX.....	173
- <i>Cuándo nace en España la enfermera o cuidadora social</i> . M <sup>a</sup> Asunción Amillano.....	175
- <i>Historia de la primera escuela de enfermeras con programa oficial en España, 1915</i> . Sor Consuelo Barreno.....	181
- <i>Análisis de documentos de Nightingale dirigidos a enfermeras. "Notas de Enfermería" no es para enfermeras</i> . Mónica Cordeiro.....	187
- <i>El «Manual del Sanitario-Practicante» de César Juarros Ortega (1915)</i> . Antonio Jesús Marín, Francisco Herrera.....	193

	Pág.
- <i>Las enfermeras portuguesas en la I Guerra Mundial – Lecturas en la prensa generalista.</i> Ana María Barros, Lucília Nunes .....	199
- <i>La Enfermeras (1915-1953): El reflejo en la prensa de su regulación docente y profesional.</i> Natalia Becerril-Ramírez, Concha Germán-Bes, Yolanda Martínez-Santos .....	203
- <i>Historia de las Damas Auxiliares Voluntarias de la Cruz Roja en Torrelavega.</i> Rosana Revuelta, R. Isabel Gómez, Graciela Santamaría.....	209
- <i>Historia de la tramitación y consecución del título de enfermera oficial para toda España.</i> María Teresa Yoldi.....	213
- <i>Papel de la Duquesa de la Victoria en la Enfermería española moderna.</i> María López.....	219
- <i>Evolución de la profesión enfermera en la comunidad.</i> Marina Lecue, Marta Alfonsa Dehesa, Enara Sainz.....	225
- <i>La Enfermería en la prensa española de principios del siglo XX.</i> J. Centeno, FJ. Hernández .	231
- <i>Evolución de los cuidados de Enfermería en la Diputación Provincial de Granada.</i> Adoración Muñoz, Esther María Garrido, Eva María Martínez .....	237
- <i>Análisis de la evolución de la Enfermería Española, momentos significativos, de oficio a profesión.</i> Marta García, Marta Gómez, Noelia González .....	243
- <i>“Guárdame un secreto”.</i> Rosa María Nieves, Lorena Oterino, María Cayón .....	249
- <i>Concepción Arenal y La Voz de la Caridad: una líder sociosanitaria del siglo XIX.</i> Néstor Serrano, Carmen Chamizo .....	255
- <i>La Enfermería sanitaria en los Buques de la Armada (1895-1898).</i> A. Cruz, F. Conde, A. Núñez .....	261
- <i>Contratación del personal sanitario en el hospital municipal de Trujillo en 1894.</i> Esperanza Santano, Sergio Rico, José Manuel Solís.....	265
- <i>Fuentes documentales para el estudio de la historia de Enfermería desde 1915 en La Rioja.</i> Ana Cobos, Jorge Mínguez, Concepción Germán.....	271
<b>CAPÍTULO 3. EL PAPEL DE LAS RELIGIOSAS EN EL RECONOCIMIENTO DE LA ENFERMERÍA.</b> .....	275
- <i>Siervas de María en la Región de Murcia: mujeres al cuidado de los enfermos.</i> M <sup>a</sup> Ángeles Navarro, Carlos Daniel Landaeta .....	277
- <i>Las enfermeras religiosas en Estados Unidos (1727-1861): la herencia francesa.</i> Ana Choperena.....	287
- <i>La construcción narrativa de la identidad enfermera en la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.</i> Antonio Vázquez, Begoña Cuenca, Florentino Blanco .....	291
- <i>Salus Infirmorum en Tánger en los años 1952-1956.</i> Concepción Mata, Isabel Lepiani, Josefa Calatayud.....	297
- <i>Las enfermeras religiosas en Estados Unidos (1861-1865): la Guerra Civil Americana.</i> Ana Choperena.....	301
- <i>Sor Paula Alzola Lizarritarra (1847-1934). Vida y Obra de una Hermana de la Caridad en Huelva.</i> José Eugenio Guerra-González, Carmen M <sup>a</sup> Martínez-Sánchez.....	305
- <i>Evolución de los cuidados geriátricos a través de una institución religiosa: las Hermanitas de los Ancianos Desamparados.</i> C.M. Sarabia-Cobo, E. Domínguez, P. de Lorena.....	311
- <i>“Salus infirmorum y la formación de la Enfermería en Cádiz (1952-2015)”.</i> Alonso Núñez, Francisco Glicerio Conde, Juan Carlos Paramio.....	315
- <i>Salus Infirmorum y la formación enfermera.</i> Elena Chamorro, José Siles .....	319
- <i>María Fernández Pérez-Rasilla “Maruchi” modelo de vocación.</i> Gloria de Alfonso .....	323

	Pág.
- <i>El vestido en la enfermería: los símbolos de una vocación.</i> María Cayón, Rosa M <sup>o</sup> Nieves, Lorena Oterino .....	329
- <i>La contribución de las enfermeras en el cuidado de los niños y niñas en el primer consultorio de niños de pecho en Madrid (Gota de leche).</i> M <sup>o</sup> Carmen Sellán, M <sup>o</sup> Luisa Díaz, M <sup>o</sup> Cristina Ulecia.....	335
- <i>"In omnibus caritas": la sanidad al servicio de la caridad en Salus Infirmorum.</i> Francisco Glicerio Conde, Alonso Núñez, Mercedes Almagro.....	341
CAPÍTULO 4. LA ENFERMERÍA ENTRE LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA Y LA TRANSICIÓN DEMOCRÁTICA. ....	345
- <i>Enfermeras Internacionales en la Guerra Civil Española (1936-1939).</i> Gloria Gallego-Caminero, Sioban Nelson, Paola Galbany-Estragué.....	347
- <i>Cuidar en tiempos de Guerra Civil (1936-1939).</i> Manuel Monge.....	353
- <i>Creación de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en España (1953-1980).</i> Yolanda Martínez, Concha Germán.....	359
- <i>La enfermería de posguerra en el Boletín Oficial de la Cruz Roja de Cádiz (1939-1940).</i> Antonio Jesús Marín, Francisco Herrera.....	365
- <i>La formación de las Damas Auxiliares de la sanidad militar en España.</i> Carmen Sellán, Enrique Maldonado, Gabriel Segura.....	371
- <i>El reflejo de las desigualdades de género en la normativa sanitaria del año 1967.</i> Isabel Lepiani, Concepción Mata, Antonio Mejías.....	377
- <i>Enfermería Familiar y Comunitaria en España: de Instructoras Sanitarias a Enfermeras Especialistas.</i> Rosa Isabel Fernández, María Isabel Santos.....	381
- <i>Origen de la enfermería en el cuerpo de bomberos del Ayuntamiento de Barcelona.</i> Carmen Vila.....	385
- <i>Restaurar los saberes y prácticas del cuidar - curar: aproximación histórica al caso hospitalario de Tarragona.</i> Josep Barceló, Virtudes Rodero, Carme Vives.....	391
- <i>La práctica laboral enfermera en el Alicante franquista.</i> Alfredo González-Flores, María Eugenia Galiana-Sánchez, Josep Bernabeu-Mestrec.....	397
- <i>Marjory Warren. Pionera en la Enfermería Geriátrica y Gerontológica.</i> Belén Marco.....	403
- <i>Los fisioterapeutas como especialidad del ATS en la Universidad de Zaragoza (1960-1981).</i> Vicenta Gómara, Concha Germán.....	405
- <i>Enfermería y medicina hospitalarias en los inicios de la transición sanitaria en Vitoria.</i> Manuel Ferreiro, Juan Lezaun.....	409
- <i>La convalidación de las Enfermeras por ATS en 1978: el final de una marginación.</i> Concha Germán-Bes, Yolanda Martínez-Santos, Natalia Becerril-Ramírez.....	415
- <i>El nuevo perfil familiar de la enfermera hospitalaria española de los años 70.</i> Isabel Delmás, Consuelo Miqueo.....	421
- <i>El laborioso camino recorrido por la Enfermería Española en el ámbito de los cuidados naturales.</i> M <sup>o</sup> Elena Pueyo, Ovidio Céspedes, M <sup>o</sup> Paz Castillo.....	429
- <i>Ayer y hoy del lavado de manos.</i> Eva M <sup>o</sup> Rodríguez, Cristina Ruiz.....	435
- <i>La Enfermería en Prisiones.</i> Ángel María López, José Ramón Borrás, María Pilar Fernández.....	437
- <i>La Enfermería Nefrológica Cantabra: Cuarenta años cuidando al paciente renal.</i> Marina Rojo, Camino Villa, Magdalena Gándara.....	445



	Pág.
- <i>Enfermería en el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo (España): 40 años Cuidando a las personas con Lesión Medular Espinal (LME).</i> Ana María Laza .....	449
CAPÍTULO 5. HISTORIA DE LAS MATRONAS.....	457
- <i>Incorporación de las matronas a la beneficencia municipal en Cuenca: el caso de Juliana Zamora.</i> Alberto González, Rubén Mirón .....	459
- <i>La asistencia al parto en condiciones adversas: matronas en las chabolas (Cataluña, 1945-1972).</i> Coral Cuadrada, Susana Abajo .....	465
- <i>Las parteras y matronas de la asistencia domiciliar. El caso de Soria (1900-1988).</i> M <sup>º</sup> del Carmen Rojo, Consuelo Miqueo .....	471
- <i>El papel de la matrona en el proceso de humanización del parto.</i> Noelia González, Vanesa Gata, Marta García .....	477
- <i>Evolución de las matronas de la mano de las sociedades en la historia.</i> Laura Gutiérrez.....	483
- <i>Las parteras y el cuidado enfermero. Historia de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.</i> María de la Luz P. Bonilla, Carolina Trujillo, Ines Tenahua .....	491
CAPÍTULO 6. LA ENFERMERÍA ANTE LOS NUEVOS ESCENARIOS.....	497
- <i>10 Años del grupo FEBE y sus aportaciones a la historia de la Enfermería.</i> Lidia Fernández, Carme Valiente, Susana Santos .....	499
- <i>La Revista Rol: treinta y siete años haciendo historia con la Enfermería.</i> Mario Flores, Alexandra Gualdrón, María Luz Fernández .....	505
- <i>Evolución de la Revista ROL de Enfermería (1978-2008): un análisis bibliográfico.</i> Clara Duerto, Consuelo Miqueo.....	509
- <i>La excelencia en cuidados de Enfermería desde Ontario al Hospital Sierrallana-Tres Mares.</i> Graciela Santamaría, María Cayón, Rosa María Nieves .....	515
- <i>Hospitalización domiciliaria: Interconexión entre niveles asistenciales en el siglo XXI.</i> C. Carrera, G. A. Sgaramella, Y. Díaz.....	519
- <i>Aplicación de la Teoría de Hildegard Peplau siguiendo la metodología enfermera: un caso clínico.</i> Keyth Lany de Oliveira, Beatriz Merayo, Concha Bolado .....	525
- <i>Una nueva vision de la educacion para la salud junto al paciente del siglo XXI.</i> LM. López, MS. Blanco, MC. González .....	531
- <i>Aportaciones de la primera generación de la Maestría en Ciencias de Enfermería.</i> María Teresa Lidia Salazar, Graciela Arrijoa, Erika Pérez.....	537
CAPÍTULO 7. HACIA LOS ORÍGENES DE LA ENFERMERÍA.....	541
- <i>El hospital militar romano y su trascendencia en la edad contemporánea.</i> Fernando Gil .....	543
- <i>La fallida implantación de la Orden Juandediana en Vitoria en el siglo XVI.</i> Manuel Ferreiro, Juan Lezaun.....	547
- <i>Desarrollo en cuidados, sociedad y medicina: s. XV a XVI.</i> Sagrario Gómez, Ana M <sup>º</sup> Carrobles, Minerva Velasco.....	553
- <i>Papel de la Enfermería en diferentes etapas de la vida. De la Antigüedad hasta hoy.</i> Lidia Fernández, Natalia Díaz.....	559
- <i>La cama de la "Habitación del monje loco" en las enfermerías de lo Convento de Mafra (Séc. XVIII).</i> Óscar Ferreira, Cristina Baixinho, Isabel Ferraz.....	565

	Pág.
- <i>Madrasat al Kabilat. La Escuela de Hakimas de Mehmet Alí y Clot Bey.</i> A. Pozuelo, A. Dusuky.....	569
- <i>Particularidades arquitectónicas de las enfermerías del Convento de Mafra: Preocupaciones portuguesas en el siglo XVIII.</i> Helga Rafael, Óscar Ferreira, Cristina Baixinho.....	575
- <i>La alimentación de los enfermos en la enfermería del Convento (siglo XVIII).</i> Isabel Ferraz, Helga Rafael, Óscar Ferreira.....	581
- <i>La vida cotidiana de los monjes enfermos en el Convento de Mafra (siglo XVIII).</i> Cristina Baixinho, Isabel Pereira, Helga Rafael.....	587
- <i>Conexiones de sentido: paracelso y el arte de curar y cuidar.</i> Ramón del Gallego, Paloma Posada, Francisca J. Hernández.....	593
- <i>Fray Farfán: Primer manual de Enfermedades de la Nueva España 1592. Cuidar con plantas.</i> M. Fraile, LM. Hernández, DJ. Fera.....	599
- <i>Instrumentos médico-quirúrgicos en las Provincias de la Hispania romana.</i> Eladio J. Rolo, Elena Pérez.....	605
- <i>La terapia musical como intervención enfermera.</i> Lorena Oterino, Isabel Gómez, Rosana Revuelta.....	609
- <i>Identificación del lenguaje tradicional del cuidado en los textos bíblicos.</i> Carmen Goday, Alexandra González, Marta Fernández.....	613
- <i>Control de la natalidad en diferentes épocas y culturas: Edad Media.</i> Minerva Velasco, Sagrario Gómez, Ana M <sup>a</sup> Carrobles.....	619
- <i>Un recorrido histórico de los conceptos de climaterio y menopausia a través de los tiempos.</i> Ana M <sup>a</sup> Carrobles, Minerva Velasco, Sagrario Gómez.....	625
<b>CAPÍTULO 8. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN HISTÓRICA EN ENFERMERÍA.....</b>	<b>631</b>
- <i>Abordajes de la Historia de la Enfermería.</i> Amparo Nogales.....	633
- <i>La Enfermería en las monedas del mundo.</i> Manuel Herrero, Paula Parás, Encarnación Olavarría.....	639
- <i>Contribuyendo a la socialización del alumnado mediante el aprendizaje reflexivo de la historia enfermera.</i> M. Carmen Olivé-Ferrer, Victoria Hernández-Grima.....	645
- <i>Los registros de títulos universitarios. Una fuente para la Historia de la Enfermería desde el último tercio del XIX.</i> Manuel Jesús García.....	649
- <i>Los Cursos de Verano como plataforma formativa.</i> M <sup>a</sup> Inmaculada Torrijos, M <sup>a</sup> Luz Fernández, Germán Varona.....	655
- <i>Elaboración de un método para la traducción de los lenguajes tradicionales del cuidado.</i> Carmen Goday, Jorge Gómez, José M <sup>a</sup> Santamaría.....	659
- <i>Enfermería y cine, la historia de la salud, la vida y la muerte.</i> Elena Pérez, Eladio J. Rolo.....	667
- <i>Enfermería escolar: descubrir quienes fuimos para comprender quienes somos.</i> Laura García, Pablo Pérez.....	671
- <i>Un paseo por Madrid con mirada enfermera.</i> Ángela González, Esperanza, Francisco José Hernández.....	677
- <i>Un proyecto de investigación histórica a través de Internet: la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sevilla.</i> Antonio Claret García.....	685
- <i>Cuando enseñar es un arte aprender es un placer.</i> Ana Isabel Martínez, Ana Belén Subirón, Ana Carmen Lucha.....	691

	Pág.
CAPÍTULO 9. ENFERMERÍA: ENTRE EL PASADO Y EL PRESENTE.....	697
- <i>Revisión bibliográfica sobre la administración de fármacos en enfermería.</i> Rosario Palacios, Marta Tezanos, Patricia Velasco .....	699
- <i>Hospital Sierrallana, historia del servicio de urgencias y su equipo de enfermería.</i> Consuelo Ruiz, Laura Agüeros, Agustín Felipe Gómez.....	703
- <i>La enfermera en el servicio de urgencias de atención primaria de Castro-Urdiales.</i> Marta Alfonso Dehesa, Lucía De La Torre, Marina Lecue .....	707
- <i>Trayectoria enfermera en las unidades de cuidados paliativos de Cantabria.</i> Ana Manzananas, Celinda López, Inmaculada Novo .....	713
- <i>La formación continuada en Reanimación Cardiopulmonar: Una experiencia de veintiocho años.</i> M <sup>a</sup> Inmaculada Torrijos, Milagros Chasco, M <sup>a</sup> Dolores Herrero .....	719
- <i>Enfermería transfusional: el trayecto de la asistencia a las funciones plenas.</i> Ángeles Heredia, Cèlia Benaiges, Enric Fusté .....	723
- <i>Campos de incertidumbre de las enfermeras españolas en las unidades de cuidados intensivos.</i> Isabel Pérez, María Alexandra Gualdrón .....	729
- <i>Celulitis Infecciosa y el proceso enfermero en hospitalización domiciliaria.</i> Laura Pardo, Patricia María Gutiérrez, María Teresa Baños.....	733
- <i>Tratamiento con Ertapenem en Centros Sociosanitarios con Hospitalización a Domicilio; una alternativa segura en 2014.</i> Laura Pardo, Guisi Sgaramella, Iciar Allende .....	739
- <i>Percepción subjetiva del papel del enfermero rural: influencia en los roles sociales de la población.</i> Avelino Saiz, Diego Quijano .....	743
- <i>Evolución histórica de los dispositivos de ostomía.</i> Encarna Olavarría, Paula Paras, Manuel Herrero.....	749
- <i>El cuidado del paciente renal en Europa: aportación de la Enfermería de Cantabria.</i> Magdalena Gándara, Camino Villa, Marina Rojo .....	753
- <i>Importancia de la Enfermería en el cuidado del paciente con VIH. 30 años de experiencia.</i> Eusebia San Pedro, Josefina Fernández, Pilar de la Maza .....	757
- <i>20 años de evolución de la revista "Enfermería en Cardiología".</i> Ana Torres, Mario Flores, Jaione Ipiña .....	763
- <i>Importancia del papel de la Enfermería en el cuidado de la salud de la etnia gitana en Cantabria.</i> María del Carmen González, Luis Mariano López, Sara González .....	767
- <i>Colegio Profesional y Fundación. Sinergias en el tiempo.</i> Raúl Fernández, Rocío Cardeñoso, Cristina San Emeterio .....	773
- <i>Visita de acogida a nuestros pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Unidad Monográfica Valdecilla.</i> María Soledad Serrano.....	779
- <i>La evolución del papel de las enfermeras en las unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricos: a propósito de un caso.</i> Antonio Vázquez, M <sup>a</sup> Luisa Díaz, Pedro Piqueras .....	783
- <i>¿Cómo han cambiado las pautas de curas de heridas en los últimos 25 años?.</i> Raquel Menezo, Sonia Pérez, Manuel Herrero .....	789
- <i>Opinión de pacientes, enfermeras y alumnos mediante encuesta validada sobre prácticas clínicas de alumnos Enfermería.</i> Paloma Rodríguez, Esperanza Vélez, Ángela González ....	793
COLOFÓN.....	799

100 años



PRÓLOGO

5

CIÓN

6

lando a la  
TORIA



**C**OMO Presidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria, ha sido un honor y una satisfacción, haber podido acoger la celebración del Centenario del Título de Enfermera en España, Orden de 7 de mayo de 1915, junto con el Seminario Permanente de Investigación para la Historia de la Enfermería.

La presente obra pretende dejar constancia de esta efemérides, tan significativa para la Enfermería española, en la que los lectores encontrarán la recopilación de un conjunto de trabajos de investigación en los que los distintos autores, mediante un proceso de reflexión y análisis, nos permiten identificar las circunstancias que favorecieron la creación del título de enfermera y el desarrollo de la profesión a largo de un siglo.

Para los enfermeros y enfermeras de Cantabria, la celebración de este evento significa una oportunidad única de recordar los avatares de una centuria profesional en la que han confluído dos siglos de la humanidad, el XX y el XXI. Los contextos y escenarios que han concurrido en todos estos años han sido determinantes para la profesión enfermera. Ésta, consciente de las distintas realidades históricas en las que se ha desarrollado, ha debido adaptarse a los cambios y transformaciones de las diferentes realidades sociales y asumir las demandas de cuidados requeridas en cada momento.

Un siglo parece mucho tiempo, sin embargo, a la vista de las aportaciones de este libro, podrá apreciarse que apenas es nada para nuestra profesión, que, aunque su existencia se hunde en las raíces de la humanidad, su carácter profesional hay que situarlo en la Edad Contemporánea.

A pesar de todo, el progreso ha sido imparable, fundamentalmente desde mediados del siglo XX, y a partir de los años setenta para la Enfermería española. Aun así, en nuestro desarrollo, al igual que otras profesiones, intervienen múltiples factores, políticos, sociales, económicos, religiosos y culturales, que antes, ahora y en el futuro, condicionan nuestra praxis.

Sin embargo, la trasmisión a la sociedad de una imagen profesional enfermera clara y específica es nuestra responsabilidad, dejando constancia de ello en cada una de las acciones de cuidados, en la formación a los futuros profesionales, y en resultados de investigación de calidad e innovadores y cuya aplicación contribuya a mejorar la salud de las personas.

Para todo ello, es imprescindible identificar y reconocer nuestro pasado y pararnos en el presente, sólo así, seremos capaces de construir un futuro sólido y relevante. Estoy segura que la lectura de los artículos recogidos en este libro contribuirán a ello, ayudándonos a cimentar la disciplina enfermera y su ejercicio profesional.

**Rocío Cardeñoso Herrero**

Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria



100 años



## INTRODUCCIÓN

5

CIÓN

6

lando a la  
TORIA





## LA ENFERMERIA: CIEN AÑOS DE HISTORIA DEL RECONOCIMIENTO OFICIAL

La Enfermería con su dedicación al cuidado a los enfermos, tan antigua como la humanidad, se ha entendido durante muchos siglos como un acto de amor al semejante y por ello su reconocimiento se interpretaba como un ejercicio de amor familiar o de caridad. Tan sólo en este último siglo se le ha dado un reconocimiento profesional.

El objetivo de este libro es hacer memoria, a la par que un balance, de lo que ha ocurrido en este último siglo, mejor en estos cien últimos años en España, desde que un 7 de mayo de 1915, su Majestad, nuestro Rey Alfonso, XIII firmase una Real Orden por la que se reconocía Oficialmente a la Enfermería con el carácter de Profesión y, por ello, para poder ejercer como tal era necesario acreditar un conocimiento de lo que es e implica cuidar, realizando un examen teórico y práctico para la obtención del certificado Oficial, en principio en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid, después en otras. Este hecho histórico que aquí conmemoramos es el punto inicial para que la enfermería se integre durante este siglo de pleno derecho en la Sanidad, llevando la organización y responsabilidad de la enfermería asistencial y también en la Universidad y pueda hoy desarrollar todas las funciones otorgadas a los estudios universitarios: la docencia, la investigación y la práctica.

¿Por qué hablar en este libro de cien años? La historia tiene como objetivo narrar las acciones de los seres humanos, hacerse eco de sus roles, tradiciones e instituciones. De ello se ocupan los libros de Historia de la Enfermería. Si narrar los hechos en un momento determinado tiene su dificultad, querer reflejar lo ocurrido en cien años se hace imposible. De ahí que se hizo necesario captar los hitos fundamentales y sus trayectorias profesionales y humanas que nos han conducido hasta este momento. Y ésta fue la tarea de quienes diseñamos este Congreso, en donde se enmarcan los trabajos y las investigaciones presentadas que pueden leer en él.

El libro se centra en la etapa de mayores cambios y avances para este oficio del que hace cien años iniciara un nuevo camino, pues marca las líneas que conducirán a ese reconocimiento que le otorgará el pleno desarrollo profesional. Un tiempo en que la enfermería va marcando de hito en hito ese tempo, adentrándose en los problemas no sólo en el ámbito de la asistencia a los enfermos en el hospital, sino marcando su lugar en el campo de la salud a nivel social con su reclamo para el desarrollo de todas las campañas a nivel nacional: antituberculosa, de salud y educación infantil, de salud pública, de higiene y salud mental, venérea, dental, ocupando un espacio como enfermeras visitadoras, en la atención de la salud de la población, hasta su integración total.

Este acontecimiento que celebramos del "Centenario del reconocimiento Oficial de la Enfermería en España (1915-2015) " en este XIV Congreso Nacional y IX Internacional ha sido posible por el compromiso adquirido entre la Presidenta y Comisión Permanente del Seminario para la

Investigación de la Historia de la Enfermería y D<sup>a</sup> Rocío Cardeñoso Herrero, Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria, quien, con su Junta Directiva, ha sabido aunar esfuerzos y superar dificultades, consiguiendo los apoyos institucionales para dar forma al evento científico. No están todas las instituciones que debieran, pero sí las necesarias. Gracias. También mi más sincero agradecimiento a quienes han tejido los hilos (relaciones) y llevado el peso de la organización, a la Profesora M<sup>a</sup> Luz Fernández, Profesora de la E.U.E. de la "Casa de Salud Valdecilla" - Universidad de Cantabria, y a Dña. Pilar Elena Sinobas, Vicepresidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria, quienes con su experiencia y solvencia nos han ayudado a disfrutar de un programa excepcional.

Y en esta introducción agradecemos a la Dra. Judith Shaiman, Presidenta del Consejo Internacional de Enfermería (C.I.E.) el haber aceptado nuestra invitación y contribuir con su presencia y reflexión a dar apoyo desde el organismo que representa al reconocimiento de nuestra historia y al lugar que ocupa hoy la enfermería en nuestra la sociedad.

Este acontecimiento es del que hacemos memoria y celebramos en este Congreso que organizan el Seminario Permanente para la Investigación de la Historia con el Colegio Oficial de Enfermería de Santander con las aportaciones y reflexión de quienes hemos participado en el Congreso. Gracias. Confiamos que las nuevas generaciones de enfermeros a quienes ofrecemos este libro puedan encontrar en él el fundamento, la aportación y el desarrollo de nuestra profesión y contribuya a reconocer su memoria y su Historia.

**Francisca J. Hernández Martín**  
Presidenta Seminario (SPIHE)



CASA DE S. M. EL REY

CREDENCIAL

Nº 077/2015

**Su Majestad la Reina**, accediendo a la petición que tan amablemente Le ha sido formulada, ha tenido a bien aceptar la

**PRESIDENCIA DE HONOR**

del «**XIV CONGRESO NACIONAL Y IX INTERNACIONAL DE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA**» que, con el lema "*Un siglo cuidando de la sociedad*", se celebrará en Santander (Cantabria) del 7 al 9 del próximo mes de mayo.

Lo que me complace participarle para su conocimiento y efectos.

PALACIO DE LA ZARZUELA, 25 de febrero de 2015

EL JEFE DE LA CASA DE S.M. EL REY,

SEÑORA PRESIDENTA DEL COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CANTABRIA.

SANTANDER (Cantabria)



CASA DE S. M. EL REY

EL JEFE DE LA SECRETARÍA  
DE S. M. LA REINA

Palacio de La Zarzuela  
Madrid, 24 de febrero de 2015

Señora Doña  
ROCÍO CARDEÑOSO HERRERO  
Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria  
C/ Cervantes, nº 10 - 5º. Aptdo. 571  
39071 SANTANDER (Cantabria)

Estimada Presidenta:

Como continuación a mi carta del pasado 10 de octubre, me complace informarle de que Su Majestad la Reina, atendiendo el ofrecimiento que tan amablemente le ha sido formulado, ha tenido a bien aceptar la Presidencia de Honor del «XIV Congreso Nacional y IX Internacional de Historia de la Enfermería» que, con el lema *"Un siglo cuidando de la sociedad"*, se celebrará en Santander (Cantabria) del 7 al 9 del próximo mes de mayo.

Adjunto tengo mucho gusto en remitirle la correspondiente Credencial, señalándole que no será posible Su presencia en el acto de inauguración del mencionado Congreso por motivos de agenda.

Reciba un cordial saludo,

JOSÉ MANUEL ZULETA

bo



CAPÍTULO 1

*Rememorando 100 años  
de Enfermería en España, 1915-2015*



## A CENTURY LOOKING AFTER SOCIETY

### *Un siglo cuidando a la sociedad*

**Judith Shamian**

President, International Council of Nurses

Dear Colleagues and Guests,

I am delighted to be here today to help you celebrate a Centenary of Nursing's Official Recognition in Spain. I bring congratulations and warm greetings from the International Council of Nurses (ICN) – its Board of Directors and staff, and your colleagues in the over 130 national nurses' associations that ICN represents.

In his play *The Tempest*, English writer William Shakespeare wrote that “what's past is prologue.” Just as the prologue of a book introduces what lays ahead, our history sets the scene for what we have become and will become. Today, as we celebrate a century of nursing, I would like to reflect on ICN's past, as well as our current challenges and future perspectives.

Before we move back in time, however, consider that ICN was the world's first – and remains the widest-reaching – international organisation for health professionals. Today a federation of 133 national nursing associations, ICN speaks on behalf of the more than 16 million nurses globally.

ICN is a vibrant nongovernmental professional organisation that gives nursing associations from every continent an international voice. Our members – professional associations, unions and regulatory bodies – share an interest in quality care for patients and quality education and practice for nurses.

ICN's mission is to represent nurses and nursing worldwide, advancing the profession and influencing health policy. At the core of all ICN work is the goal of improving patient outcomes by strengthening nursing and nurses. In today's complex global environment all this is an ambitious undertaking.

ICN's current mission would have a familiar ring to those who helped launch the organisation 116 years ago. Allow me to take you back there now – to the prologue of our story. Since our time together is short, however, I will only be able to skim the surface. More detail can be found in three excellent books written on ICN's first century (1,2,3) as well as in 1999 issues of ICN's flagship journal, the *International Nursing Review*.

In looking to ICN's past, I will focus on how and why ICN began, and briefly review some of



its key accomplishments over the years. Next, I will highlight the main work of the organisation faces today. And finally, I will provide some perspective on what lies down the road. Let us begin our journey.

## ICN'S PAST

ICN's story officially began in 1899 with the pioneering vision of a handful of nurses who were engaged in the international women's movement of the time. Among these nurses was Ethel Gordon Fenwick, of Great Britain, one of ICN's founders.

Directly following a meeting of the International Council of Women in London, England, in July 1899, Fenwick proposed what would become known as her "international idea" – that nurses of various countries unite in an international nursing organisation.

At the time, organised nursing was sweeping across Europe and North America. Fenwick believed that by encouraging and uniting national nursing societies, nurses would advance their profession at home. But more, they would promote the highest standards abroad so that people worldwide received quality nursing care. ICN continues to work for this same goal today, whether we are addressing issues of regulation, professional practice or socioeconomic welfare.

One year after Fenwick launched her international idea, the ICN constitution was approved and Fenwick was elected as the organisation's inaugural president. The first congress was held the next year – 1901 – in Buffalo, New York.

The first associations ready for federation under the ICN constitution were Great Britain, the United States and Germany in 1904 and the national associations of Holland, Finland, Denmark and Canada in 1909. These numbers are impressive, especially if you consider that in those early years "ICN had no funds, no office, and often painfully slow communication among its members."<sup>1</sup> And yet, in the years that followed more member countries would join ICN, as Fenwick's international idea took hold.

Later, the destruction and political realignments of the First and Second World Wars in Europe deeply affected and transformed the ICN. Some member associations no longer existed, and for others, it was a slow climb back to membership status. Despite the disruption, ICN regrouped and entered a period of stability that gave rise to growth and activism.

During the post-war years, ICN defended nursing's work worldwide and claimed the right to speak for nursing in an ever wider sphere of influence. ICN collaborated with the United Nations and the World Health Organization and implemented a new, more global agenda. Some years later it also established an important relationship with the International Labour Organization and began to officially represent nurses on employment issues.

Meanwhile, changing economies and conditions for women's work in Africa, Asia, South America and Latin America helped enhance nurses' ability to create organisations and join ICN. As a result, the Anglo-European character of the organisation began to change during the 1950s with the introduction of many new member associations.<sup>2</sup>

Two landmark ICN publications were released in the years that followed: the *ICN Code of Ethics for Nurses*, which guides nurses in ethical decision making; and Virginia Henderson's now-classic book *Basic Principles of Nursing Care*, which has been translated into over 30 languages. What

---

1 Lynaugh, J.E. and Brush, B.L. The ICN Story - 1899-1999, *Int. Nsg. Review*, 46(1), Jan./Feb. 1999, p. 4.

2 Turmoil and transformation: ICN during the postwar years, *Int. Nursing Review*, 46(3), May/June 1999, p. 79.

inspired nurses who read Henderson's book was her idea of the unique function of the nurse. Today, the ICN definition of nursing draws on Henderson's 1960s ideas.

The 1970s and 1980s were a time of growth, challenge and financial stability for ICN. While bettering the socio-economic and professional welfare of nurses remained a high priority, the organisation also increased its involvement and scope of influence in other global health matters. For example, ICN took action to ensure a voice for nursing in the World Health Assembly's *Health for All by the Year 2000* initiative; formally endorsed the United Nation's Declaration of Human Rights; and took a public stand against smoking by supporting the World Health Organization's anti-smoking campaign. Meanwhile, it was challenged by issues ranging from the apartheid policies of South Africa to nuclear testing to the emergence of the HIV/AIDS epidemic.<sup>3</sup>

Indeed ICN was the first international health professional organisation to address the care of patients afflicted with AIDS. ICN's stance on HIV/AIDS signified a move away from policy *statements* to policy *actions*.

By the late 1980s, ICN was emerging as a key player in international circles. The key themes of the 1989 congress, held in Seoul, South Korea, were strength in the political arena and around the bargaining table. A year earlier, ICN launched its *Nursing Regulation: Moving Ahead* project. ICN leaders at the time believed that nurses' power and participation in health care policy and practice were diminished by the lack of regulatory consensus among nurses and nursing organisations concerning education, licensure, registration and practice. The project enabled nurse leaders to review, analyze, reassess and participate in the revision of regulations and laws controlling nursing practice in their countries.<sup>4</sup>

In 1996, meanwhile, ICN launched its ambitious Leadership for Change™ (LFC) programme, which continues to grow and help nurses develop as effective leaders and managers in a constantly changing health environment.

Since its inception, the LFC programme has been implemented in more than 60 countries in all regions. Today LFC graduates are involved in a range of nursing leadership activities, roles and partnerships. Through country projects, nurses have successfully worked to improve nursing care and reduce maternal mortality and hospital infections; address HIV/AIDS and malaria; and develop human resources development strategies, curricula, quality assurance programmes and new models of nursing care.

In 1999, ICN celebrated its first century. Like you, we reflected on our past but also looked to the new millennium and our goals for the future. We publicly released a new vision for the future of nursing – which can be summed up in one phrase: “Our mission is to lead our societies toward better health”.

Since the year 2000, ICN has established many new projects and programmes. Today, we have two other leadership programmes. One is the ICN Leadership in Negotiation project, which has reached nurses in Africa, Latin America, Asia, the Middle East, and the Caribbean. Nurses have utilised skills developed through the ICN LIN project to influence nursing and health legislation. They have achieved occupational health and safety legislation; better pay and working conditions; elimination of occupational health hazards; and development of public education.

And the most recent development in leadership within ICN is the Global Nursing Leadership Institute which was established in 2009 to provide a leadership programme for nurses in senior and

---

3 Brush, B.L. Change and Challenge: ICN during the 1970s & 1980s, *Int. Nursing Rev*, 46(4), July/Aug 1999, pp. 107-111.

4 Brush, B.L. Change and Challenge: ICN during the 1970s & 1980s, *Int. Nursing Rev*. 46(4), 1999, p. 111.

executive level positions. Facilitated by an expert and international faculty, the GNLI employs an action-learning approach within a collaborative and stimulating learning culture.

We also have other programmes which help prepare nurses for the challenges they face every day. One of these is the ICN TB/MDR-TB project which has been building global nursing capacity in the prevention, care and treatment of TB as part of the Lilly MDR-TB Partnership since 2005. The project uses transformational training methodology, designed specifically to encourage practice development. This means that experienced nurses, working mainly in the TB and HIV field, are trained to cascade information to nursing colleagues and other health workers with the purpose of making improvements to patient care delivery.

In **socio-economic welfare**, our work centre around responding to social issues within the workplace, ensuring fair and equitable compensation and other work benefits for nurses. We have utilised the work of experts to collect essential data on the contributions of nurses to health care and we disseminate this information to our members, along with news about trends in remuneration. In addition, we conduct regional and national workshops where association leaders compare trends, problems and solutions regarding workplace and economic issues.

It is clear that the goal of Universal Health Coverage and the upcoming Sustainable Development Goals cannot be achieved without a sufficient health workforce, adequately trained, appropriately remunerated and working under decent conditions.

## REGULATION

ICN has a long history in regulation, having been created in 1899 to ensure high standards of nursing education and practice globally. Our founders believed that to have a recognised system of education and a method for the controlling nursing was needed. The concept of universal standards was promulgated as ICN reasoned that principles governing nursing education and practice should be the same in every country because the need for nursing services is universal and the same, wherever it is being given. Thus, establishing higher standards for education and practice was a goal for international nursing from the beginning of ICN's life.

Today, we continue to believe that, in the face of the many challenges facing health professions and their patients globally – changing demography, increased expectations of health services, more mobile professionals – there is a greater need than ever for regulation systems that ensure quality of service and protect the public.

ICN has introduced so many other projects and programmes over the years. Many of you may well be familiar with the Girl Child Education Fund, for example, which supports the primary and secondary schooling of girls under the age of 18 in developing countries whose nurse parent or parents have died. The idea for this project grew out of the Girl Child Policy and Research Project which was launched 15 years ago to address health policy issues affecting girls aged 10 to 14. This led us to think about developing a broader initiative to address the overwhelming needs and numbers of orphaned children in Africa.

Since the project was launched 10 years ago, we have enabled over 180 girls to complete secondary school, and today, we continue to support 178 girls in Kenya, Swaziland, Uganda and Zambia.

I would also like to mention the Wellness Centres for Healthcare Workers and their Families which we have established in several African countries. The ICN Wellness Centres programme aims to strengthen health systems through the provision of quality comprehensive health services for all cadres of health care workers and their immediate families. The Centres are responsive to

needs, managed by nurses and work to achieve a strengthened health workforce, better able to meet the population needs.

And finally, I would like to mention a few of the projects we have joined in partnership with other organisations.

### **FIGHT THE FAKES**

ICN has joined the multi-stakeholder Fight the Fakes campaign that aims to raise awareness about the dangers of fake medicines, which put the public at risk, could increase resistance to real treatments, and may cause further illness, disability or even death. The Fight the Fakes campaign will create a global movement of organisations and individuals that will speak up and help spread the word about this under-reported, yet growing threat to public health. The campaign aims to give a voice to those who have been personally impacted and share the stories of those working to put a stop to this threat to public health.

### **HEALTH CARE IN DANGER**

In 2013, we signed a memorandum of understanding with the International Committee of the Red Cross to promote the “Health Care in Danger” project, which ultimately aims to make access to health care in situations of armed violence more secure. ICN’s participation in the project includes contributing the knowledge and experience of national nursing associations, notably on ethical issues, to project-related debates; co-organising round tables with practitioners; informing its membership on project developments; and distributing project publications and other documents to our members and to other organisations, such as the World Health Professions Alliance.

### **SAFEGUARDING HEALTH IN CONFLICT COALITION**

ICN is a founding member of the Safeguarding Health in Conflict Coalition. The purpose of the Coalition is to promote respect for international humanitarian and human rights laws that relate to the safety and security of health facilities, health workers, ambulances and patients ensuring they are safe and secure during periods of armed conflict or civil violence. Through this effort, the Coalition promotes the effective functioning of health services, the protection of health infrastructure, and the safety of health workers during periods of armed conflict.

### **CONSENSUS FRAMEWORK FOR ETHICAL COLLABORATION**

And, we established, along with other healthcare professional organisations, patients’ organisations and the pharmaceutical industry, a Consensus Framework for Ethical Collaboration to support partnerships that will aim to deliver greater patient benefits and support high quality patient care.

Building positive relationships such as these helps ICN, nurses and nursing secure a position at the policy table. Our work with the specialised agencies of the United Nations system, particularly with the World Health Organization and the International Labour Organisation, are important for nurses everywhere.

As we come to the end of the millennium development goals (MDGs) era and recall how governments and other funding agencies used the MDG framework to target, guide and monitor investment, it is important for nursing to position itself to play its full part in the successor agenda—the sustainable development goals (SDGs).

How can we - as knowledgeable, skilled health professionals, as advocates and health care decision-makers and planners – become involved with shaping this emerging agenda?

## 1. SOLIDARITY

In my experience, the single most important factor in influencing health sector policy and planning is solidarity within the profession. I believe strongly in nursing associations as the vehicle of influence to achieve nursing's goals. Unity within the profession is essential to ensure nursing's voice is heard.

## 2. LEADERSHIP

To make the nursing voice heard at the policy level, ICN focuses much attention on developing nursing leadership skills. I have already detailed our three leadership programmes for you. Today, more than ever, we need strong nurse leaders because in this complex and too-often disturbing world we live in, it is leadership that will help take us to a new tomorrow. Leadership at the policy level means that nurses can influence decisions on health programmes and services, and can have a voice in setting the health agenda, determining priorities for resource allocation, and designing health programmes and services.

What is needed is strong political commitment, the political skills to influence decisions, the dedication of resources, a health care system that can deliver care to those who need it, and the skilful application of sound knowledge and ethical principles in our nursing practice. This means expanding the scope and context of nursing, and reforming nursing competencies.

## 3. REFORMING NURSING COMPETENCIES

Nurses today work in a dynamic health care environment. Our roles and functions are constantly evolving and changing to meet patient needs as well as incorporating service needs such as workforce shortages, skill mix issues and budget constraints. It is essential that the nursing workforce is prepared to meet these changing needs.

Health care professionals cannot adhere to rigid definitions of their role, or they may be marginalised. Addressing complex health care problem will require interdisciplinary, intradisciplinary and intersectorial partnerships. Nurses can provide leadership in forging these partnerships. Nurses can set an example by recognising that the most effective solution for a community health problem may lie outside the traditional definition of nursing care, and be reached by working with many partners.

## ICN STRATEGIC INTENT

In order to be most effective in the policy sphere, we have formed a clear strategic intent for the future.

Our aim is to enhance the health of individuals, populations, and societies by:

- championing the contribution and image of nurses worldwide;
- advocating for nurses at all levels;
- advancing the nursing profession, and
- influencing health, social, economic and education policy.

We are committed to visionary **leadership, innovativeness, solidarity, accountability, and social justice.**

We have clustered our priorities into four key interconnected themes:

1. **Global voice** - To bring solidarity and cooperation across the profession in collaboration with other stakeholders.
2. **Strategic leadership** - To provide strategic leadership to empower nurses and nursing organisations to advance nursing worldwide through coherent, efficient, effective and judicious advocacy by and for nurses, nursing and health.
3. **Policy impact** - To influence the design and implementation of policy in health and in other related areas to achieve better health outcomes.
4. **Diversification** - To identify, secure and diversify business and revenue generating opportunities to attain ICN goals.

Nurses here in Spain have a great contribution to make to helping us to advance these priorities and to influence health policy. It is vital that ALL of us - nurses, nursing organisations and ICN – continue to work with our local, regional and national governments, with the decision –makers from the community to the international level to advance nursing and impact health.

This must be our future goal – to have a strong and effective influence not just within nursing, but also in health care and policy making as a whole. Nurses must be central to the process of building and strengthening health systems. In some situations, nurses and their associations cannot gain access to the policy debate without forming partnerships with other groups. These groups may be other nursing bodies, consumer or employer groups, or organisations representing other health professionals with similar interests in the specific issue.

An outstanding example of the power nurses can wield in the policy arena was recently seen in the United States. The American Nurses Association lobbied long and hard along with others to achieve passage of the Affordable Care Act, which contains provisions for extended health insurance coverage for people who were previously uninsured – in other words, they lobbied for universal health coverage. Nurses’ engagement in this debate was critical since they understood the health system from a consumer perspective and saw how it needed to be changed to increase access to care.

Another example is the successful campaign for reform of aged-care waged over some years by the Australian Nursing Federation in collaboration with a range of groups with similar goals. The campaign culminated in a significant increase in funding for all aspects of aged care benefiting both the aged population and aged-care nurses.

Here in Spain, ICN was pleased to be part of the high-level nursing summit on Ebola in October last year which called on governments to create safe working environments for healthcare professionals as a prerequisite to the provision of care to patients with Ebola.

These examples constitute but a snapshot of the power of nurses to influence the policy debate and decisions in health care. Nurses must continue to be engaged even though such involvement takes time and energy and may not always succeed. Because governments change, a key challenge for nursing organisations is to maintain the right level of exposure and interest in the health policy debate so that apolitical nursing advice can be sought.

I would very much like to encourage you to continue to seek opportunities such as these in Spain to encourage nurses to join committees or pursue governmental positions. This effort should help us to have an even stronger voice around decision making tables and let decision makers see the capacity that nurses can bring to the discussions.

## CONCLUSION

In closing, ICN's history is a rich and fascinating one. It is peopled by strong characters, high ideals, diverse opinions, and unity of purpose. It is a history of accomplishment. Consider that since its inception, ICN has:

- established nursing as a profession;
- helped to create, develop and strengthen national nurses' associations in all regions worldwide;
- improved the working lives of nurses through better remuneration and conditions;
- educated nurses about critical health problems;
- put nursing research on health agendas;
- guided the enactment and revision of nursing laws and regulations;
- trained nursing leaders to become politically involved in supporting nursing and health issues in their countries; and
- maintained nursing as a visible, unified force worldwide, giving it credibility and influence in supporting critical nursing and health issues at all levels.

Over the years, ICN's leaders have understood that if nurses from all nations joined together and worked toward common goals they could create political and social change. This continues to be true today.

I believe that despite the many challenges we face as we lead our societies along the road to better health, it is surely a road worth taking. Informed by our past, we can strategically address the present and plan for what lies ahead.

The next ICN conference, with a theme of *Global Citizen, Global Nursing* offers an excellent opportunity to continue the dialogue.

I wish you an excellent conference and invite you to join us in June for ICN's Conference in Seoul, Republic of Korea.

Thank you for inviting me to be here with you today and congratulations on a century of nursing in Spain.

## REFERENCES

1. Bridges, D. *A History of the International Council of Nurses 1899-1964, The First 65 Years*. London: Pitman Medical Publishing; 1967
2. Quinn, S. *ICN Past and Present*. Middlesex: Scutari Press; 1989.
3. Brush, B.L. & Lynaugh, J.E., eds. *Nurses of All Nations: A History of the International Council of Nurses, 1899-1999*. Philadelphia: Lippincott; 1999.

# LOS AVANCES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS Y LOS PRESUPUESTOS QUE CONDUCEN A PREPARAR EL CAMBIO

## *Progress of medical sciences and conditions leading to prepare the change*

José Francisco Díaz Ruiz

Director General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales  
del Gobierno de Cantabria

A mediados del siglo XIX, la medicina comienza a dar pasos muy importantes que van a ir preparando un espectacular desarrollo en décadas posteriores. Las ciencias médicas inician su fase auténticamente moderna. La fisiología adquiere una gran importancia y van perdiendo peso específico las sensaciones subjetivas del enfermo como el dolor, el calor o el frío y van ganando trascendencia los hechos objetivos, como la medición de la temperatura, las exploraciones con técnicas cada vez más refinadas como la auscultación, la percusión, la medida de la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea, etc.

Un hecho fundamental es la aparición de la anestesia, que va a hacer posible operar sin dolor y que la cirugía avance enormemente. Entre 1840 y 1850 se ensaya la anestesia (término introducido en 1847 por el estadounidense Wendell Holmes) con diferentes sustancias: gas hilarante, éter, cloroformo, etc. técnicas que se van progresivamente perfeccionando.

También la lucha contra las enfermedades infecciosas se desarrolla con hitos como el descubrimiento por Semmelweis, del que ahora se conmemoran los 150 años de su fallecimiento, del origen de la fiebre puerperal en 1847 y su prevención mediante el lavado y desinfección de manos, o los primeros estudios epidemiológicos sobre la propagación del cólera (Snow en Londres en 1849) o el descubrimiento de su agente causante, el *vibrium cholerae*, por Filippo Pacini en Florencia en 1854, que aislaría después Robert Koch en 1883.

En aquella época las enfermedades infecciosas agudas constituyen el mayor problema para la salud y son las causantes de la mayoría de las muertes. Por ello los avances en la lucha contra las infecciones son pasos decisivos en el progreso de la medicina. Es la época de Pasteur y del principio del desarrollo de la bacteriología, descubrimiento de los microorganismos, de la "pasteurización" y de las vacunas frente al cólera aviar, el carbunco y la rabia. Lister, el descubridor de la sutura reabsorbible, publica en 1867 un artículo sobre "la antisepsia" y se van aislando los microorganismos causantes de muchas enfermedades.

Armaur Hansen descubre en 1873 el agente de la lepra, poco después de los trabajos de Darwin sobre el origen del hombre. Robert Koch descubrirá el bacilo del ántrax y después el de la tuberculosis en 1882. La salmonella, el plasmodium malariae, el clostridium tetani y el botulinum, la



brucella y un gran número de microorganismos más se van descubriendo como agentes causantes de graves enfermedades en el último tercio del siglo XIX, en el que la bacteriología evoluciona de forma vertiginosa. Como consecuencia del conocimiento del agente patógeno, se van desarrollando en paralelo las vacunas para prevenir las enfermedades y hay aquí que destacar la aplicación en España por primera vez de la vacunación anticolérica por Jaime Ferrán en 1885, poco antes de que Louis Pasteur lo hiciese en Francia.

Surgen los primeros conceptos de higiene y sanidad pública y tras el progreso de la antisepsia progresa la cirugía. En 1886 Bergmann esteriliza por primera vez el instrumental clínico con vapor, el cirujano estadounidense Halstad inventa los guantes de goma, obligatorios para todos los cirujanos a partir de 1894 y en 1897 se realiza la primera intervención quirúrgica con mascarilla. En 1879 se crea en Estados Unidos la Oficina Nacional de Salud, por iniciativa de un grupo de médicos de la Asociación Americana de Salud Pública, que tomará medidas para evitar la transmisión de las epidemias entre los diferentes estados.

La segunda mitad del siglo XIX es también la del progreso de la enfermería a partir de las experiencias de Florence Nightingale en la guerra de Crimea y su trabajo posterior en Londres. La creación de la Cruz Roja en 1864 con la firma por 16 países de la Convención de Ginebra, supuso un paso adelante en la solidaridad en medicina. El fisiólogo francés Claude Bernard publicó en 1865 la "Introducción a la medicina experimental", un texto histórico que sin embargo respetaba la experimentación en los humanos. En 1876 el Parlamento británico aprobó la primera ley del mundo que regulaba la experimentación con animales.

En otros ámbitos de la medicina también se van produciendo progresos notables. La histología se desarrolla a partir de los trabajos de Virchow, que publica en 1858 su reconocido tratado. Por aquellos años Addison descubre la insuficiencia suprarrenal y en 1865 el agustino Gregorio Mendel revoluciona la ciencia con sus leyes de la herencia. Las disciplinas médicas relacionadas con el sistema nervioso, como la neurología, la neurofisiología o la psiquiatría, fueron experimentando también unos grandes avances. Ejemplo de ello fueron Duchenne y su electroterapia en 1862, los estudios de Wernicke sobre la afasia en 1874, los trabajos sobre la histeria de Charcot en 1872 y los posteriores de Sigmund Freud y el inicio del psicoanálisis.

También en el último tercio del siglo van despuntando variantes terapéuticas de mayor o menor eficacia clínica, como la helioterapia, la osteopatía, la quiropraxia, la iridología, la hidroterapia o la fototerapia. Avanzan disciplinas como la oftalmología y la odontología, además de las ya mencionadas psiquiatría y cirugía, lo cual trae consigo una pérdida de protagonismo del médico familiar o de cabecera ante la creciente especialización.

Un hecho trascendental en el avance de las ciencias médicas es el descubrimiento por Roentgen de los rayos X a finales del año 1895, lo cual supuso una gran revolución en el diagnóstico de muchas enfermedades. A finales del siglo comienzan a desarrollarse las industrias farmacéuticas y las primeras grandes fábricas de medicamentos, que hasta entonces se elaboraban de manera artesanal en las farmacias. Es el nacimiento de empresas como Schering en 1864, Merck, Abbott, Ciba-Geigy, o Roche o Bayer, que lanza al mercado su aspirina en 1899 como medicamento contra el reuma.

A principios del siglo XX, la medicina iba realizando, según expresión de los médicos de entonces, una marcha triunfal. Se había llegado a conocer las bases fisiológicas, anatómicas, microbiológicas y la patología celular de muchas enfermedades. Por lo tanto, quedaba ahora el reto de encontrar para ellas una forma de terapéutica eficaz, lo cual iba a ser cuestión de tiempo. En los primeros años del siglo se introdujeron en la medicina nuevos conceptos que tendrían años después una gran trascendencia.

Las hormonas, la alergia, la genética o los anticuerpos serían esenciales en el desarrollo de las terapias posteriores. La investigación en el campo de la inmunología llevó también al descubrimiento de los grupos sanguíneos y la posibilidad de las transfusiones. El progreso de la lucha contra las enfermedades infecciosas iba a conducir a que mientras a finales del siglo XIX más de la mitad de las muertes todavía las producían las enfermedades infecciosas, a mediados del siglo XX esta cantidad se redujo a menos del 5 por ciento.

Cronológicamente el siglo XX comienza con la publicación de "La interpretación de los sueños" de Sigmund Freud en 1900, lo cual dejará una impronta psicoanalítica que marcará el nuevo siglo. En 1901 Landsteiner hace público su descubrimiento de tres grupos sanguíneos y en 1902 Bayliss y Starling descubren la existencia de unas sustancias que regulan la secreción de las glándulas, a las que llaman "hormonas". En 1902 Richet Portier publican un artículo en el que introducen el término de "anafilaxis" como una hipersensibilidad que algunos años después, en 1906, daría origen al concepto de alergia, congénita o adquirida tras el contacto con determinadas sustancias.

La fisiología progresa con los trabajos de Pavlov sobre el reflejo condicionado, que presenta en Madrid en 1903, avanza la cirugía con nuevas técnicas, como la presión diferencial para las intervenciones en cavidad torácica descubierta por Sauerbruch en 1904 y se comienza a utilizar la radioterapia para el tratamiento de los tumores, refiriendo el cirujano neoyorquino Robert Abbe en 1905 haber curado a una mujer un cáncer de cuello de útero con este sistema. En 1906 Santiago Ramón y Cajal recibe el Premio Nobel por sus trabajos sobre neurohistología.

La lucha contra las infecciones sigue su avance y en 1906, Wassermann y Neisser descubren un método para identificar una sífilis en el suero, siguiendo los pasos de Schaudinn y Hoffmann que el año anterior habían descubierto el agente causante de la sífilis, una de las últimas enfermedades infecciosas que quedaban por identificar. Ello posibilitó que pocos años más tarde, en 1910, se presentara el "Salvarsan" como terapéutica frente a esta enfermedad, desarrollado por Ehrlich y Hata. Por esa misma época, en 1907, Mary Adelaide Nutting consigue la primera cátedra de enfermería del mundo en la Universidad de Columbia, comienza el desarrollo de la electrocardiografía con los trabajos de Einthoven y se van utilizando cada vez más vehículos específicos para el traslado de los enfermos.

Aunque sigue progresando el concepto de higiene en el mundo occidental, en los países del Este siguen causando estragos las epidemias, como la de peste neumónica en China en 1910 y 1911 o la de cólera en China, India y sur de Rusia. La cardiología sigue avanzando rápidamente descubriéndose los sistemas de conducción y van adquiriendo presencia disciplinas nuevas como la foniatría, la sexología o la medicina deportiva, constituyéndose en 1912 la primera asociación del mundo de médicos del deporte. Se va tomando cada vez más conciencia sobre los peligros para la salud causados por los rayos X, sobre todo para los embriones y en 1914 Marañón introduce la endocrinología como especialidad clínica en España y en los países de habla hispana.

A comienzos de la segunda década del siglo XX aparece el concepto de patología social, que entiende al hombre como un ser social y no solo como un organismo vivo. El inicio de la Primera Guerra Mundial en 1914 va a suponer un gran empuje en algunas disciplinas médicas, como la antisepsia para tratar las heridas de guerra, la cirugía o las desparasitaciones y vacunaciones preventivas de los soldados en el frente. Pero también traerá un aumento de la desnutrición y de la mortalidad por enfermedades como la tuberculosis, que precederá en algunos años a la gran mortandad producida por la denominada "gripe española" en 1918.



## ASPECTOS SOCIALES Y EDUCATIVOS QUE CONFLUYEN EN EL RECONOCIMIENTO DE DERECHOS A LAS MUJERES

### *Social and educational aspects involved in the recognition of women's rights*

Consuelo Flecha García  
Universidad de Sevilla

Muchos son los aspectos sociales y educativos que en las primeras décadas del siglo XX, en España y en otros países del contexto occidental, intervinieron en un pausado cambio de mentalidad acerca de las características y condiciones de la población femenina. Fueron distintos, sin duda, los elementos que intervinieron en este proceso, pero de una manera especial la participación de mujeres, individualmente y como grupo, que buscaban para sí mismas y para otras nuevas oportunidades de vida personal y de presencia pública. Y como consecuencia, las decisiones de autoridades políticas y sociales, que introdujeron reformas en la legislación, que apoyaron iniciativas encaminadas al logro de los objetivos que se planteaban y que intentaron paliar las consecuencias de modelos emergentes renovados.

La mayor parte de las generaciones actuales han crecido sin tener que superar dudas o contrarrestar las reticencias, habituales durante mucho tiempo, ante el hecho de escolarizar a las niñas, de decidir la finalidad y contenidos de aprendizaje más conveniente para ellas, de apostar por su entrada en estudios secundarios y superiores que abrían al ejercicio profesional. Las circunstancias que rodean los itinerarios femeninos en la actualidad permiten pensar el futuro de manera radicalmente diferente.

Dudas y reticencias sobre las mujeres cuando, en las décadas de entresiglos, no cesaba la insistencia en la mejora del sistema educativo, la toma de conciencia sobre la importancia que representaba para el país un mayor índice de escolarización de la infancia -de 6 a 9 años de acuerdo con la Ley Moyano de 1857, pero que no se había cumplido-, y de 6 a 12 años a partir de 1909<sup>1</sup>. Junto a ello, la renovación de métodos, materiales, edificios, etc., reiterado constantemente en los discursos y en la voluntad de dirigentes y pensadores. Unos propósitos en los que, desde el punto de vista institucional, se va a dar un paso importante en el mes de abril de 1900 al crearse el Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes<sup>2</sup>; hecho que quiso ser la evidencia palpable del esfuerzo puesto en el perfeccionamiento del sistema educativo.

---

1 Se amplía la escolaridad obligatoria hasta los 12 años en la Ley de 23 de junio de 1909.

2 Por un Real Decreto de 18 de abril.

Un propósito y un empeño que en los umbrales del siglo XIX convivía con mil dificultades a la hora de llevarse a la práctica. De ahí el grito de denuncia de los *Regeneracionistas* -grupo de intelectuales liderados por Joaquín Costa- a los que les dolía “la decadencia de España”, y reclamaban poner en el centro de las soluciones el cuidado y avance de la educación, de la instrucción, de la escolaridad<sup>3</sup>, apoyados también por otros movimientos, como el de filósofos y literatos de la *Generación del 98*<sup>4</sup>, que difundían dolientes reflexiones sobre las causas del retraso español<sup>5</sup>.

Era el comienzo de un siglo en el que la educación ha sido generadora de oportunidades personales y de transformaciones sociales, aunque su crecimiento no haya sido continuo e igualitario para hombres y para mujeres. De hecho, entre las decisiones femeninas que más han contribuido a un desplazamiento de los márgenes que limitaban su libertad de movimientos en determinados espacios, hay que destacar las de las primeras jóvenes que se matricularon en carreras de nivel secundario y superior. La trayectoria seguida a partir de ese momento fue marcando cambios en el modo de concebirse a sí mismas, en algunos rasgos de su identidad y, desde luego, en la imagen que empezaron a ofrecer a quienes las observaban. Su entrada en esos niveles educativos, y el cómo lo hicieron realidad, nos permite descubrir unas certezas personales y una forma de mirar el mundo y de situarse en él enraizadas en el deseo de perspectivas más ambiciosas para sus propias vidas.

La voluntad, el tesón demostrado por estas jóvenes pudo más que las normativas legales y las prácticas ordinarias en la educación de las mujeres; que los argumentos que alimentaban el debate sobre los desplazamientos de mentalidad y de comportamientos que se preveían a partir de esas decisiones, al conocerse en España las consecuencias que esas mismas actitudes estaban teniendo en otros países. Pros y contras difundidos en la prensa, en conferencia y tertulias, en los círculos políticos que, en unos casos buscaban detener o, al menos, retardar la entrada de chicas en esos estudios, y en otros dar impulso y legitimidad al deseo de realizarlos.

La inestabilidad de los Gobiernos, la frágil estructura económica, los valores que se intentaban generalizar, numerosos acontecimientos que desencadenaban inesperadas dinámicas sociales, junto a la necesidad de abrir las aulas a capas más amplias de la población, son elementos imprescindibles a la hora de interpretar los avances que se fueron produciendo en el desarrollo del sistema educativo general y, dentro de él, en el acceso de las mujeres a los diferentes niveles de enseñanza.

Los testimonios de las pioneras nos recuerdan que lo hicieron movidas por el deseo de cultivar un saber hacia el que se sentían atraídas, pero al mismo tiempo, o en primer lugar, con la finalidad de prepararse para el ejercicio de aquellas profesiones ejercidas por una buena parte de los jóvenes de su familia, de su entorno y clase social, conscientes de que habían de prepararse para un futuro en el que la necesidad de ser sustentadas no condicionara sus expectativas. Oportunidades que introducían claves de sentido en la vida personal femenina apenas imaginadas hasta entonces. Se trataba de una formación que iba a modificar, con poca vuelta atrás, el destino prescrito para las

---

3 Salavert Fabiani, V. L., Suárez Cortina, M., editores. El regeneracionismo en España: política, educación, ciencia y sociedad. Valencia: Universidad de Valencia; 2007.

4 Con la denominación Generación del 98 se conoce a un grupo de pensadores, escritores y poetas que, decepcionados por la crisis moral, política y social en que estaba España, reaccionaron proponiendo profundos cambios sociales, culturales y éticos.

5 Gómez-Tabanera García, J. M. (2000). Joaquín Costa y los idearios de la llamada Generación del 98. En: Sevilla Arroyo, F., Alvar Ezquerro, C. editores. Actas del XIII Congreso de la Asociación Internacional de Hispanistas 2. Madrid: Editorial Castalia; 2000. p. 219–226.

mujeres, al entrar en contacto con mediaciones que daban libertad y ponían alas a los proyectos en los que habían cifrado sus aspiraciones.

## LAS MUJERES, MÁS QUE LA ENSEÑANZA PRIMARIA

En este campo de la educación, y dentro del contexto de los movimientos de mujeres que en varios países occidentales venían formulando reclamaciones para que el progreso les afectara también a ellas, grupos en España sintonizaron con ellas uniéndose sobre todo en el derecho a todos los niveles educativos; a un requisito de la ciudadanía al que las mujeres tuvieron muchas dificultades para incorporarse.

Desde diferentes ámbitos se fueron haciendo propuestas para contribuir a esa evolución de la mentalidad que dificultaba la entrada, que les impedía "el acceso a áreas de privilegio masculino"<sup>6</sup> consolidadas por la tradición y la costumbre. Propuestas con unos objetivos muy distintos a los que estaban guiando entonces la formación de las niñas que acudían a las escuelas; las cuales levantaron una sonora polémica acerca de lo que era imprescindible transformar. El empeño de muchas mujeres en diferentes naciones por los derechos educativos, acompañó las reivindicaciones del movimiento sufragista.

Al detenernos en las mujeres universitarias, el número de sólo nueve matriculadas en el conjunto de las universidades españolas -un 0,01% de la población universitaria del año 1900-, y el de cuarenta y cuatro en el conjunto de los Institutos de Segunda Enseñanza -lo que representaba un 0,13% del alumnado de bachillerato-, revela mucho de la situación del momento. Una fecha en la que las mujeres mayores de diez años que no sabían escribir alcanzaba al 69%, veintidós puntos por encima de la población masculina entre la que ese porcentaje era de un 47%<sup>7</sup>.

Las chicas que estudiaron en las décadas de paso del siglo XIX al XX en España, algo más que la enseñanza primaria lo hacían en las Escuelas Normales, en las de Comercio o en los programas de preparación de Matronas, en la mayoría de los casos con la finalidad de ejercer posteriormente un trabajo que las distanciaba del modelo doméstico considerado imprescindible para el bienestar social, pero que ellas compaginarían con otro afrontando las dificultades que esto suponía. Pero la proporción que estas estudiantes representaban dentro del conjunto de la población femenina de su grupo de edad, las situaba todavía en una posición muy minoritaria.

Se estaba haciendo, sin embargo, más habitual cada curso escolar la incorporación y permanencia de las niñas en la enseñanza primaria. La obligatoriedad de cursarla hasta los 12 años a partir de 1909<sup>8</sup> y una lenta pero constante creación de escuelas en las décadas siguientes -especialmente durante el periodo de la Dictadura de Primo de Rivera y en el primer bienio de la II República-, contribuyeron a una asistencia escolar femenina más numerosa y, en consecuencia, a una reducción de sus índices de analfabetismo. El porcentaje de mujeres de diez y más años que no sabían escribir en 1940 se había reducido hasta un 28%<sup>9</sup>. No sólo eran diecinueve puntos menos que en 1900, sino que la distancia con el masculino se había reducido a la mitad.

---

6 Booth C., Darke J., Yeandle S. La vida de las mujeres en las ciudades. Madrid: Narcea; 1998. p. 25.

7 Vilanova M., Moreno X. Atlas de la evolución del analfabetismo en España de 1887 a 1981. Madrid: MEC-UNESCO; 1992. p. 249.

8 La Ley Moyano había establecido como obligatorio en 1857 el nivel elemental de la enseñanza primaria que abarcaba de los seis a los nueve años. La Ley de 23 de junio de 1909 de uno de los Gobiernos Conservadores presidido por Antonio Maura, la amplió tres años más, de los seis hasta los doce.

9 Vilanova M., Moreno X. Atlas de la evolución del analfabetismo..., op. cit., p. 305.

En cuanto a la Segunda Enseñanza se puede afirmar que fue la reforma aprobada en 1926<sup>10</sup>, siendo Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes Eduardo Callejo de la Cuesta, la que propuso y contribuyó a que los estudios de bachillerato dejaran de tener como finalidad prioritaria la de preparar para la entrada en la Universidad y a que creciera el número de alumnas. Se respondía al fin con esa medida a la voluntad, no sólo de dar un sentido en sí mismo a ese nivel de enseñanza, sino también a hacer de ellos una etapa de ampliación de la primaria. La nueva movilidad social que iba caracterizando la población española y las exigencias de algunos ámbitos del mercado laboral, convertían en casi imprescindible esta medida.

El plan anterior de seis años de estudio en un solo ciclo, había favorecido poco la matrícula de niñas, por los años de dedicación que exigía y por el mundo profesional para el que preparaba, no era considerado el mejor para las mujeres. La división del bachillerato en dos ciclos, elemental –justificado porque podía responder a la demanda, según se señalaba en el Preámbulo de la normativa, entre otros grupos, de un “gran número de las señoritas que asisten a los Institutos”- y universitario –éste con sección de Letras y sección de Ciencias en sus dos últimos cursos-, facilitó que se pudiera exigir el primer ciclo para cursar los estudios de Matrona y que se convirtieran los dos ciclos a partir de 1931 en un requisito para acceder a las Escuelas Normales. Condiciones que empujaron a muchas chicas a matricularse en Institutos de Segunda Enseñanza.

Lo cual no significa que la matrícula de alumnas en las aulas de los Institutos de Segunda Enseñanza no contara al comienzo del siglo XX careciera de una aceptada tradición; era una presencia que venía de más atrás. Se había iniciado en 1870 en el Instituto Provincial de Huelva<sup>11</sup>, dependiente entonces del distrito universitario de Sevilla y había ido creciendo paulatinamente en las décadas siguientes hasta 1910<sup>12</sup>. La progresión de los porcentajes aumenta muy significativamente a partir de la reforma de 1926 –en 1920 suponía el 10% del alumnado matriculado, en 1930 el 15%, y en 1936 el 31%.

Una reforma mucho más polémica fue, de nuevo, la que se intentó en la Universidad en 1928<sup>13</sup> tanto, que desencadenaría la dimisión del general Primo de Rivera. Se produjo un fuerte movimiento de protesta estudiantil y de oposición intelectual al régimen, el cual reaccionó anulando las matrículas de los estudiantes, cerrando la Universidad de Madrid y destituyendo a sus autoridades. Circunstancia en la que las jóvenes que estudiaban para saber más, para trabajar mejor, habían allanado una senda que estuvieron a punto de perder en el momento político de la dictadura de Primo de Rivera, por su implicación en los problemas de la vida universitaria. Algunas participaron entonces muy activamente en protestas colectivas, comportamientos considerados por muchos impropios de su condición. Fue en las revueltas estudiantiles de 1928 motivadas por una normativa de reforma universitaria. Y por este protagonismo femenino el ellas el dictador se sintió defraudado de tal forma que amenazó con restringir el acceso femenino al funcionariado. Así reconoció su indignación en 1929 a un periódico madrileño su indignación por la implicación de “señoritas estudiantes”:

---

10 En virtud de un Real Decreto de 25 de agosto de ese año. En Puelles Benítez M de comp. Historia de la Educación en España. De la Restauración a la Segunda República. Madrid: MEC; 1982. p. 218-227.

11 Cfr. Correa Figueroa A. Las primeras alumnas en el Instituto de Segunda Enseñanza de Huelva. En Gómez García M<sup>o</sup> N. Pasado, Presente y Futuro de la Educación Secundaria en España. Sevilla; Kronos; 1996. p. 122-134.

12 Cfr. Flecha García C. La incorporación de las mujeres a los Institutos de Segunda Enseñanza en España. Historia de la Educación. 1998; 17 (1): 159-178

13 Por un Decreto-Ley de 19 de mayo

He de consignar con verdadero dolor el haber recogido de la información de Policía que las señoritas estudiantes y algunas pertenecientes a Centros públicos, no sólo no han servido, en general, para calmar los ánimos oponiéndoles un espíritu cordial y femenino, sino que, en ocasiones, los han exaltado [...] para extremar los insultos a los agentes de la autoridad. Yo, que vengo alentando tantas ilusiones por darles la mayor participación en la ciudadanía en todos sus matices, habré de pensar maduramente si conviene restringir la entrada del sexo femenino en la Administración pública y en las carreras del Estado<sup>14</sup>.

Ante conductas que no respondían a lo que este militar entendía por femenino, se plantea prohibir su presencia en el ejercicio de las profesiones dependientes del Estado. No opinaba, sin embargo, de la misma forma respecto de los alumnos participantes junto a las alumnas en las revueltas.

## ESTUDIOS PARA EL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN

La transformación más significativa y desencadenante de otro modo de percibir la condición femenina se produjo como consecuencia de su acceso a estudios superiores. El mundo de aspiraciones personales y de presencias públicas al que hacían posible asomarse, las relaciones de intercambio que permitían establecer, el sentimiento de autoestima que despertaban no sólo en las que los realizaban sino también en aquellas otras que observaban esos nuevos comportamientos, la imagen de mujeres con decisión y con capacidad que creaban de ellas, las posibilidades que ofrecían de un ejercicio profesional cualificado, así como la autonomía personal y económica a que tales circunstancias tenían que llevarlas, les permitió autorizarse a sí mismas para distanciarse de un modo de concebir la identidad femenina que las definía esencialmente desde las características biológicas y, en consecuencia, dependientes de las funciones que se entendían inherentes al matrimonio y a la maternidad.

Las casi ochenta mujeres matriculadas en diferentes universidades españolas hasta el año 1910<sup>15</sup>, inauguraron unos itinerarios biográficos que iban a recorrer desde sus propias pretensiones y deseos más que siguiendo las pautas que les habían sido transmitidas. Unas jóvenes convertidas, sin duda, en referencia para las que en el nuevo siglo pudieron ya programarlos sin las trabas burocráticas y mentales que ellas se habían visto obligadas a solventar. Especialmente a partir de 1910, año en el que desapareció el requisito de solicitar permiso para matricularse oficialmente en institutos de segunda enseñanza y universidades<sup>16</sup>, las provincias de mayor población, Madrid y Barcelona, aprendieron a convivir con los pequeños grupos de mujeres estudiantes que frecuentaban las aulas, y las del resto de España a acoger a las que paulatinamente iban eligiendo las diferentes carreras que impartían.

Comprobamos la normalidad con que eran vistas en el propio testimonio de una de aquellas estudiantes que, de acuerdo con su propia experiencia personal, reconocía en 1915 que "se ha roto el hielo; se ha conseguido lo que fuera de España era corriente, pero aquí parecía inasequible. Consignémoslo como un progreso indudable de la cultura estudiantil, y trabajemos desde ahora juntos; pongamos en común nuestras fuerzas<sup>17</sup>". El clima de aceptación que encontraban había favorecido esa incorporación constante de nuevas alumnas aunque en el año en el que lo escribía apenas eran un total de ciento cuarenta repartidas entre las once Universidades españolas.

---

14 Primo de Rivera G. Nuevas declaraciones. El Heraldo de Madrid, 18 de marzo de 1929, p. 10.

15 Cfr. Flecha García C. Las primeras universitarias en España. Madrid: Narcea; 1996. 263 pp.

16 Fue a través de una Real Orden de 8 de marzo de 1910 (Gaceta de Madrid del 9). En Flecha García C. Las primeras universitarias..., op. cit., p. 92.

17 Sela Sampil J. Adhesión. Revista Filosofía y Letras. 1915; 1: 7



Primero había sido la Facultad de Medicina -estudios por los que han entrado en la Universidad las mujeres de casi todos los países-, después la de Farmacia y la de Filosofía y Letras, más tarde la de Ciencias y la de Derecho; por fin, en los albores de los años treinta, los estudios de Ingeniería y de Arquitectura. Una cadencia en la elección del tipo de carreras que parece responder a las posibilidades que preveían de trabajo profesional aunque, al finalizarlos, la realidad les demostraría que no en todos los casos iba a ser así.

El número de mujeres en Facultades universitarias al comenzar el siglo suponía una cifra simbólica, las nueve alumnas a las que me he referido anteriormente, pero se llegó al año 1936 con otra situación bien distinta, 2.588 matriculadas; cantidad que no puede ser ya interpretada como resultado de una suma de excepciones sino más bien como reflejo de que las universitarias se habían convertido para entonces en una minoría, fruto de un proceso de crecimiento gradual y constante; se había pasado de un 0,05 por ciento a un 8 por ciento.

En la primera década del siglo XX, la presencia femenina puede considerarse como testimonio y como prueba de una voluntad continuada de estar ahí sin que el escaso interés que despertaba en aquellos años ese hecho sirviera para su desánimo, ya que seguían siendo muy pocas pues sólo se matricularon en los cursos académicos que abarca treinta y tres chicas; sin duda tenía que darse un conjunto de condiciones excepcionales -poco habituales como demuestran los hechos- en el entorno de las candidatas para poder realizar este nivel de estudios.

No les faltaban referencias cercanas porque estaban ya ejerciendo profesiones liberales las primeras universitarias —médicas, farmacéuticas, matronas tituladas, profesoras de Escuelas de Magisterio- con rigor y con reconocimiento social; en la que las mujeres que habían estudiado podían empezar a disfrutar de las nuevas oportunidades culturales y científicas que se ponían en marcha desde el Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, como las pensiones para estancias en centros de prestigio de países europeos y americanos<sup>18</sup>; en la que no fue posible silenciar los excelentes resultados de la mayoría de las que habían culminado ese proceso en el periodo anterior.

A partir del curso 1910-1911 en que dejó de ser necesario cumplir con esa condición desigual que las chicas tenían que aceptar; a partir del momento en el que se decidió prescindir legalmente de esa política de excepciones con la que estaban siendo tratadas, con esa estrategia del una a una tan utilizada históricamente en el caso de las mujeres, también permitió que una parte de la opinión pública se acercara a esta realidad considerándola como fruto de una tendencia que se asentaba, no de carácter excepcional, en su caso, al no ser hombres. A partir de 1923, año en el que se inicia un cambio político en España, cada curso que comienza el número de jóvenes matriculadas en institutos, universidades y carreras profesionales es mayor.

Pero no todo estaba ganado, pues cuando en 1916 el Rey Alfonso XIII nombró Catedrática de la Universidad Central a la escritora Emilia Pardo Bazán, la decisión no fue aceptada por el Claustro de la Facultad de Filosofía y Letras a la que quedaba adscrita. Y no sirvieron los argumentos de haberlo sido en función de su relevancia social como escritora, además de considerarse una compensación por el reiterado rechazo a su ingreso en la Real Academia de la Lengua. Aquellos profesores no encontraban en ella las condiciones que a su juicio eran necesarias. Sin embargo, esa Facultad y otras contaban con más de un precedente masculino que había sido nombrado por el mismo procedimiento sin despertar tanta opinión en contra, pues era un tipo de cátedra para impartir docencia en el periodo de doctorado que contemplaba la Ley Moyano<sup>19</sup> y del que la Universidad Central había

---

18 Cfr. Marín Eced T. *La renovación pedagógica en España (1907-1936)*. Madrid: CSIC; 1990. 408 pp.

19 La Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857 recogía en el art. 238 lo siguiente: "Las

hecho uso en anteriores ocasiones.

Actitud que no impidió la satisfacción por este nombramiento en diferentes círculos fuera y dentro de la misma universidad. Fue felicitada por la Revista que publicaban los alumnos de la Facultad de Filosofía y Letras porque “las cátedras universitarias se vean honradas con autoridades femeninas y que la Universidad sea la primera en desechar ciertos prejuicios sociales que imperando todavía en la Real Academia de la Lengua la han privado de ocupar el puesto que merecía”<sup>20</sup>. Pronunciamiento con el que iban más allá de la igualdad en la educación reclamándola ahora para poder contribuir al conocimiento científico.

El clima de inquietudes políticas, sociales y culturales que caracterizó a la sociedad española de la llamada “Edad de Plata” tuvo que convivir con las nuevas posiciones que las mujeres de grupos sociales de la burguesía urbana o rural estaban ocupando dentro de ella, con la incidencia inevitable y paulatina en la renovada imagen social que transmitían, y con su inserción en el mundo profesional aunque, al mismo tiempo, se mantuvieran unas relaciones de poder que seguían asentadas en esa carencia de reconocimiento de autoridad con el que se pretendía igualar a todas las mujeres cualquiera que fuera su capacidad, su preparación o su posición en la sociedad.

Se fueron acostumbrando a una práctica que imponía la fuerza de los hechos, si bien conservando los filtros por parte de quienes tenían en su mano la redacción de las normativas. En el caso de la entrada de las mujeres en el funcionariado, la ley que lo reguló, promulgada el 22 de julio de 1918, supuso sin duda un importante paso en la ampliación de los derechos profesionales femeninos, pero dejando barreras discrecionales. En la base 2ª de esta normativa puede leerse:

En todas las clases de la categoría de Auxiliar la mujer podrá servir al Estado. En el servicio técnico, los Reglamentos determinarán las funciones a las que puede ser admitida y aquellas que por su especial índole no se le permitan<sup>21</sup>.

Subrayo la última frase del párrafo por su intencionalidad, pues dejaba en manos de quienes redactaran los Reglamentos en los numerosísimos organismos del Estado, el criterio para decidir el verdadero alcance de la *especial índole* femenina y, en consecuencia, de las funciones y categorías concretas en las que podría admitirse a mujeres dentro del servicio técnico. Restringir a las mujeres los puestos situados en los niveles superiores de la escala, y asignarles los inferiores, dejaron marcados unos topes que todavía en la actualidad se demuestran bastante insuperables<sup>22</sup>.

Porque pasaba el tiempo y no disminuía la voluntad de control y de guía de los hombres sobre las mujeres. Y si los Estados, es decir, los Gobiernos, empezaban a descuidar esa responsabilidad -pues no dejaba de crecer el número de alumnas en las Facultades y de licenciadas ejerciendo una profesión-, el catedrático de Instituto José Albiñana Mompó se sentía llamado a recordarlo. Y no únicamente a los gobernantes sino a toda la sociedad, en la medida en que los estudios superiores eran un camino que solo por excepción habían de utilizar las mujeres; de ahí la responsabilidad de hacérselo saber:

---

Cátedras de la Universidad Central, correspondientes a estudios posteriores al grado de Licenciado que determine el Reglamento, podrán proveerse en personas de elevada reputación científica, aunque no pertenezcan al Profesorado”. En Puelles Benítez, Manuel de (comp.): Historia de la Educación en España. De las Cortes de Cádiz a la revolución de 1868, Madrid, MEC, 1985<sup>2</sup>, p. 287.

20 “Información”, en Revista de Filosofía y Letras, n1 3, febrero de 1916, p. 17.

21 Presidencia del Consejo de Ministros, «Ley de bases acerca de la condición de los funcionarios de la Administración civil del Estado», *Gaceta de Madrid*, nº 205, de 24 de julio de 1918, p. 222.

22 Los Cuerpos de Auxiliares Femeninos de Correos, la Sección Femenina Auxiliar del Cuerpo de Prisiones y las Mecnógrafas del Ministerio de Marina no se establecieron hasta 1931.

Por ello es un deber de conciencia revelar a la mujer las consecuencias que han de tener los estudios excesivos y continuados para la especie, esto es, para sus hijos. Y ese ha de ser también el punto de vista del Estado y de la sociedad»<sup>23</sup>.

La ciencia médica se había encargado de difundir en la segunda mitad del siglo XIX la influencia que tenía en la fertilidad, gestación, lactancia y salud de los hijos el esfuerzo intelectual de las mujeres. Y este profesor quería que se siguiera admitiendo así.

Con mayor o menor conciencia de sus repercusiones, las estudiantes estaban demostrando mucho interés por el estudio, motivación, capacidad y mejores calificaciones, si nos atenemos a sus expedientes académicos y a la percepción que se tenía de ellas en su tiempo: «por lo general -se publicaba-, son más estudiosas que los varones; trabajan con más empeño, paciencia y constancia, debido en parte al amor propio y a carecer de los numerosos motivos o pretextos que tientan al hombre a abandonar su labor y dedicarse a diversiones»<sup>24</sup>.

Sin embargo, no se dejaban de recodar los límites de sus cualidades intelectuales, su desigualdad respecto de las de los hombres: «entre ellas es muy raro hallar el tipo de inteligencia extraordinaria, que se da más bien en el sexo masculino». O de relativizar los resultados académicos con matizaciones que las situaban en una mediocridad menos provocadora: «se mantiene en un decoroso término medio, tendiendo más bien al aprovechamiento, sobresaliendo por la aplicación, y como defecto principal, el memorismo»<sup>25</sup>. El éxito se debía no a su capacidad intelectual, sino al mucho esfuerzo, dedicación de tiempo, memorización.

Se mantiene alerta a los partidarios de no prescindir de las cautelas que ayudaran a las jóvenes y a sus familias a reflexiones como ésta: «por ello es un deber de conciencia revelar a la mujer las consecuencias que han de tener los estudios excesivos y continuados para la especie, esto es, para sus hijos. Y ese ha de ser también el punto de vista del Estado y de la sociedad»<sup>26</sup>. Si ellas no entraban en razón, el Estado y la sociedad debían ocuparse de evitar que los estudios pusieran en peligro a los futuros hijos.

Y de la misma forma reaccionan quienes temían las consecuencias en el mundo laboral, donde obligaría a competir por un puesto de trabajo con las que define como 'muchedumbre', aunque las estadísticas lo desmienten: «Muchedumbre femenina que preocupa ya al profesorado por la competencia que supone en las profesiones y también por el nuevo tono que trae a las alumnas»<sup>27</sup>.

Las noticias y comentarios que se incluían en los periódicos y revistas, y los testimonios de quienes las protagonizaron, demuestran que se consideraban muchas, que había adquirido carácter de normalidad su presencia en las aulas. Las cifras nos dicen que objetivamente no era así, sin embargo, en la conciencia de aquel grupo de mujeres, pertenecientes a las clases medias desde el punto de vista económico y cultural, se había transformado en natural para ellas lo que, en su contexto, no les había sido difícil conseguir.

---

23 Albiñana y Mompó J. Las señoritas universitarias. *Madrid Científico* XXXVII, 1252. 1930; pp. 49-50.

24 Ezquerro R. La penetración de la mujer española en la Universidad. *Renovación Social*, III. Segunda época. Oviedo, 45. 1 de septiembre de 1926; p. 536.

25 *Ídem*, p. 536.

26 Albiñana y Mompó J. Las señoritas universitarias. op. cit.; p. 49-50.

27 Álvarez Santullano L. *De la escuela a la universidad*. Madrid: Librería y Casa Editorial Hernando. 1930; p. 136.

## LA COLABORACIÓN DE OTRAS INSTITUCIONES

Las controversias en muchos temas entre conservadores y liberales pudieron oscurecer los logros que se iban produciendo. La creación en 1909 de la Escuela Superior del Magisterio “destinada a la formación de Profesores y Profesoras Normales de Primera Enseñanza”, que ocuparían al terminar cátedras en Escuelas Normales y plazas en el cuerpo de Inspección de Primera Enseñanza<sup>28</sup> representó otra de las medidas importantes de mejora. Con un requisito significativo: cada año ingresarían 20 mujeres y 20 hombres.

Los políticos españoles dedicaron una especial atención y un considerable esfuerzo a todo lo relacionado con la instrucción pública, en la que tenían depositadas muchas esperanzas. El espíritu ilustrado y liberal que les servía de pauta ha quedado bien reflejado, no sólo en la abundante normativa legal que marcaba los criterios y los preceptos a la hora de desarrollar el sistema educativo nacional, sino también en las diversas realizaciones que a lo largo del primer tercio de siglo consiguieron ir saliendo a la luz. Sin embargo, todo este interés se canalizó durante mucho tiempo colocando a la población masculina como principal destinataria.

Quizás debido a este descuido por la escolarización femenina experimentaron un gran crecimiento los colegios de niñas abiertos especialmente por la iniciativa privada y confesional; se produjo muy por encima de los de niños en el nivel de enseñanza primaria, no siendo igual en el caso de secundaria, por tratarse de un nivel de estudios, entonces de acceso muy minoritario entre las jóvenes. Con un movimiento expansivo de impulso general a la instrucción, numerosas organizaciones católicas femeninas se mostraron especialmente emprendedoras, llegando a articular en poco tiempo una amplia red de puestos escolares en ciudades y pueblos de toda la geografía española<sup>29</sup>.

El movimiento expansivo de esta modalidad de centros femeninos se hizo en medio de los debates y desencuentros en relación con la enseñanza confesional que van a caracterizar estas décadas, provocados por la decisión de los gobiernos liberales de impedir el continuo crecimiento de los centros de enseñanza, de chicas y de chicos, dirigidos por instituciones religiosas. Como un medio para corregir esta desproporción el Gobierno de Primo de Rivera realizó un llamativo esfuerzo de construcciones escolares para responder a las solicitudes de nuevos centros, o de mejora de los existentes, cursadas por los municipios<sup>30</sup>.

Y además, otras realizaciones de esta misma época completan la implicación de las autoridades gubernamentales en el desarrollo y calidad de la instrucción<sup>31</sup>. También lo hicieron personas e instituciones que desde diferentes posiciones ideológicas ofrecieron importantes aportaciones al proyecto general cultural y educativo. Con los centros de enseñanza sostenidos por el Estado, por administraciones locales, o por entidades privadas, convivieron otros proyectos educativos de iniciativa social y pedagógicamente innovadores. Recordando algunos de ellos podemos referirnos,

---

28 Real Decreto de 3 de junio de 1909; Molero Pintado A., Pozo Andrés M<sup>a</sup> M. editores. *La Escuela de Estudios Superiores del Magisterio (1909-1932). Un precedente histórico en la formación universitaria del profesorado español*. Madrid: Universidad de Alcalá de Henares. 1989.

29 Flecha García C. La contribución de la escuela católica a la formación femenina. *Canelobre*, 54. 2009; pp. 46-63.

30 López Martín R. Ideología y educación en la dictadura de primo de Rivera: Escuelas y maestros. Valencia: Universidad de Valencia. 1994; p. 91-118.

31 Terrón Bañuelos A. La modernización de la educación en España (1900-1926). En Escolano A, Fernández, R editores. *Los caminos hacia la modernidad educativa en España y Portugal (1800-1975)*. Zamora: Fundación Rei Alfonso Henriques. 1997; p. 101-121. Viñao Frago A. Un modelo de reforma educativa: los Institutos-Escuelas (1918-1936). *Boletín de la Institución Libre de Enseñanza*, II<sup>a</sup> época, 2000, 39; p. 63-88.

por ejemplo, a la Institución Libre de Enseñanza dirigida por Francisco Giner de los Ríos y fuente de innumerables iniciativas innovadoras en el impulso a la cultura y a la ciencia, a la renovación de las metodologías didácticas, a la mirada a otros países para acoger todo lo que de bueno podían ofrecer<sup>32</sup>; considerar el modelo de *Escuela Moderna* aplicado por Ferrer Guardia desde una concepción anarquista de la vida y de la organización social<sup>33</sup>; destacar la dedicación que recibe la clase obrera orientada a la adquisición del nivel de cultura y de alfabetización que se les debía, en donde hay que subrayar la labor realizada por el socialista Núñez de Arenas en la que él llamó *Escuela Nueva*<sup>34</sup>; o señalar las iniciativas promovidas por el pedagogo Pedro Poveda para ofrecer recursos que favorecieran la educación secundaria y superior de las mujeres, para apoyar a las jóvenes que se formaban para desempeñar profesiones cualificadas<sup>35</sup>.

Esto ha sido así durante más de un siglo porque la desigualdad y la sospecha no las han abandonado hasta hace muy pocos años.

Una visión androcéntrica del mundo y un modelo patriarcal de gestionarlo ha ralentizado de manera injusta los procesos de avance para la población femenina en distintos ámbitos. Pero fueron muchas las que no se dejaron paralizar, dispuestas a seguir abriendo esa ruta para ellas y para otras que aprovecharon el rastro trazado.

Sin embargo, los logros numéricos no deben satisfacernos de tal forma que dejemos de descifrar y de superar el predominio del punto de vista masculino en las aulas de todos los niveles educativos; que nos conformemos con unos porcentajes paritarios. Son importantes, había que alcanzarlos, pero no son suficientes. Nos queda contribuir a la construcción de un conocimiento inclusivo en el que trabajan, sobre todo, investigadoras de todas las áreas de conocimiento; un saber que describa mejor el mundo y con perspectivas más amplias.

---

32 Molero Pintado A. *La Institución Libre de Enseñanza. Un proyecto de reforma educativa*. Madrid: Biblioteca Nueva. 2000.

33 Delgado Criado B. *La escuela Moderna de Ferrer i Guardia*. Barcelona: CEAC. 1979.

34 Tiana Ferrer A. *Maestros, misioneros y militantes. La educación de la clase obrera madrileña, 1898-1917*. Madrid: CIDE. 1992.

35 Flecha García C. *Mujeres y ciencia en la propuesta de Pedro Poveda*. En Doctor Buenaventura Delgado Criado. *Pedagogo e Historiador*. Barcelona: Publs. Universidad de Barcelona, pp. 547-564.

# ANTECEDENTES DE LA ENFERMERÍA QUE CONTRIBUIRÁN AL RECONOCIMIENTO LEGAL DE LA PROFESIÓN

## *Nursing antecedents that wil contribute to the legal recognition of the profession*

Magdalena Santo Tomás Pérez  
Universidad de Valladolid

### JUSTIFICACIÓN

Cien años de la profesionalización de la Enfermería en España es un acontecimiento que bien merece una celebración, y qué mejor que una reunión de historiadores de la Enfermería para festejarlo juntos y para dar a conocer los avances y los descubrimientos de nuestra historia. Las aportaciones que aquí se hagan serán gracias a la iniciativa del Seminario Permanente para la Investigación de Historia de la Enfermería y a la profesora M<sup>a</sup> Luz Fernández que desde hace años solicitó realizar este Congreso, en esta fecha concreta, y ello nos va a permitir ahondar en este importante hecho que es el inicio de la profesionalización de la Enfermería española.

Gracias M<sup>a</sup> Luz, porque tu invitación a estar hoy aquí y tratar este tema, me ha obligado a sumergirme y profundizar en una época compleja pero apasionante.

### EL PUNTO DE INFLEXIÓN: LOS HECHOS

Nos encontramos en un día señalado para la Enfermería española, de un año señalado: 7 de Mayo de 1915. Es el día en que un ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes: Saturnino Esteban Miguel de Collantes, de un Gobierno presidido por Eduardo Dato, firma la Real Orden por la que la Enfermería se convierte en profesión. En general, el conocimiento básico que las enfermeras españolas tenemos sobre estos acontecimientos radica en que en 1896, un médico gaditano de apellido Rubio y Galí<sup>1</sup>, funda, en un hospital privado, una escuela privada de enfermeras; ocho años después, en 1904, se legisla la Instrucción General de Sanidad en la que, entre otras cosas, se decreta la necesidad de que se posea un título oficial para poder trabajar en una institución sanitaria, pública o privada, y once años más tarde, en 1915, se legisla sobre la profesionalización de la Enfermería.

---

1 Ver, entre otros, para estudios sobre esta escuela: Sellán, Carmen.- La psicologización del cuidado: Krausismo, psicología y enfermería. Rev de Historia de la Psicología. Vol 27, N 2/3, 2006; pp 127-133

- Herrera Rodríguez,, Francisco.- De la época Isabelina a la Transición Democrática: una revisión de la Enfermería Española. Temperamentum 2005. Disponible en: </temperamentum/revista/a0104php> Consultado el 26/11/2015.

Algunos de los trabajos revisados aportan una información que me ha parecido especialmente interesante para dar comienzo a esta conferencia ya que proporcionan una rigurosa visión del momento de la profesionalización y del apretado camino inmediatamente anterior<sup>2</sup> y de los momentos inmediatamente posteriores<sup>3</sup>; por ejemplo, conocer los pasos que dieron las Siervas de María para solicitar que se estableciese esa R.O. que les permitiese, a ellas, no tener que ir a Roma a formarse, como venían haciendo y que les resultaba demasiado gravoso para su economía, pudiendo de esta forma, obtener la titulación necesaria en la escuela que ellas habían creado en las instalaciones de su orden en Madrid y que venía funcionando desde 1914. Es interesante constatar cómo el interés de las Siervas de María no era que se crease una disciplina que sirviera para que las mujeres –en general- pudiesen formarse como enfermeras, sino que era una meta que buscaban, un medio, para que las propias monjas de la orden se formasen. Así se pone de manifiesto en la Gaceta de Madrid<sup>4</sup> de mayo de 1915 donde en su preámbulo se dice: *Vista la instancia presentada por la Congregación de Siervas de María, Ministras de los enfermos, solicitando que se autorice para ejercer la profesión de enfermera a las religiosas que acrediten tener los conocimientos necesarios con arreglo al programa que con este fin se establezca*”.

Los datos aportados ponen de relieve los intereses creados alrededor de este tema –la formación de enfermeras- y parece que estaban dispersos; las Hermanas de la Caridad, un año más tarde, crearon su propia escuela lo que supone que tenemos dos escuelas para formar a mujeres religiosas y será con posterioridad cuando se creen otras dos instituciones, esta vez laicas, y que además nada tenían que ver con las anteriores, ni con los centros que podían considerarse oficiales como las Facultades de Medicina (que ya venían formando a matronas y practicantes), creándose, en Madrid la Cruz Roja su escuela de enfermeras y en Barcelona la suya el montepío de Santa Madrona. Así que en los años inmediatamente posteriores a la promulgación de la Real Orden habrá en España cuatro escuelas de enfermeras: dos religiosas y dos laicas. De todas ellas tres ubicadas en Madrid y una en Barcelona.

Entre los acontecimientos inmediatamente posteriores al establecimiento de esa R.O., los practicantes (Calvo, 2014) pusieron una queja ante los tribunales de justicia denunciando que se hubiese legislado en ese sentido, a favor de la formación de las enfermeras, quejándose por ello de intrusismo y deslealtad; en cuanto a las matronas no hay constancia de que se manifestasen, ni a favor ni en contra de esa disposición legal.

## LOS ACTORES INVITADOS

Quedan muchas preguntas sin respuesta que sería necesario poder ir contestando: ¿por qué en ese momento?; qué circunstancias concurren entonces que no se habían dado antes para que se firme esa R.O.?; ¿qué había cambiado desde mediados del siglo anterior cuando se legalizaron las profesiones de matrona y practicante?.

Analizaremos, para buscar respuestas, las circunstancias que concurren en este acontecimiento y los invitados protagonistas del mismo, representantes de: **Iglesia, Políticos, Nobleza y Mé-**

---

2 González Iglesias, M<sup>a</sup> Elena; Amezcua, M; Siles, J.- El título de Enfermera en España a través del análisis documental: el caso de las Siervas de María, ministras de los enfermos. *Temperamentum* 2010, 12. Disponible en <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn12/t1210.php>> (Consultado el 13 de enero de 2015)

3 Calvo Calvo, Manuel- Ángel.- La creación de los practicantes en Medicina y Cirugía frente a la creación del título de Enfermera en 1915. *Dynamis* 2013. Disponible en: [0211-9536] 2014; 34 (2): <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-95362014000200008>

4 Gaceta de Madrid N<sup>o</sup> 141 de 21 de Mayo de 1915, pp 484-486

dicos y también a las protagonistas que están en segunda línea, que no fueron invitadas al acto, pero que desempeñaron un papel fundamental: **las Enfermeras**.

**La Iglesia:** dos altas jerarquías de la Iglesia católica: el Papa y el Obispo de Madrid-Alcalá estuvieron a favor de la petición realizada por una orden religiosa femenina: las Siervas de María Ministras de los enfermos.

Nos encontramos con unos **estudios nuevos y para mujeres**, solicitados por una **orden religiosa femenina**, que contaba con el apoyo directo del **Obispo de Madrid-Alcalá** que autorizó a que las Siervas hiciesen las gestiones para solicitar el nuevo título; esto a pesar de que los obispos españoles eran partidarios de que las órdenes religiosas se encargasen preferentemente de labores administrativas en escuelas y algunos centros benéfico asistenciales; también **el papa-do**<sup>5</sup>, ante el riesgo constante de laicización de la asistencia, se mostró partidario de que esta orden religiosa —las Siervas de María— siguiese realizando la actividad cuidadora (en domicilios) para la que había sido fundada y apoyó decididamente sus reivindicaciones; así Pío X en 1907 recibió a la superiora de la orden y posteriormente en 1911 aprobó que se formasen en Roma (en el Ambulatorio Scuola di San Giuseppe), aprobando dos años después, en 1913, sus constituciones definitivas.

Los **políticos** tienen la última palabra y la aprobación de los estudios la realizó un gobierno conservador en el que **Eduardo Dato** era el presidente y que curiosamente estaba de ministro en los gobiernos que iniciaron las leyes sociales: ley de accidentes de trabajo y ley sobre las condiciones laborales de mujeres y niños, del año 1900 (leyes Dato); y también era ministro en 1904 cuando se estableció la ley de Instrucción General de Salud Pública; Dato se había manifestado públicamente a favor de la encíclica *Rerum Novarum*, que años antes, en 1891, había establecido el Papa León XIII acerca de la situación de los obreros. Así que el máximo responsable político, el presidente del gobierno, parece que podría haber estado bastante sensibilizado con lo que pedían las Siervas de María y con el tipo de trabajo que defendían. En cuanto al ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, **Saturnino Esteban Miguel de Collantes**, (hijo del que fuera médico y ministro de Fomento en 1853, oriundo de Carrión de los Condes, Palencia, una provincia controlada por esa familia), fue un ministro preocupado por actualizar la universidad y a él se debe la reforma que establecía la provisión de cátedras por concurso; durante la época que ejerció como periodista (también era abogado), asistió como **corresponsal de guerra** en la guerra Franco-Prusiana de 1870 y allí conoció aspectos de la recién creada Cruz Roja<sup>6</sup> y del trabajo del personal sanitario. Este ministro mantuvo como subsecretario a **Jorge Silvela Loring**<sup>7</sup>, quién firmaba la carta que

---

5 El papado parece que estuvo a favor de este trabajo “caritativo” realizado por mujeres —religiosas y laicas—; tanto el que era Papa en esos momentos **Pío X**, que lo fue entre 1903 y 1914 y que parece que se mostró bastante proclive a los deseos de las Siervas de María y del trabajo que realizaban, como su sucesor, **Benedicto XV** (1914-1922) que tuvo que enfrentarse a los desafíos de la Primera Guerra Mundial, dijo de Europa que se había convertido en “hospital y osario” y demostró su imparcialidad mediando entre los bandos (lo que le costó importantes críticas) y trabajó durante la contienda desarrollando importantes obras benéficas, como ayudas a los soldados en el frente y a las familias de las víctimas; parece que esta inclinación a obras caritativas valió para que tuviese buena opinión del trabajo que las mujeres enfermeras realizaban en la guerra, tanto con los heridos como con sus familias.

6 Boissier, Pierre.- History of the International Committee of the Red Cross. From Solferino to Tsushima. Edic. Instituto Henry Dunant. 1977

7 Jorge Silvela Loring, era hijo de Francisco Silvela de Le Villeuze y de Amalia Loring Heredia. Su padre fue un importante político conservador que ocupó diferentes ministerios, llegando a ser Presidente del Gobierno en los años 1889 y 1902 y en 1903 presidió el Consejo de Ministros; murió en 1905 y en 1915, su mujer, recibió del rey el título de marqués de Silvela con Grandeza de España, título que heredó su hijo Jorge. Era nieto de



desde el gobierno se remitió a las Siervas de María dándoles la noticia de la aprobación de la R.O., este político era hijo del creador del propio ministerio de ese nombre: Instrucción Pública y Bellas Artes, es decir, de Francisco Silvela y de Le Villeuze, líder del partido conservador y Presidente del Gobierno los años 1889 y 1902, siendo entonces ministro de Gobernación Eduardo Dato, el que en este momento de 1915 era presidente del Gobierno y a quién se deben las primeras leyes sociales españolas. Jorge Silvela Lorin tiene también interés para nosotros porque fue familiar directo de M<sup>a</sup> Teresa Loring Cortés, destacada enfermera en la época franquista.<sup>8</sup>

La **nobleza**: la superiora de las Siervas de María se puso en contacto con el **marqués** de Fontalba y Cubas, senador, para que hiciese de mediador con el gobierno y les hiciese a su vez de intermediario con el ministro; un ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes (entre el 4 de enero y el 25 de octubre de 1915) y senador vitalicio<sup>9</sup> desde 1894, Saturnino Esteban Miguel y Collantes; y además también noble, **conde de Esteban Collantes**; además las Siervas también se habían puesto en contacto con el Obispo de Madrid-Alcalá, quien era además **barón de la Vega de Hoz**; se tejó así un entramado entre las clases sociales dominantes a favor de que las monjas consiguiesen su objetivo de formarse y tener un título que las permitiese cumplir la misión que se establecía en sus ordenanzas.

**Los médicos.** No era un mal principio para iniciar el camino, pero faltaban unos aliados imprescindibles: los **médicos**. Cuatro médicos (González et al. 2010) venían colaborando con las Siervas de María, impartíéndolas clases en esa escuela que desde 1914 tenían en las dependencias de su orden y ayudándolas en la elaboración del programa que presentaron en la solicitud, haciendo de intermediarios cuando fueron requeridos para ello, es decir, cuatro médicos convencidos de las aspiraciones de las monjas: **Ramón Jiménez García**<sup>10</sup>, **Antonio Simoneta Zabalegui**<sup>11</sup>, **Nicasio**

---

Jorge Loring Oyarzabal y Amelia Heredia Livermore. Su abuelo fue el primer marqués de Casa Loring título que le otorgó la reina Isabel II, y Vizconde **de la Caridad**, título que le otorgó Pío IX por los esfuerzos que hizo en Málaga y provincia por salvar a las gentes de una epidemia de cólera; su mujer también estuvo muy relacionada con las obras de caridad, financiando el hospital malagueño de san Julián e incluso poniendo en 1862 la primera piedra del que sería el Hospital Civil de Málaga. Esto tiene su interés porque estos dos personajes eran los bisabuelos de **M<sup>a</sup> Teresa Lóring Cortés**, destacada enfermera española durante la guerra civil del siglo XX y en la época posterior en la que ella, desde la Sección Femenina de la que fue la última Secretaria Nacional, tomó decisiones importantes relacionadas con la Enfermería española.

<sup>8</sup> Ver nota 7; Cabello Carro, Paz.- Inicio de las políticas de conservación del Patrimonio Histórico en 1900 y creación de la Dirección General de Bellas Artes en 1915. Patrimonio Cultural y Derecho. 17/2013

- Salazar de, y Acha, Jaime.- Estudio histórico sobre una familia extremeña, los Sánchez Arjona. Real Academia Matritense. 2001

<sup>9</sup> El Senado en España tiene su origen en la Constitución de 1812 y ha pasado por etapas diversas aunque en el periodo que nos ocupa los senadores debían de reunir una serie de requisitos imprescindibles que les permitían el acceso a esa cámara, entre otros, tenían especial preferencia los miembros de la nobleza y de la Iglesia. Ver: Senado de España: [www.senado.es/conocersenado/senadohistoria/periodosconstitucionales/index.html](http://www.senado.es/conocersenado/senadohistoria/periodosconstitucionales/index.html) Fecha de consulta: 12 de marzo, 2015.

<sup>10</sup> Ramón Jiménez García, fue catedrático de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, y gozó de una gran reputación como cirujano. Presidió la sección de Cirugía de la Real Academia de Medicina Española en la que fue académico numerario desde 1904. Fuente: "202 Biografías Académicas. Valentín Matilla Gómez. Real Academia Nacional de Medicina. Madrid 1987

<sup>11</sup> Antonio Simoneta Zabalegui, fue catedrático de Patología Médica de las universidades de Santiago de Compostela, Valladolid y Madrid. Era buen conocedor de la sanidad de otros países europeos, principalmente de Francia y Alemania. Era vocal de la Asamblea Central de Cruz Roja de España. También fue Académico de Número de la Real Academia Española de Medicina desde el año 1918. Fuente: Académicos Numerarios del

### Mariscal y García de Rello<sup>12</sup>, y Luciano Barajas<sup>13</sup>.

Cuatro médicos de los que necesariamente hay que hablar porque debieron de jugar un importante papel en que se produjese, en ese momento, la firma de la R.O.

Dos de ellos, los doctores **Ramón Jiménez** y **Antonio Simoneta** eran catedráticos de la Facultad de Medicina, el primero, de Anatomía y Cirugía y un cirujano de reconocido prestigio, y el segundo, un importante internista que además era vocal de la Asamblea Central de Cruz Roja de España y con muy buen conocimiento de la sanidad en otros países europeos; el Dr. **Nicasio Mariscal** era un destacado epidemiólogo e higienista, tanto que ocupó el cargo de consejero de la reina M<sup>a</sup> Cristina para asuntos de Salud Pública además de presidente de la Sociedad Española de Higiene; en cuanto al Dr **Luciano Barajas**, fue un destacado especialista en Otorrinolaringología que desempeñó su trabajo, entre otros sitios, como jefe del servicio de ORL en el Instituto de Terapéutica Operatoria del Dr Rubio y Gali.

Así que tenemos cuatro importantes médicos con conexiones entre sí, todos fueron miembros de la Real Academia Española de Medicina y todos con conexiones importantes fuera de España y buenos conocedores de la sanidad europea y de los cambios que se estaban produciendo, fundamentalmente en el campo de la Higiene, la Microbiología y la Salud Pública.

Estos médicos, conocedores de lo que estaba pasando en Europa con la actuación de las nuevas enfermeras, su nuevo rol como ayudantes en la prevención de las enfermedades, seguramente fue determinante para que aunaran sus esfuerzos para que en España se diese un paso adelante en este terreno y por ello empezaron a dar clases a las Siervas que se querían formar y posteriormente se encargaron de elaborar un programa y gestionar y tramitar su consecución, dos de ellos defendiendo en el claustro de la Facultad de Medicina su aprobación, mientras que los otros dos fueron los encargados de los tramites en el Ministerio.

Cuatro médicos, en definitiva, que según se desprende de los datos, parecía que estaban muy interesados en que su proyecto saliese adelante, que negociaron con sus compañeros de profesión y con los políticos de turno para conseguir sus objetivos que no eran otros que lograr que hubiese enfermeras formadas adecuadamente para la asistencia a los enfermos y para la prevención de las enfermedades, sin olvidar lo que esperaban encontrar de ayuda para su propio trabajo.

### Las enfermeras: unas invitadas en la sombra

Instituto de España (1938-2004). Instituto de España. Madrid 2005

12 Nicasio Mariscal y García de Rello, ocupó diversos e importantes cargos como médico madrileño, entre otros, director del Laboratorio Central de Medicina Legal, presidente de la sección de Epidemiología de la Sociedad Española de Higiene, de la que también fue presidente; fue Consultor del Dispensario Antituberculoso Victoria Eugenia, Consejero de Sanidad y Vocal de la Junta de Protección de la Infancia habiendo sido impulsor de la ley de Protección a la infancia de 1904. Consejero de la Reina M<sup>a</sup> Cristina en asuntos de Salud Pública. Entre sus numerosas publicaciones cabe destacar una de título: Higiene de la inteligencia. También fue desde febrero de 1914 Académico Numerario de la Academia Nacional de Medicina de la que fue Secretario entre 1932 y 1949. Fuente: Académicos Numerarios del Instituto de España (1938-2004). Instituto de España. Madrid 2005; y Centro de Estudios Bilbilitanos. Instituto Fernando el Católico Calatayud.- [www.cibilbilitanos.com/autores/mariscal.htm](http://www.cibilbilitanos.com/autores/mariscal.htm)

13 Luciano Barajas fue un destacado médico otorrinolaringólogo de Madrid, profesión que desarrolló junto a Antonio García Tapia, (el llamado "padre" de la Otorrinolaringología española y presidente de la Real Academia de Medicina en 1915), y que ocupó el puesto de jefe del servicio de ORL desde 1907 a 1912 en el Instituto de Terapéutica Operatoria del Dr Rubio y Gali (éste hizo la primera laringectomía en España en 1878); En 1897 dirigió el servicio de ORL en la clínica privada Hospital Clínico del Carmen que en 1912 se transformó en Instituto Laringológico de Madrid. Fuente: Navarro Pérez, J; Ferrer Baixadi, F; Marco Algarra, J.- La Otorrinolaringología en España y Latinoamérica, en: VV.AA. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. (eBook online) Ed. Médica Panamericana, 2<sup>a</sup> ed. 2007, pp1-11

La enfermería española seguía siendo igual que en épocas anteriores: una actividad desempeñada por mujeres laicas y religiosas, que cuidaban a los enfermos en instituciones sanitarias o en sus propias casas, que no gozaban de muy buena consideración social, aunque la propia sociedad las creía útiles, y para las propias mujeres solo debía de ser una muy frágil esperanza de reconocimiento laboral y social, a pesar de los esfuerzos que cada vez más venían haciendo algunas mujeres de la alta burguesía y de la nobleza que encontraban en ello una forma de dar solución al problema de la asistencia caritativa a los enfermos, remediando en parte, las muchas carencias de salud y de encontrar solución a la vida de muchas mujeres.

Pero en los últimos años la sociedad española también estaba sometida a grandes cambios y estaba presenciando algunas manifestaciones de esos cambios; tanto en Madrid como en otras ciudades, mujeres nobles y de la alta burguesía salían a la calle, montaban mesas petitorias y con diversos motivos: la fiesta de las flores por ejemplo, en 1913 Madrid se había llenado de altares de flores y mesas en las que se recogían donativos para luchar contra la tuberculosis; lo mismo se había hecho en La Coruña en 1912. En Francia, la prensa se hacía eco de ello, en 1913, se celebró la fiesta de la banderita para pedir dinero para la Cruz Roja<sup>14</sup> y en 1915 en diversos países europeos se celebró el día de la amapola (Poppy Day) para recordar a los soldados fallecidos en la guerra y ayudar a los que aún combatían.

Fuera de España la Enfermería había cambiado y los últimos acontecimientos daban buena muestra de esa transformación. Los médicos a los que me he referido, otros también, eran conedores de ese cambio, pero además la prensa daba cuanta a diario del papel que estaban desempeñando las enfermeras, de Cruz Roja o no, en los acontecimientos bélicos del día a día; aunque España se mantuvo al margen de la Guerra (la I Guerra Mundial había comenzado en 1914), las noticias si llegaban y la sociedad española las conocía y sabía que mujeres de la nobleza europea y en general las mujeres enfermeras, algunas muy conocidas, estaban participando activamente en ella. Es el caso por ejemplo de la **Princesa Elena de Montenegro, reina consorte de Italia** que no solo trabajó como enfermera sino que con la ayuda de su suegra (la reina madre) convirtió el palacio del Quirinal en un hospital; (años más tarde, en 1937, el Papa Pío XI le otorgó la **más alta condecoración que da** la Iglesia Católica a una mujer: la Rosa de Oro de la Cristiandad, reconociendo así su dedicación, tanto durante la guerra como después de ella con la creación de numerosas obras benéficas y la promoción de iniciativas para la formación de los profesionales sanitarios, entre ellos las enfermeras. **Reina María de Rumanía**, tanto ella como su madre (también de nombre María y reina madre de Rumanía) trabajaron como enfermeras de Cruz Roja durante la I Guerra Mundial<sup>15</sup>; La **emperatriz-zarina de Rusia, Victoria Feodorovna Romanova**<sup>16</sup>, junto con sus hijas **Tatiana y Olga Nikolaievna Romanova** trabajaron activamente como enfermeras de

---

14 En España se regulará la Fiesta de la Flor y la Banderita mediante el R.D. 6 de Junio de 1924. Gaceta de Madrid de 29 de Junio de 1924, nº 181, p 1564

15 María de Rumanía era alemana de nacimiento, su madre era hija del príncipe Alfredo I de Sajonia-Coburg-Gotha, duque de Edimburgo e hijo de la reina Victoria del Reino Unido. Su bisabuelo materno era el zar Alejandro II de Rusia y por parte paterna era bisnieta de la reina María II de Portugal No hay que olvidar que los miembros de las casas reales europeas estaban todos emparentados.

16 La zarina o emperatriz Victoria Feodorovna Romanova, esposa del Zar Nicolás II (**que tomó el nombre de Alejandra al unirse a la iglesia ortodoxa rusa**), era nieta de la reina Victoria de Inglaterra pues era la cuarta hija del gran duque Luis IV de Hesse-Darmstadt y de la princesa Alicia del Reino Unido; tuvieron cinco hijos: las grandes duquesas Olga, Tatiana, María y Anastasia, todas de apellidos Nikolaievna Romanova y un hijo: Alexis Nikolaievich Romanov

Cruz Roja en hospitales militares. **Olga de Grecia**<sup>17</sup>, (**Olga Konstantínova Románova**), familia de las anteriores, y ya viuda cuando estalló la guerra, puso en marcha un hospital en el palacio Pávlovsk donde ella trabajó como enfermera. La **reina de España Victoria Eugenia de Battenberg y Sajonia-Coburgo-Gotha**<sup>18</sup>, esposa del rey Alfonso XIII, también se implicó en la guerra dedicándose con intensidad a la Cruz Roja siendo apoyada, ella y la Institución, por el propio rey en la asamblea Suprema de Madrid precisamente en el año 1915.

Pero no solo hubo mujeres de la realeza y nobles; otras mujeres famosas que levantaban admiración y eran bien conocidas, también se incorporaron como enfermeras, es por ejemplo el caso de **Coco (Gabrielle) Chanel**<sup>19</sup>, y aunque parece que no estuvo demasiado tiempo como enfermera, ya era una mujer muy conocida y su gesto tuvo una gran trascendencia. **Agatha Christie**<sup>20</sup> también se alistó como enfermera y dijo del trabajo que hizo en este periodo de su vida, en un hospital y en un dispensario, que había sido uno de los trabajos más gratificantes que cualquier persona puede realizar. Algunas novelistas inglesas que en los momentos de la guerra comenzaban su obra literaria, también trabajaron como enfermeras en la guerra, como **Vera Brittain**<sup>21</sup> que escribió y publicó, entre otras obras, unas cartas-informes como enfermera de guerra que alcanzaron una gran difusión. Otra mujer inglesa muy conocida y que durante la guerra desarrolló una actividad con una gran proyección, fue la **Duquesa de Sutherland, de nombre Millicent Sutherland-Liveson-Gower**, junto con varias amigas y sus doncellas, organizó el trabajo de las enfermeras voluntarias en Bélgica y Francia porque el ejército inglés no consentía que se incorporasen las que no tenían acreditada su formación y pertenecían al QAIMNS (Servicio de Enfermería Militar Imperial de la Reina Alexandra)<sup>22</sup>. En la primavera de 1915 se habló mucho de ellas porque fueron capaces de organizar hospitales y el servicio de ambulancias en esos dos países para la asistencia de los soldados ingleses y los militares reconocieron y ensalzaron su labor. Tras su escapada de Bélgica, del cerco de Namur, escribió en Inglaterra "*seis semanas en la guerra*". Fue condecorada tras la guerra con las medallas de Cruz Roja de Inglaterra, Francia y Bélgica. Para terminar este apartado voy a referirme a una enfermera que alcanzó en estas fechas una enorme

---

17 Olga Konstantínova Románova, Olga de Grecia, era hija del gran duque Constantino Nikoláyevich de Rusia y de la princesa Alejandra de Sajonia-Altenburg.

18 La reina Victoria Eugenia había nacido en Escocia, en el castillo de Balmoral y era hija de Enrique de Battenberg y de la princesa Beatriz, (la hija pequeña de la reina Victoria y del príncipe Alberto). La bautizaron con esos nombres en honor de su abuela Victoria y de su madrina, la emperatriz Eugenia viuda del emperador Napoleón III.

19 Coco Chanel tenía una conocida tienda de moda abierta desde 1910 –Modas Chanel-, en la rue Cambon nº 21 de París (entre la Madeleine y la Place Vendôme) y sede aún hoy de la casa central Chanel y de las más famosas boutiques del mundo

20 Agatha Christie había nacido en 1890 en Inglaterra, era nieta de un militar del Ejército Británico y vivió con intensidad su trabajo como enfermera durante la guerra y según sus biógrafos este periodo supuso una importante influencia en su obra porque muchos de los crímenes de sus obras se producen con venenos, aprendizaje que adquirió en este periodo de su vida.

21 Vera Brittain fue una importante feminista inglesa, formada en Oxford, con una abundante obra literaria, de la que especialmente nos interesan sus cartas-informes como enfermera de guerra que alcanzaron una gran difusión. Fue la madre de la conocida actriz Shirley Williams.

22 El cuerpo de enfermeras del Servicio de Enfermería Militar Imperial de la Reina Alexandra (QAIMNS), se fundó en 1902 (en la guerra de los Bóers y cuando empezó la guerra en 1914 tenía alrededor de 300 miembros y al finalizar la guerra en 1918 tenía 10.000 enfermeras. En 1907 se había fundado, también para cuidar a los miembros del ejército, el Cuerpo de Caballería de Enfermería de Primeros Auxilios.

notoriedad y difusión: **Violet Jessop**, una mujer que trabajaba como enfermera de Cruz Roja en el Titanic, transatlántico que había zarpado del puerto de Southampton el 10 de abril de 1912 con 3.547 pasajeros y que se hundió la noche del 13 al 14 de abril de 1912. Esta enfermera se hizo muy popular al salvarse del accidente, porque también se había salvado en otro de los buques<sup>23</sup> de la Royal Navy, el Olympic, cuando colisionó en septiembre de 2011 donde trabajaba como camarera.

A estas individualidades hay que sumarle el enorme impacto que a juzgar por los comentarios en la prensa escrita y gráfica, debió suponer el desfile que las enfermeras realizaron ante el palacio de Buckingham.

No son las únicas, ni mucho menos, pero son una muestra significativa de que se hablaba de las enfermeras y seguramente su aureola de abnegación y compromiso también contribuyó a que algunas personas de la sociedad española dejaran de ver a las mujeres como “el ángel del hogar” y pensasen en asignarles un rol diferente.

### Otras consideraciones

Cabe hacerse una pregunta muy puntual en lo que se refiere a los momentos previos a la aprobación de la R.O.; sabemos que no fue fácil que los doctores comisionados para ello, los catedráticos Ramón Jiménez y Antonio Simoneta, consiguieran la aprobación de la Junta de Profesores de la Facultad de Medicina para que sus demandas prosperasen y solo cuando se cambió el Plan de Estudios que se adjuntaba a la solicitud de las monjas, y que había sido elaborado por los cuatro médicos, consiguieron que la Junta de Facultad diese su consentimiento. Este análisis deberá esperar otra ocasión para ser investigado.

### LOS TIEMPOS PRECEDENTES: MÁS PREGUNTAS Y NUEVAS HIPÓTESIS

Y, ¿por qué en ese momento y no antes? ¿Qué había cambiado para que en 1915 se considerase apropiado que las enfermeras existiesen como profesión y sin embargo no lo fuesen antes?

Hacer una incursión por el siglo XIX, es sumergirse en un periodo muy complejo, retrato de una España anacrónica que se debate entre el continuismo y la transformación. Unos años de grandes cambios que afectaron a la estructura social, con la sustitución de la sociedad estamental del Antiguo Régimen (A.R.) por otra compuesta por clases, con una de ellas, la burguesía, como clase emergente y otra, la clase obrera con problemas de todo tipo: económicos, de vivienda, de hacinamiento, de alimentación, de cultura (analfabetismo), de salud<sup>24</sup>...; una economía liberal apoyada en la nueva revolución industrial, un sistema político basado en el liberalismo y una sociedad que sigue siendo patriarcal y que otorga a las mujeres un rol muy concreto, el de “ángel del hogar”. Como ejemplo de siglo problemático baste con algunos ejemplos: entre los 58 años que discurren entre 1857, fecha en que se reglamenta la enseñanza de practicantes y matronas<sup>25</sup>, hasta 1915

---

23 La naviera inglesa White Star Line construyó en 1907 tres transatlánticos: Olympic, Titanic y Gigantic, para conectar Europa y América; El Gigantic, rebautizado como Britannic, se dedicaría en la Primera Guerra Mundial a buque hospital.

24 A comienzos de siglo la esperanza de vida al nacer está entre 34 y 35 años, excluyendo al 9% de la población, los líderes, que podían alcanzar fácilmente los 60 años. Ver: Pérez Moreda, Vicente.- El legado demográfico del A.R., en: VII Encuentro de Didáctica de la Hª Económica. Murcia, junio, 2003 y Guijarro, Marta; Pelaez, Oscar.- La longevidad globalizada: un análisis de esperanza de vida en España (1900-2050). Scripta Nova. Rev. Electrónica de Geografía y C. Sociales. Univ. Barcelona, 2007.

25 Ley Moyano, artículo 40 y 41; 1861 R.O. 21/2, Gaceta de Madrid 332 de 28 de noviembre Reglamento enseñanza matronas y practicantes; 1888, R. O. 16/2 Nueva Reglamentación enseñanza Practicantes y Matronas.

fecha de la profesionalización de las enfermeras, se suceden en España 63 gobiernos<sup>26</sup> y este periodo está salpicado de acontecimientos muy variados: el paso del Romanticismo al Realismo-Naturalismo; la muerte prematura de Alfonso XII en 1885 y la instauración como regente (1885-1902) de su madre M<sup>o</sup> Cristina de Habsburgo-Lorena; el enfrentamiento entre el Estado centralista y una sociedad creciente con ideario regionalista-nacionalista que llevará a las autonomías conocidas como históricas (Cataluña y País Vasco); la exposición universal de Barcelona en 1888; la guerra colonial (Puerto Rico, Cuba y Filipinas)<sup>27</sup>; la guerra de Marruecos; la generación del 98, la creación de la Institución Libre de Enseñanza (ILE)<sup>28</sup> que tanta influencia tendrá en hacer visible y consolidar la cultura española dentro y fuera de nuestras fronteras, estableciendo una política de becas y pensiones que permitió que saliesen jóvenes a completar su formación, y científicos importantes a ampliar estudios, entre ellos médicos como Pío del Río Hortega a Berlín, Londres y París, o el neurólogo Nicolás Achúcarro que se formó en París, Florencia y Munich donde trabajó con Alois Alzheimer; organizando el homenaje a Azorín en 1913 en los jardines de Aranjuez y organizando también la conferencia en 1914 de Ortega y Gasset “*Vieja y nueva política*” y la publicación de su ensayo *Meditaciones del Quijote*, que marcaron la forma en que a partir de entonces se iba a ver España; y un largo etc. Imposible de abordar.

A lo largo del siglo los avances médicos son muchos y muy importantes; una de las mayores convicciones médicas se desarrolla en torno a la necesidad de interpretar de diferente manera el proceso de enfermar, de prevenir las enfermedades y la propagación de las epidemias (la Epidemiología será el camino hacia la Salud Pública), de evitar muchas de las complicaciones derivadas de las enfermedades y de la praxis **médica**, todas ellas cuestiones que van arraigando con una nueva concepción del contagio que supera ideas medioambientales y químicas y buscando en definitiva nuevas estrategias para combatir la enfermedad. La transformación de la Medicina de un arte empírico en una profesión científica, va de la mano de las nuevas teorías científicas: De la Patología Celular (Virchow) (Diagnóstico); Postulados de Koch-Henle (Etiología); Teoría infecciosa de la enfermedad (Pasteur y Koch) (Vacunas). Es el camino hacia el desarrollo de la Microbiología y se puede decir que estos avances cambiarán la praxis **médica**, **imponiéndose tratamientos distintos, un paradigma distinto y un modelo diferente**. Si el paradigma bacteriológico tiene una influencia decisiva en la mentalidad de los médicos del siglo XIX, las **teorías higienistas** son las protagonistas del cambio de actitud y del comportamiento **médico y el Higienismo**<sup>29</sup> acabará siendo la guía y el componente intelectual de las acciones de gobierno.<sup>30</sup> Y solo a modo de ejemplo,

---

26 Esta época conocida como Restauración, tiene un sistema de gobierno basado en la alternancia bipartidista entre los Liberales-Conservadores y los Liberales-Fusionistas, fruto del acuerdo entre Cánovas y Sagasta; es un sistema adulterado cuya clave está en el caciquismo pero que supuso el fin del intervencionismo militar en la península.

27 La pérdida de las colonias supuso enormes críticas para el ejército que además gozaba de una importante macrocefalia porque tenía un gran número de oficiales.

28 Como consecuencia de las medidas llevadas a cabo por el ministro Manuel Orovio (Gobierno de Narvaez) de suspender la libertad de cátedra si se atentaba contra los dogmas de fe, se creó en 1876 la Institución Libre de Enseñanza, que acogió a muchos intelectuales, convirtiéndose en la conciencia crítica de los gobiernos.

29 Alcaide González, Rafael.- La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX. Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social. Scripta Nova. Rev. Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Univ. De Barcelona. N. 50. 15, octubre, 1999.

30 Barona, Carmen.- Valencia 2002. Organización sanitaria y de la higiene pública en la provincia de Valencia (1854-1936). Tesis Doctoral.

en España entre 1808 y 1936 se publicaron 507 obras sobre Higiene Pública. Así que la **Higiene** se va a convertir en el eje vertebrador de la nueva Medicina tanto en los hospitales como en los laboratorios (el nuevo espacio de trabajo y desarrollo de la actividad médica) y se plantearán cambios en los planes de estudio que contemplen estas nuevas materias que ya han empezado a verse como imprescindibles.

Desde el punto de vista sanitario, también hay numerosos cambios enfocados a ir sustituyendo el sistema benéfico-asistencial del A.R. y a enfocarlo principalmente a proteger a la sociedad de enfermedades, siendo en las Cortes de Cádiz donde se establece el primer código sanitario español, pero no se pondrá en marcha y hará falta llegar a 1847 cuando un R. Decreto sobre Sanidad acabará con el sistema del A.R. y 8 años después, en **1855** se establecerá el primer texto legislativo de rango superior, la **Ley de Sanidad**, una ley que será el eje articulador de los grandes cambios en salud en este país, porque no habrá otra hasta 1986: la Ley General de Sanidad. A partir de 1855, la política sanitaria se basará en un modelo centralizado cuyo órgano rector será el Ministerio de Gobernación y desde allí, la Dirección General de Sanidad; esto hace que en cada provincia sean los Gobernadores Civiles los que tomen las decisiones en política sanitaria, menos en **Higiene Pública** que tendrán una independencia muy limitada porque las decisiones en este terreno se tomarán desde el Gobierno. Así que la **Higiene**, va a adquirir cada vez más protagonismo y la categoría de Ciencia, definiéndose así en los libros de texto: "Un Arte Científico".

## DEL PENSAMIENTO A LA ACCIÓN

Así que un cambio de actitud de los médicos –varones- que empiezan a demandar "ayudantes" preparados, que en general no va a estar en el espíritu de la demanda que sean ayudantes mujeres, porque aún la sociedad española no cree ni ve conveniente la incorporación de las mujeres al trabajo y las enfermeras y la enfermería –actividad femenina- no se venía caracterizando, en España, por ser un trabajo ni de prestigio ni de solvencia en el conocimiento, excepción hecha de las monjas que venían trabajando como enfermeras.

En España los grupos de personas que creían en un rol diferente, con una educación, un trabajo y espacios y vidas distintas para las mujeres, ni eran bien vistas ni tenían aún fuerza social, a pesar de los esfuerzos llevados a cabo por las mujeres ligadas al Krausismo y a la ILE, como por ejemplo Concepción Arenal, con su intento de reforma de la enfermería al considerarla como un buen medio de salida laboral para las mujeres; esta manera de ver la sociedad tan anclada en el modelo tradicional, **añadía dificultad a que algunas ideas saliesen adelante.**

Estos planteamientos contrapuestos van teniendo, a medida que se llega al siglo XX, defensores más férreos y detractores más enérgicos y las posturas se hacen más encontradas, pero con más fisuras, no solo para la enfermería, también la sociedad vive estos desacuerdos en relación con el rol femenino. Entre los propios practicantes –hombres-, se producen grietas a favor y en contra del trabajo de las mujeres laicas en los hospitales. Un ejemplo de los partidarios de que las mujeres se incorporen al trabajo y "ayuden" a los **médicos en su día a día** asistencial, seguramente mueve a algunos a colaborar en su formación y a dar pasos en este sentido: Rubio y Gali y los profesores de su escuela, algunos de los cuales han dejado testimonio en los libros de texto escritos para ellas y en sus dedicatorias, por ejemplo Pi y Arsuaga y sin duda los cuatro médicos protagonistas de la firma del decreto. Parece que el debate de la Junta de Facultad previa a la aprobación del plan de estudios de Enfermería, tuvo mucho que ver con este tema.

Pero hay un tercer elemento, no menos importante y es que en España hay un nuevo sistema asistencial y un nuevo modelo médico para trabajar en él y se hace cada vez más imprescindible la necesidad de cambio del personal que en el trabaja. Muchos médicos españoles y muchos políticos, son conocedores de cómo se trabaja ya en otros países y de cómo la sanidad da pasos de

gigante para adaptarse a los nuevos retos de los tiempos: Inglaterra, Alemania, Francia, . . . , países que sabemos visitaban con frecuencia algunos de los médicos españoles, todos los aquí mencionados y otros muchos sin duda, son un elemento de peso que refuerza la idea de necesidad de cambio sanitario y social y sin olvidar que la Cruz Roja<sup>31</sup> hace su propio trabajo en favor de la formación de las enfermeras ya que desde 1864 en el 1º Convenio de Ginebra se había establecido la necesidad de la formación de enfermeras para cuidar y ayudar a los heridos en tiempos de guerra y que en 1907 en su Conferencia de Londres se volvía a recomendar la formación de enfermeras en tiempos de paz, en escuelas adecuadas, con enseñanza teórica y práctica en hospitales y dispensarios, para garantizar el buen funcionamiento de los equipos sanitarios en tiempos de guerra. Todas estas cuestiones juntas puede que supusieran la espoleta para que se propugnara el cambio en la Enfermería española.

## PLANES DE ESTUDIO

Para intentar aproximarme a la comprobación de esta hipótesis voy a hacer un estudio comparado entre los planes de estudio de estos primeros momentos de andadura profesional, viendo así las semejanzas y diferencias entre unos y otros, sin olvidar por supuesto que están dirigidos a actividades con matices diferenciadores aunque todas ellas fuesen clasificadas como "profesiones auxiliares de la Medicina"

Planes de estudio de Matronas y Practicantes según los programas establecidos oficialmente en los años 1861, 1888, 1904; y Plan de estudios de Enfermería según el Programa establecido en 1915.

Los programas de matrona y practicante de 1861 tienen algunas características generales comunes, por ejemplo, su enseñanza se autoriza en las universidades de Madrid, Barcelona, Granada, Santiago, Sevilla, Valencia y Valladolid, y la enseñanza práctica en hospitales municipales y provinciales de esas ciudades que no tengan menos de 40 enfermos ni 60 camas. Las parteras o matronas también en casas de maternidad o en hospitales donde haya partos, siempre elegidos por los rectores de las universidades correspondientes y con una duración de cuatro semestres. Hay que considerar un matiz: practicantes y matronas en diferente horario y las parteras a puerta cerrada, además de con 20 años cumplidos y con autorización del marido. Los contenidos también tienen algún matiz diferenciador<sup>32</sup>:

**Practicantes:** Nociones de Anatomía; Vendajes; Apósitos y prevención de accidentes; Curas; Cauterios; Sangrías; y Arte de Dentista y del Callista.

**Matronas o Parteras:** Nociones de Obstetricia Anatomía y Fisiología; Asistencia al parto y al recién nacido; Primeros auxilios al lactante; Administración de agua de socorro.

Programas de Matrona y Practicante de 1888: son prácticamente idénticos, salvo en que el de practicante no contempla lo correspondiente al Arte de Dentista (R.D. de 1871).

Programas de Matrona y Practicante de 1904: En este año hay más diferencias. Se autoriza a los **Practicantes** a atender partos "normales" en zonas rurales de menos de 10.000 habitantes. Solo podrán acceder a los estudios con 16 años cumplidos y con certificado expedido por la Escuela Normal de haber superado la enseñanza primaria superior, además exigirles la asistencia a clases teóricas y prácticas, pudiendo realizar éstas tanto en clínicas de las facultades o centros oficiales como en no oficiales como las enfermerías de los hospitales provinciales. Los contenidos del programa no presentan cambios.

Para las **matronas** sin embargo hay cambios más significativos, especialmente en los contenidos del plan de estudios porque aparecen materias nuevas: Higiene y prácticas

---

31 Ver Nota 6

32 Me gustaría ser más explícita pero la cuestión del espacio previsto impide hacerlo



**generales de Asepsia y Antisepsia.** Unas materias a impartir en el primer curso aunque no se determina el nº de temas ni de horas que se van a destinar a ello.

Plan de Estudios Enfermeras 1915: Es un programa mucho más desarrollado. Consta de 70 temas para ser impartidos en dos años y aunque los contenidos son muy variados y hasta podríamos decir que desde el punto de vista actual "dispersos", se pueden agrupar en bloques: Anatomía y Fisiología: 12 temas; Moral profesional: 2; Legislación: 1; Urgencias: 5; Pediatría: 1; Patología Médica: 9; ORL: 5; Oftalmología: 1; Cirugía: 10; Dietética: 1; Dermatología: 1; Psiquiatría: 1; **Higiene**: 5 y **Salud Pública**: 2.

Como puede constatarse hay diferencias significativas y no se espera lo mismo de cada uno de estos tres grupos de profesionales de la sanidad. Incluso podríamos decir que las diferencias se han intentado limar entre matronas y practicantes y que entre estos dos y las enfermeras hay diferencias muy significativas fruto de una formación completamente diferente. La materia **Higiene** va tomando más peso, ahora acompañada de una nueva: **Salud Pública**.

## A MODO DE CONCLUSIÓN

El anuncio aparecido en la Revista General de Enseñanza y Bellas Artes<sup>33</sup> de fecha 1º de Mayo de 1915, puede servirnos como conclusión para cerrar esta charla, dice así:

Profesor Subirana: "La Salud por la instrucción"

*Los problemas sanitarios, los conocimientos higiénicos,  
la cultura biológica, en una palabra, se impone...*

## BIBLIOGRAFÍA General no reseñada

- CARASA, P; MARCOS, C; MARTÍNEZ, M; MARTÍN DE LA GUARDIA, R.M.; PÉREZ, G.A.- Historia de España. 12. Alfonso XIII y la Segunda República (1898-1936). Ed. GREDOS 1991
- DÍEZ, Fernando.- Estructura social y sistema benéfico-asistencial en la ciudad preindustrial. *hiStoria Social*. Nº 13. Primavera-Verano 1992; pp 101-121
- ESTEBAN DE VEGA, Mariano.- La asistencia liberal española: beneficencia pública y previsión particular. *hiStoria Social*. Nº 13. Primavera-Verano 1992; pp 123-138
- FLECHA, Consuelo; NUÑEZ, Marina; REBOLLO, Mº José. (Dir).- Mujeres y Educación. Saberes, prácticas y discursos en la historia. Diputación Provincial de Sevilla. 2006
- GONZÁLEZ CANALEJO, Carmen.- Análisis histórico de la situación de las enfermeras y matronas en España. Una perspectiva global. RAUDEM. Revista Estudios de las Mujeres. Vol 1, 2013
- MADARIAGA, Salvador de.- España. Ensayo de historia contemporánea. Espasa-Calpe, S.A. 1978
- ORTIZ, Teresa.- El discurso médico sobre las mujeres en la España del primer tercio del s. XX. Cuadernos de temas grupales e institucionales. Nº 4, Invierno 1996-97
- PARDO BAZÁN, Emilia.- La mujer española y otros escritos. Colección Feminismos. Ed. CÁTEDRA 1999
- SUAREZ OJEDA, Magdalena (Ed).- Género y mujer desde una perspectiva multidisciplinar. Ed Fundamentos 2012
- TUÑÓN DE LARA, M; VALDEÓN, J; DOMÍNGUEZ ORTIZ, A.- Historia de España. Ed. LABOR S.A. 1991

---

33 Biblioteca Nacional de España. Año VI, Nº 129, Madrid 1 de Mayo de 1915

## EL PAPEL DE LAS RELIGIOSAS EN EL RECONOCIMIENTO OFICIAL DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA

### *The role of religious sister in the official recognition of Nursing*

María Elena González Iglesias

Co-Redactora Jefe de la Revista *Temperamentvm* (Fundación Index)

Para mí ha sido difícil plantear el enfoque de esta ponencia, existían múltiples posibilidades. Se me ha pedido que hable del papel de las religiosas en el reconocimiento oficial de la Enfermería, sin acotar, al menos en el título, el territorio de influencia. Ahí lo tuve claro ya desde el principio, porque este congreso conmemora los cien años del título en nuestro país, y también ha influido mi perfil investigador y el hecho de que el congreso cuente con la Dra. Barbra Mann Wall cuya ponencia aborda la contribución de las religiosas al desarrollo de la Enfermería en EEUU. Mi exposición debía limitarse, pues, a la Enfermería en España.

El siguiente escollo fue orientar el caso español, porque son múltiples las vertientes en las que se ha prodigado la influencia de las religiosas en el reconocimiento oficial de la Enfermería en España. Podía limitarme a disertar sobre su responsabilidad en el hecho concreto que recoge el lema de este congreso: ese primer paso que supuso el reconoci-

miento **oficial de la profesión de enfermera**, dotándola de un programa y un certificado de estudios, tras la superación de los exámenes en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid. O darle un significado más amplio y abarcar un periodo que podría llegar, si me apuran, casi hasta nuestros días. Y por esta opción me he decidido.



*Madre Fernanda Iribarren  
(Agustina Catalina Iribarren Altolaquirre)*

El profesor Siles<sup>1</sup> habla de la importancia de definir la imagen social e histórica de una profesión, de nuestra profesión. Ese sería el paso previo para alcanzar el reconocimiento y un cierto “poder” dentro de la sociedad pero, a la vez, reconoce que es una de nuestras asignaturas pendientes. En ese proceso deberíamos tener en cuenta a todos los que en el pasado, individuos y grupos, han contribuido a conformar nuestra profesión.

En España, los enfermeros religiosos, hombres y mujeres, han jugado un papel todavía escasamente investigado, sobre todo en el caso de las comunidades de religiosas femeninas dedicadas al cuidado de enfermos, nacidas a partir del siglo XIX.

Y pensemos, por ejemplo, en la responsabilidad que han tenido los religiosos enfermeros en la recuperación y difusión de la historia de la Enfermería en nuestro país, algo que ha redundado en beneficio de la profesión. Este congreso tiene su origen en el Primer Seminario sobre Investigación en Historia de la Enfermería celebrado el año 1991 en Madrid, organizado por el Seminario de Investigación en Historia de la Enfermería que lidera desde entonces sor Francisca Hernández, hija de la Caridad de San Vicente de Paul. Ella es también la coordinadora de uno de los libros sobre la historia de la Enfermería en España<sup>2</sup> que ha tenido mayor difusión y en el que han colaborado algunos de los investigadores más destacados de la historia de la Enfermería en nuestro país. Y dos de los primeros libros de historia de la Enfermería, escritos por enfermeros y publicados en España, son obra de hermanos de la Orden de San Juan de Dios<sup>3,4</sup>; ellos son autores, además, de un gran número de publicaciones sobre historia de la Enfermería.

A otra hija de la Caridad, sor Josefina Castro Vizoso, debemos la traducción al español del libro *Notas de Enfermería* de Florence Nightingale. Sor Sabina Iragui, también Hija de la Caridad, fue durante años la Directora de la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) de la Universidad de Salamanca, una de las escasísimas escuelas que siempre fue mixta a pesar de las normas expresas que se habían dictado prohibiendo la coeducación. Ambas merecen un lugar en nuestra historia.

En 1978 se publicaba un libro poco recordado y menos consultado, sin embargo su título se ha utilizado como lema en multitud de eventos, *Enfermería: Presente y futuro*<sup>5</sup>. Su autor, el sociólogo Clemente Martín Barroso, explica en el prólogo que en su investigación pretendía recoger y analizar la “problemática” que estaba configurando el ejercicio profesional y los intereses de la Enfermería. Aunque su estudio se realizó entre enfermeras que ejercían y estaban colegidas en Madrid, creía que los resultados podían ser extrapolados al resto del país. Este estudio le fue encargado por la Presidenta de la Sección de Enfermeras y Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninas del Colegio de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) de Madrid. En ese estudio participaron cerca de un millar de profesionales, todas mujeres y con título de enfermera o ATS. En el cuestionario que debían cumplimentar, se incluía una pregunta relativa a su estado (*Casada / Soltera / Viuda / Religiosa*). A la hora de procesar los resultados el autor tuvo en cuenta ese dato y se encontró con que las monjas estaban entre el grupo más *progresista* de las encuestadas, algo que le resultó sorprendente pero que, por desgracia, no analizó en detalle. Ellas, en un alto porcentaje, se mostraban partidarias de una formación que convierta a la Enfermería en una profesión más autónoma, que controle su proceso formativo, implicada en la gestión de los centros sanitarios y eran las que se mostraban más afines a las propuestas de organismos internacionales como el Consejo Internacional de Enfermería y el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud, en cuanto a la formación profesional de las enfermas.

Volvamos al hecho que conmemora este congreso, los cien años del reconocimiento oficial del título de Enfermera en España. La Real Orden (RO) de 7 de mayo de 1915 que aprueba el “programa de los conocimientos que son necesarios para habilitar de enfermeras a las que los soliciten, pertenecientes o no a Comunidades religiosas” y que aparecería publicada en la Gaceta de Madrid

dos semanas después, el 21 de mayo de 1915. Sabemos que esa RO se dicta en respuesta a la instancia que dirigen las Siervas de María Ministras de los Enfermos, al Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes. Dice en sus primeras líneas esa RO: **“Vista la instancia presentada por la Congregación de Siervas de María, Ministras de los enfermos,** solicitando que se autorice para ejercer la profesión de enfermera á las religiosas que acrediten tener los conocimientos necesarios con arreglo al Programa que con este fin se establezca...” Pero ha tenido que pasar casi un siglo para que se investigase y diesen a conocer los pormenores de ese largo proceso que culminó en la publicación de la RO y el grado de participación de las Siervas de María en la elaboración del programa<sup>6,7</sup>. También es reciente la publicación del artículo de Hernández Conesa y colaboradores en *International Nursing Review*, en el que reconocen la implicación de las Siervas de María en ese proceso<sup>8</sup>.

En la segunda mitad del siglo XIX, mientras la Iglesia pierde protagonismo en el patronazgo y gestión directa de la beneficencia, va ganando peso en la asistencia. Surgen en ese siglo y en los primeros años del siglo XX, numerosas comunidades de religiosas de vida activa que se dedican a labores de beneficencia, incluida la asistencia a enfermos y la enseñanza<sup>9</sup>. Además las Hijas de la Caridad que habían llegado a España a finales del siglo XVIII y que, a partir del Concordato de 1851 entre la Santa Sede y España, se van haciendo cargo de muchos de los centros de beneficencia que habían pasado a ser responsabilidad de la administración estatal tras la reforma de la Beneficencia en los años treinta. Poco a poco, las comunidades de religiosas se hicieron cargo de la asistencia en muchos centros públicos y en otros de gestión privada, hasta bien entrado el siglo XX<sup>10</sup>.

El personal eclesiástico supuso una mano de obra barata y semicualificada, que posibilitó la viabilidad económica de muchos de esos centros que debían ser gestionados con los escasísimos recursos que les asignaban las maltrechas arcas públicas. En la mayoría de los casos, la asistencia en los hospitales, incluso en hospicios, estaba, hasta ese momento, a cargo de sirvientes asalariados (hombres y mujeres) sin ningún tipo de formación. Las administraciones públicas encontraron muy ventajosa la actividad de las comunidades de religiosas, como refleja este extracto recogido por Hernández Figueiredo del libro de Actas de la Diputación Provincial de Ourense, de 4 de octubre de 1877: “...si las Hermanas de la Caridad se encargan de hacer el puchero de los enfermos, se ahorraría el importe del Cocinero y Ayudante de la cocina del Hospital... Si se encargasen de la custodia de víveres, se ahorraría el sueldo del Cabo de Sala, que con la creación del empleo de Administrador es aquella plaza poco importante... Como el nuevo local se presta a enfermerías espaciosas y las Hermanas han de prestar gran Auxilio, los seis enfermeros que hay en el día en el Hospital podrían reducirse a cuatro, y a dos las tres enfermeras, y se ahorraría el importe de tres sueldos”<sup>10</sup>. Para este autor, las circunstancias que se vivían en ese momento propiciaron la recuperación del viejo papel benefactor de la Iglesia. Sin embargo, las órdenes masculinas, desterradas años atrás, dejaban paso ahora a congregaciones femeninas<sup>9</sup>, muchas de ellas de reciente fundación, con una estructura todavía frágil y con gran dependencia de la superioridad eclesiástica. Las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul fueron, en esa época, una excepción y gozaron de relativa autonomía.

Mientras en otros países se organizaba la formación de enfermeras, vemos como personalidades muy implicadas y empeñadas en mejorar las condiciones de vida y la salud de la población, apoyaban la labor de las religiosas en los hospitales y en los centros de beneficencia, a la vez que reconocían la calidad de los cuidados que prestaban. Tal es el caso del doctor Nicasio Landa, cofundador de la Asociación Internacional de la Cruz Roja de España. En un artículo publicado en 1880, refiriéndose a la asistencia de enfermos a domicilio, realizada por las Siervas de María

Ministras de los Enfermos, dice, en palabras que transcribe literalmente Ana Urmeneta: “Es providencial fortuna tener a la cabecera de su lecho una santa mujer, a una Religiosa, dispuesta a velar por él, de noche y de día; habituada a cuidar enfermos, instruida en el modo de administrar los medicamentos y aplicar los remedios que la ciencia ordene”<sup>11</sup>. No habla, por tanto, de una mujer falta de instrucción. Él conocía bien a las Siervas de María y propuso que fueran ellas las que se encargasen de la atención en más de un centro de beneficencia.

También Concepción Arenal se muestra próxima y tiene palabras de elogio hacia otra comunidad de religiosas, en este caso las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul, cuando analiza el funcionamiento del Hospital General de Madrid que conoció de primera mano, y defiende la labor realizada por las Hermanas de la Caridad, por su mayor disciplina y esmerado cuidado, frente a la de los Hermanos Obregones y enfermeros y enfermeras laicos, que carecen de preparación y que, en el caso del personal laico “van al hospital porque no tienen otro modo de vivir”<sup>12</sup>. A la vez que propone unificar en una sola profesión a practicantes, enfermeras y enfermeros, y crear una Escuela de Enfermería (para hombres y mujeres). “En Suiza, en los cantones en que no hay Hermanas de la Caridad, se han procurado suplir estableciendo una escuela de enfermeras, donde las alumnas estudian tres años: esta institución está dando los más satisfactorios resultados. **Mejor sería que la caridad acudiese a todas las necesidades del dolor; pero ya que no siempre pueda conseguirse, procúrese al menos que los encargados de cuidar a los enfermos, en vez de ser gente soez, grosera e ignorante, sean personas educadas, con los conocimientos necesarios, que se aprecien a sí mismos y merezcan y tengan el aprecio de los demás; que vean en el hospital todo su porvenir, y sean de bastante edad para no caer en las ligerezas de la juventud. Al principio el cuerpo se compondría de jóvenes; pero al cabo de algunos años habría personas adultas, y más adelante de edad madura, como se necesita en muchos casos. La asistencia de los estudiantes en las salas de mujeres tiene inconvenientes tan graves, que no comprendemos cómo no se ha pensado en buscar remedio a un mal que con tanta urgencia lo reclama**”<sup>12</sup>.

Olga Paz nos brinda un resumen muy preciso de la España en la que se llevaron a cabo los primeros intentos para regular la formación de las enfermeras, hablando de ese periodo concreto dice lo siguiente: “En la coyuntura histórica mas general, en 1885 subirá al trono Alfonso XIII (1902-1931), con Praxedes Mateo Sagasta al frente y el país que entrara en el siglo XX bajo el *Desastre* (de Annual). Mas tarde vendrán las huelgas, la Semana Trágica en Barcelona (1909), el terrorismo anarquista y la Primera Guerra Mundial (1914-1918). En el plano del discurso, los valores de la democracia, libertad e igualdad se convierten en el ojo del huracán de las grandes luchas, y muchas de las ciudades se convierten en capitales. Surge la prensa de masas y la comunicación a más niveles (automóviles, teléfono, telégrafos, aviones). La Gran Guerra marca nuevas alianzas entre naciones. España, que permaneció neutral, estaba sumida en la analfabetización y en la hambruna generalizada. En 1910 se inicia la Revolución Mexicana y en 1917, la soviética. [...] A los ojos de la mujer se inicia la lucha por el reconocimiento”<sup>13</sup>. También es la lucha de la mujer monja.

En los inicios del siglo XX, la de enfermera no era una ocupación que entusiasmasse a las mujeres de la clase media española y no se miraba con buenos ojos, a pesar de las propuestas de algunas ilustradas que intentaban mostrar las ventajas del modelo anglosajón, pero ellas no pertenecían al mundo de la sanidad y tampoco conocían, desde dentro, el complejo mundo de los cuidados en España. Algunas de esas mujeres, tanto de tendencia liberal como conservadora, eran partidarias de dotar de una formación estructurada y un título a las enfermeras. Sin embargo, parece que no fueron capaces de liderar ninguna propuesta, ni apoyaron la nueva “carrera” de enfermera que se crearía con la RO de 1915.

Ese mismo año una revista femenina, *La Moda Elegante*, publicaba un artículo en el que se citaba el periodismo como la primera profesión elegida por las inglesas. "A continuación figuran las enfermeras, clase numerosísima y que no cesa de aumentar. En ella hay representantes de todas las condiciones sociales, desde muchachas del pueblo hasta damas opulentas de elevadísima alcurnia. No es raro ver á la hija de un conde ó á la de un banquero millonario separarse temporalmente de su familia y renunciar al lujo y á las comodidades del palacio paterno para practicar los estudios y obtener el título de enfermera en uno de los grandes hospitales de Londres. Y hay que advertir que entre las faenas del aprendizaje se incluye la de fregar el suelo. El certificado ó título de enfermera no se expide sino al término de la estancia como alumnas internas en el hospital, en el cual pueden continuar desde entonces en calidad de *nurses* (enfermeras) retribuidas, y aspirar al cargo de *matron* (directora). Pero muchas prefieren salir del hospital y dedicarse á *private nursing* es decir, á la asistencia de enfermos á domicilio, mediante un estipendio semanal ó mensual. Esto suele proporcionar buenos ingresos"<sup>14</sup>. Como se puede apreciar, nada que ver con la realidad española.

También *Beatriz Galindo* (Isabel Oyarzabal) escribió algún que otro artículo entre 1917 y 1919, en el que defiende la profesión de enfermera como una opción para las mujeres e insiste en la necesidad de exigir un título a las que trabajen como tales, pero no apoya el título oficial, más bien se muestra proclive a otro tipo de iniciativas, posiblemente influida por lo que conocía de otros países. Su hermana pequeña, Inés, se formó como enfermera en EEUU y se trasladaría a España años después, en 1929, para trabajar como enfermera visitadora en el Instituto Provincial de Higiene de Cáceres<sup>15</sup>. Seguro que de haber escrito sus artículos en esos momentos, Isabel habría modificado su discurso.

En una conferencia impartida en 1933 a las alumnas de la Escuela de Enfermeras del Hospital Central de la Cruz Roja Española, María de Maeztu reconoce su desconocimiento de esta profesión y habla del contrasentido en el que le hace incurrir el Director del Hospital al proponerla para una de las conferencias del curso que se está desarrollando en el centro "...trayéndome a esta casa a hablar ante vosotras, mujeres enfermeras, que os preparáis para ejercer una actividad, de cuya técnica, maravillosamente dirigida y enseñada por vuestros maestros, en este Hospital modelo, nada puedo deciros, pues la desconozco en absoluto". Desconocía la realidad de una profesión que existía en España, en la que participaban mujeres españolas, algunas de las cuales habían viajado en las últimas décadas a Inglaterra y a EEUU a formarse. En esa conferencia, por lo demás interesantísima y que encierra una maravillosa y profunda reflexión en torno al trabajo de la mujer, Maeztu tuvo que recurrir a ejemplos foráneos para mostrar las bondades del trabajo realizado por las mujeres en profesiones sanitarias. Así citó a Isabel Blackwell, primera mujer "de los tiempos modernos graduada en Medicina, 1849" y a Florence Nightingale, de la que, dice, es "la primera mujer que consagra su vida a la reorganización de Hospitales, con un carácter científico, y crea la primera escuela de enfermeras que se conoce en el mundo. Para ella, la Enfermería es: "Glosando la conferencia admirable que hace unas semanas dió en este lugar el doctor Pittaluga, diremos: Primero, dominio de la técnica, conocimiento científico de todo aquello que es indispensable para cumplir vuestra profesión... Pero vuestra misión de enfermera, en lo que tiene de espiritual y religioso -quiero decir- consagración a la labor con pleno y absoluto desinterés- empieza allí donde la técnica acaba... No olvidemos que vuestra misión, a lo largo de la historia, ha sido desempeñada muchas veces, casi siempre, por las Hermanas de la Caridad". (Maeztu, María. *El trabajo de la Mujer. Nuevas Perspectivas*. Conferencia pronunciada el 8 de abril de 1933 en la Escuela de Enfermeras del Hospital de la Cruz Roja Española. Residencia de Estudiantes. CSIC Sig.- recall F8400001778580).

En aquellos primeros años, los que van de 1915 hasta 1931, tuvieron más aceptación los cursos y títulos de enfermera de la Cruz Roja, quizá por la facilidad con que se podían cursar y por la

publicidad que se les dio. Algo lógico, en medio de tantos y tan graves conflictos bélicos, incluida la Gran Guerra, las epidemias y la extrema pobreza en la que vivía un sector muy importante de la población que favorecía el trabajo de voluntarios, en el que participaron muchas mujeres de la burguesía y de los extractos más favorecidos de la sociedad.

Poco a poco, algunas instituciones públicas y privadas fueron creando escuelas de enfermeras. Detrás del proyecto estaban médicos, como antes había ocurrido con la Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría, fundada por Federico Rubio<sup>16</sup>. Formaban enfermeras con un perfil definido, en función de la institución a la que pertenecía cada escuela. En ninguna de esas iniciativas hubo interés por dotar a las nuevas enfermeras de un título oficial, como ocurría con profesiones hermanas, como la de practicante y matrona. Por otro lado, su trabajo requería de innumerables sacrificios y la mayoría ejercían durante un breve periodo de tiempo, generalmente hasta que contraían matrimonio. Las que seguían en la profesión, solían hacerlo porque no tenían otro medio de vida, con frecuencia eran solteras y vivían en el mismo hospital para el que trabajaban.

Las Siervas de María Ministras de los Enfermos son una congregación religiosa fundada en 1851 en Madrid, se dedican al cuidado de enfermos, preferentemente a domicilio. Sin embargo, en las últimas décadas del siglo XIX se vieron obligadas a hacerse cargo de instituciones de beneficencia que nada tenían que ver con su misión (cocinas económicas, escuelas, hospitales) y a principios del siglo XX casi la mitad de su actividad se desplegaba en esas labores. En 1904 comienza el generalato de la Madre Dolores Serrano en cuya etapa se modifican las Constituciones y se redefine la finalidad de la Congregación, volviéndola a su primitiva función, el cuidado de enfermos a domicilio. En 1907 fundan la casa de Roma y en 1911 comienzan las dos primeras Siervas de María el curso de Enfermas en el *Ambulatorio Scuola di San Giuseppe* de Roma. Lo hacen por expreso deseo del papa Pío X que veía como, en muchos países, peligraba la asistencia de religiosas en los hospitales, bajo el pretexto de que no tenían formación, y se las pretendía sustituir por enfermeras laicas. En los siguientes cursos enviaron a otras hermanas a Roma pero era un gasto que no podían asumir y los viajes resultaban peligrosos, más todavía desde que comenzó la Gran Guerra.

En España la situación de inestabilidad política mantenía a las comunidades religiosas en una perpetua inseguridad, con gobiernos que apoyaban la presencia de religiosas en las instituciones de beneficencia y en muchos centros privados, y otros que las intentaban eliminar de esas mismas instituciones para ser sustituidas por personal laico.

Las Siervas de María entendieron muy pronto la necesidad de disponer de un título de enfermera y que este tuviera validez oficial. Nada más comenzar los cursos en Roma, las Siervas de María se propusieron reorganizar la escuela que tenían en Madrid, donde recibían formación los primeros años, antes de salir a asistir a enfermos en los domicilios. En 1900 más del 40 % de las mujeres madrileñas eran analfabetas<sup>17</sup>. Sin embargo, todas las Siervas de María sabían leer y escribir, algunas tenían un buen nivel de instrucción y entre ellas había mujeres de la nobleza y de la alta burguesía. Lo mismo ocurría en otras comunidades religiosas.

La Madre Dolores Serrano delegó en la Madre Fernanda Iribarren, Primera Consejera General, todas las gestiones<sup>6</sup>. Las hermanas que cursaron estudios en Roma habían traído sus apuntes, un libro que ellas habían editado en italiano para preparar el examen en el *Ambulatorio Scuola di San Giuseppe*<sup>7</sup>, otros libros que habían utilizado en esa escuela, y una de ellas fue la encargada de la organización de la escuela. La Madre Fernanda se puso en contacto con muchas personas influyentes, buscando apoyo para gestionar un título de enfermera. Recurrió a médicos de prestigio, gente de la alta burguesía y de la nobleza. Tuvo que llamar a muchas puertas hasta encontrar a cuatro médicos dispuestos a ayudarles en la elaboración del programa y, sobre todo, para allanar el terreno con el Claustro de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid, sin cuya aprobación no

podría prosperar su solicitud. Esos cuatro médicos fueron los doctores Nicasio Mariscal, Ramón Jiménez, Antonio Simoneta y Luciano Barajas. También recibió la ayuda del Marqués de Fontalba y de Cubas que intervino en las gestiones ante el Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.

Para que su petición fuese aprobada la Madre Fernanda tuvo que modificar la primera instancia que había presentado en el Ministerio y que le fue devuelta, suprimiendo todas las alusiones a que ellas presentaban el programa de estudios; también tuvo que eliminar las referencias que hacía a que el programa contenía un plan de enseñanza distinto del que existía para los practicantes.

Al primer examen celebrado en la Universidad Central de Madrid, en junio de 1915, solo se presentaron alumnas de la Escuela de las Siervas de María Ministras de los Enfermos. Al año siguiente empiezan a concurrir alumnas de otras comunidades de religiosas, como las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul o las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, también alguna alumna laica. Pero según se van creando escuelas privadas y de organismos más o menos públicos, la mayoría de las alumnas optan por acudir a esas escuelas. Las primeras en hacerlo son las Hijas de la Caridad que pasan a la Escuela de la Cruz Roja y la del Hospital Militar, en ambos ocuparán puestos de responsabilidad. Otras escuelas, a excepción del Instituto Rubio, no tuvieron reparos en admitir alumnas religiosas y poco a poco se fueron reduciendo en número las que se examinaban en la Universidad Central. Solo las Siervas de María siguieron fieles al programa oficial y concurren cada año a los exámenes. Y eso a pesar de los esfuerzos que hicieron algunos gobiernos, por organizar y unificar los estudios (legislación de 1927 y 1931), sin demasiado éxito porque, a cada paso, surgían nuevos proyectos con escuelas lideradas por médicos, creando un maremágnum de titulaciones que tuvieron escasa vigencia.

Sería importante analizar la proyección real de este título y el nivel de instrucción de las alumnas que obtenían el certificado oficialmente; un certificado que aunque la RO especifica que solo se podía obtener en la Universidad Central de Madrid, tenemos constancia de que hubo al menos una excepción porque las enfermeras del Sanatorio Marítimo de Oza de A Coruña, se examinaron durante años en la Universidad de Santiago de Compostela, gracias a una RO que se lo autorizaba<sup>18</sup>.

También sería deseable tener en cuenta a las Siervas de María Ministras de los Enfermos, una congregación que suele pasar desapercibida porque realizan su labor en medio de una gran discreción y generalmente en los domicilios de los pacientes. Incluso los propios historiadores eclesiásticos se olvidan de citarlas en sus libros con frecuencia. Cuidan a personas de cualquier nacionalidad, de cualquier orientación política, de cualquier religión. Por eso encontraron siempre apoyos, tanto en la clase alta de la sociedad, como entre los pobres. También ha sido notable su labor en medio de conflictos bélicos y en las grandes epidemias. Los historiadores de la Enfermería de salud pública tienen una deuda con ellas.

Las Siervas de María han asistido a personajes de la nobleza, pero también de las clases más humildes y atendían hospitales provisionales en caso de epidemias. Ellas fueron las que cuidaron al rey Alfonso XIII en el exilio, durante toda su enfermedad y hasta su muerte.

Cuando los practicantes iniciaron sus propuestas no las incluyeron en sus ataques porque no representaban un peligro para ellos, no competían por sus puestos de trabajo, como ocurría con las Hijas de la Caridad u otras religiosas que asistían en hospitales. Además su modo de entender y ejercer como enfermeras se diferenciaba notablemente y no suponía ningún peligro para esa otra profesión. Una inteligentísima Sor Fernanda lo decía muy claro en su primera instancia dirigida al Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes: "Consideramos conveniente hacer á V.E. la aclaración de que el Programa adjunto, encierra un plan de enseñanza distinto del que existe para los Practicantes". El problema de los practicantes no estaba en las enfermeras "oficiales",



lo estaba en el resto (las de la Cruz Roja, Instituto Rubio y las de otras escuelas que se fueron creando).

La Madre Fernanda Iribarren es otra de las enfermeras que debemos recordar en este centenario y con la que estamos en deuda las enfermeras españolas. Ella no solo se encargó de presentar la instancia ante el Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Como ya hemos indicado, sus gestiones y su implicación fueron mucho más allá. En 1916 sería nombrada Superiora General y durante su mandato, siguió insistiendo en que las Siervas de María recibiesen formación y obtuviesen el título de enfermeras. Y aquellas que se examinaban en España siempre lo hicieron en la Universidad Central, hasta que se permitió los exámenes oficiales en todas universidades del país.

En estos días celebramos los cien años de la Enfermería, es un buen momento para reflexionar sobre este asunto que podría interpretarse como una incoherencia histórica<sup>19</sup>: que en pleno siglo XX una comunidad de religiosas promoviesen la legalización del título de Enfermera. Sin embargo, en su proceder mostraron un gran sentido común y una gran coherencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Siles González J. La construcción social de la Historia de la Enfermería. Index de Enfermería [edición digital]. 2004 [Consultado el 10 de marzo de 2015]; 47. Disponible en: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/47revista/47\\_articulo\\_7-10.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/47revista/47_articulo_7-10.php)
2. Hernández Martín F, coordinadora. Historia de la Enfermería en España (desde la antigüedad hasta nuestros días). Madrid: Síntesis; 1996.
3. Ventosa Esquinaldo F. Historia de la Enfermería Española. Madrid: Ciencia 3; 1984.
4. Esevenri Chaverri C. Historia de la Enfermería española e hispanoamericana. Barcelona: Salvat; 1984.
5. Martín Barroso C. Enfermería: presente y futuro. Madrid: Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios; 1978.
6. González Iglesias ME, Amezcua M, Siles González J. El título de enfermera en España a través del análisis documental: el caso de las Siervas de María, Ministras de los Enfermos. Temperamentvm 2010 [Consultado el 1 de enero de 2015]; 12. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn12/t1210.php>
7. González Iglesias ME. Influencias italianas en el primer programa de estudios de Enfermería en España: la "Assistenza degli Ammalati". Temperamentvm 2013 [Consultado el 1 de enero de 2015]; 18. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn18/t1805.php>
8. Hernández Conesa JM, Cayuela Fuentes PS, Beneit Montesinos JV, González Jurado M. Spanish nurses credentialing in the 20th century. International Nursing Review. 2012; 59:175–180.
9. Andrés-Gallego J, Pazos AM. Los eclesiásticos. En: Andrés-Gallego J, Pazos AM. La Iglesia en la España contemporánea I. 1800-1936. Madrid: Ediciones Encuentro; 1999. p. 105-164.
10. Hernández Figueiredo JR. Las Hijas de la Caridad en Ourense. Beneficencia y enseñanza (siglos XIX y XX). Ourense: Diputación Provincial de Ourense; 2007. p. 135-136.
11. Urmeneta Marín A. La llegada de las Siervas de María a Pamplona (1878) y el cuidado de enfermos en el domicilio. Pulso. 2002; 32:8-9.
12. Arenal C. Artículos sobre beneficencia y prisiones Volumen I.1870. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes [Consultado el 19 de marzo de 2015]. Disponible en: [http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor-din/articulos-sobre-beneficencia-y-prisiones-volumen-i--0/html/fefb4db6-82b1-11df-acc7-002185ce6064\\_4.html#l\\_4\\_](http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor-din/articulos-sobre-beneficencia-y-prisiones-volumen-i--0/html/fefb4db6-82b1-11df-acc7-002185ce6064_4.html#l_4_)

13. Paz Torres O. Isabel Oyarzabal Smith (1878-1974): Una intelectual en la Segunda República Española. Del reto del discurso a los surcos del exilio. Sevilla: Junta de Andalucía, 2009. p. 86. [Consultado el 10 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/consejoeconomicosocial/publicaciones/detalle?id=1759>.
14. Como viven las solteras en Inglaterra. *La Moda Elegante*. 1915; 74(44):237-239.
15. Clemente Fuentes L. Los orígenes de la Medicina Preventiva y Social en España. El Instituto Provincial de Higiene de Cáceres. Primer tercio del siglo XX. Badajoz: Diputación de Badajoz; 2012.
16. González Iglesias ME. Religiosas de vida activa, mujeres al cuidado de enfermos en las postrimerías del siglo XIX e inicios del siglo XX. *Temperamentvm* 2013 [Consultado el 19 de marzo de 2015]; 18. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn18/t1313.php>
17. Nielfa Cristóbal G. Las relaciones de género: Imágenes y realidad social. *Arbor*. 2001 [Consultado el 19 de marzo de 2015]; CLXIX (666):431-460. Disponible en: <http://arbor.revistas.csic.es>
18. González Iglesias ME, Siles J. Exámenes a enfermeras del Sanatorio Marítimo Nacional de Oza en la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela. Años 1917 a 1922. *Temperamentvm* 2011 [Consultado el 19 de marzo de 2015]; 14. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn14/t1211.php>
19. Amezcua M, González Iglesias ME. La creación del título de Enfermera en España: ¿cien años de una incoherencia histórica? *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2015 [Consultado el 16 de abril de 2015]; 24(1-2). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v24n1-2/24121.php>>



# THE CONTRIBUTION OF NURSING SISTERS IN THE DEVELOPMENT OF NURSING: THE USA EXPERIENCE

## *La contribución de las religiosas en el desarrollo de la Enfermería: la experiencia de los Estados Unidos de América*

Barbra Mann Wall

Associate Professor, Associate Director, Barbara Bates Center for the Study of the History of Nursing

Catholic sisters' history of nursing is integral to the history of nursing in the United States.

Sisters, or nuns, are excluded from the official hierarchy of the Catholic Church, but their presence has been visible in hospitals all over the country. Indeed, the overwhelming majority of Catholic hospitals in America were established and originally managed by women who were nurses. They worked during wartime, in railroad and mining centres, and in cities beginning in the 19th century. Any analysis of professional nursing in the United States is incomplete without an understanding of the roles that Catholic sisters took in reaching out to both Catholics and non-Catholics in the United States and the world.

Today the Catholic Church is the largest not-for-profit health care system in the United States. For this to have resulted, sisters had to develop sound business models, do market analyses, and receive training as professional nurses and business leaders. They knew that they had to attract the best physicians and provide the best nursing care in order to compete with other health systems, and they also raised money to conduct the work of their hospitals. They developed both medical and sacred spaces for healing in the United States, and in these spaces, valuable care could be provided and purchased for a fee.<sup>1</sup> To show shifts in nursing and health care, the chapter will begin in the mid-19th century and conclude with an examination of the expansion of sisters' work after World War II when American sisters increasingly played supportive roles in the Global South.

### INTRODUCTION

The Spaniards introduced Catholicism in the United States in the 16th century during the Age of Exploration. St. Augustine, Florida, was the site of Spain's first permanent settlement, and Spaniards eventually expanded to the Southwest and California. Spanish Catholic missions still dot the southwestern landscape and extend into northern California. English Catholics came in 1634 to Maryland and soon expanded to Pennsylvania and other parts of the Northeast.<sup>2</sup> But it was not until the 19th century that the United States began to attract millions of Catholic immigrants, especially from Germany and Ireland, who sought economic opportunity and/or political refuge. It was at this

time that anti-Catholic prejudice rose in direct proportion to the increasing number of immigrants. By the 19<sup>th</sup> century, America was dominated by Protestants, whose fears multiplied over concerns that the Catholics were dangerous to democratic institutions. At the same time, Catholics could not enter non-Catholic facilities for fear of being proselytized by Protestants. Thus, Church leaders sensed that significant Catholic populations existed without spiritual institutions to minister to them. The Church responded by forming its own institutions, including schools, orphanages, and hospitals, and they recruited sisters to staff and administer them to preserve the Catholic identity.<sup>3</sup> After the 1840s, the numbers of women who joined Catholic convents in the United States expanded.

### **EARLY CATHOLIC NURSING IN THE UNITED STATES**

Without dispute, Florence Nightingale's work during the Crimean war significantly influenced her view of nursing as a religious duty and as a disciplined practice for secular women. Yet she had very little experience as a nurse before the Crimean War. Sioban Nelson and I have been arguing for years that long before Florence Nightingale came on the scene, Catholic sisters pioneered nursing roles. We have argued that, "Although based on an ancient religion that embraced medieval notions of penance and Counter-Reformation evangelism through good works, sisters' practices, in the turmoil of 19th-century immigration and social upheaval, contributed greatly to the production of the modern hospital and the modern nurse."<sup>4-5</sup>

One of the first nursing congregations of women in the United States was the Sisters of Charity from Emmitsburg, Maryland, founded by Elizabeth Seton. They began staffing hospitals in the continental United States in 1823 at the Baltimore Infirmary, where they charged a small fee for admission. Between 1828 and 1860, this congregation established eighteen hospitals in ten states and the District of Columbia.<sup>6,7,8</sup> These sisters received training as early as the 1840s, not in the understanding of nursing today, but nevertheless, trained in some aspects of nursing. In 1841, for example, Mother Xavier Clark, the superior of the Sisters of Charity in Emmitsburg, wrote "Instructions for the Care of Sick"<sup>9</sup> for sister nurses. These sisters were part of a financially poor Catholic Church, and they had to construct a new kind of nursing that showcased their skill and knowledge.<sup>10</sup> To Mother Xavier, nursing was a religious discipline. Early in the text, she noted nursing's spiritual focus: "Our charity must be extended to all; all are the redeemed souls of our Saviour."<sup>11</sup> She taught sisters to follow rules and establish a system of nursing that involved managing other workers. In one part of her "Instructions," she reminded sister-nurses that they would be in charge and should "know everything," so that they could teach the less-experienced sisters and the men who cared for male patients.<sup>12</sup> Mother Xavier reminded the sisters to first tend physical problems, because "the union between the soul and the body is so close that when the latter is suffering a great deal, the other, attentive to its wants, cannot think of anything else." She also taught sisters how to give medicines, such as keeping them covered to prevent evaporation, avoiding mixing them, knowing the correct doses, and using clean utensils and clean water. And she dedicated a whole chapter to caring for the dying.<sup>13,14,15,16,17,18,19</sup>

Sister Matilda Coskery also wrote a text for the Sisters of Charity in the 1840s. In *A Manual for the Care of the Sick*, she gave instructions on how to maintain ventilation and a quiet environment, how to make a bed and how to treat blisters and fevers. She gave specific directives on how to provide fluids, what to do for patients with alcoholism, and she emphasised the importance of using kindness and patience. Regarding the importance of nursing, Sister Matilda wrote how patients' very lives depended on the nurse faithfully discharging her duties. Like Mother Xavier, Sister Matilda wrote about the nurse's important responsibilities to give medicines on time and in proper doses and to give attention to comfort and cleanliness. Sister Matilda stressed the importance of

clean hands, and significantly, she wrote that “too much duty should not be given her, or she may fail.”<sup>20</sup> So, before Nightingale began her influential work and before the establishment of nursing training schools in the United States in the last half of the 19<sup>th</sup> century, the Sisters of Charity were learning about disciplined, skilled nursing and the importance of a workload for nurses that was not overtaxing.

Wars provided a chance for sisters to prove themselves as nurses, and the American Civil War became a very important event for the Catholic sisterhoods. More than 600 sisters from 21 different communities nursed in military hospitals, US Navy hospital ships, prisons, and in hospitals close to the battlefields. Other sisters converted their own hospitals into Army facilities. These women turned their experience and skill to the job at hand. Through their skilled nursing during the Civil War, sisters cared for both Catholics and non-Catholics, and they helped save lives. They demonstrated that they, too, could be patriotic citizens, and they improved the image of themselves and the Catholic Church.<sup>21</sup>

### **EXPANSION OF CATHOLIC HOSPITALS**

After the Civil War, many Catholic congregations of women began establishing hospitals. All hospitals expanded in the late 19<sup>th</sup> and early 20<sup>th</sup> centuries in the United States as industrialization grew and scientific medicine based on the germ theory expanded. It was at this time that market influences increasingly shaped medicine and healthcare.<sup>22</sup> For this to occur, however, hospitals had to have nurses. As historian Charles Rosenberg has written in his classic book, *The Care of Strangers*, the professionalization of nursing was “perhaps the most important single element in reshaping the day-to-day texture of hospital life.”<sup>23</sup> Catholic sisters were part of the movement to expand hospitals and professional nursing. Between 1866 and 1926 they established nearly 500 hospitals in the United States. In contrast to non-Catholic hospitals that men typically established, sister nurses were the ones who founded the Catholic institutions. They were the owners, administrators, nurses, supervisors, and members of the Boards of Trustees, and this gave them considerable authority. They shared power with physicians, with whom nuns often conflicted over who should control access to care.<sup>1</sup>

Catholic hospitals became part of the American dual hospital system – that of public and private. Public or tax-supported municipal hospitals existed for charity patients, including the aged, orphaned, sick, or debilitated. These included public city and county hospitals, and later, the Veterans Administration facilities. Although Catholic hospitals were private institutions, they differed from privately-supported Protestant hospitals, which were managed by lay trustees and were funded by donations from wealthy patrons. The Catholic Church was still a church of immigrants, and while immigrants did contribute their hard-earned money, it was not enough. Thus Catholic sisters had to charge fees from the beginning.

While government oversight as we know it today was largely non-existent in the 19<sup>th</sup> century, from the beginning, sisters did work with the government. This was an innovative model of Church and State working together. As early as the 18<sup>th</sup> century, Catholics in the United States endorsed separation of church and state, religious tolerance, and religious pluralism.<sup>2</sup> This separation, however, did not prevent them from engaging with the government over health care issues. For example, sisters made contracts with local governments to obtain money to care of the poor. Many people paid for their own care, but in an age when there was little hospital insurance coverage, it is interesting to note who else paid. An 1890 advertisement from St. Mary’s Hospital in Minneapolis, Minnesota, run by the Sisters of St. Joseph of Carondelet, announced: “Holders of National Benefit or Union Hospital Companies Certificates will be Admitted.” This was an early insurance program.<sup>24</sup>

In the 1870s, 1880s, and 1890s, the number of religious communities involved in hospital foundations increased. Nuns moved beyond the strong immigrant areas in the Northeast such as Boston and New York and went by boats, horses, and wagons to the Midwest, South, and Far West. They moved into towns, railroad centers, and rugged mining areas to open hospitals. While clearly mission-driven, they became skillful business managers who learned to fully understand and work within the often perilous hospital marketplace.

The sister nurses had another opportunity to work for the country and demonstrate their patriotism during the Spanish American War. More than 280 sisters either volunteered their services or were asked to serve by government and military officials. For both the Civil War and the Spanish American War, nuns received government payments, and the government provided special grave markers for them. As noted earlier, wartime was an especially important time for sisters to demonstrate their skilled nursing care, and once again, their nursing helped enhance the general public's perceptions of Catholics.<sup>25</sup>

As sisters won the respect of military and government leaders, they made significant advances for nursing. Indeed, as nurses became more important to hospitals, so hospitals became sites for nursing education. By 1915, Catholic sisters had established 220 nursing programs.<sup>26</sup> St. Joseph's Training School in St. Paul, Minnesota, was typical. The Sisters of St. Joseph of Carondelet established it in 1894 as a two-year program, and it eventually extended to three years. Students underwent a two-month probationary period and then enrolled for the full course. They had to agree obey the sisters' rules, and like other schools of nursing, students received room, board, and uniforms. Physicians typically gave the lectures that included anatomy and physiology, medical and surgical problems, infection and contagion, orthopaedics, bacteriology, paediatrics, and obstetrics. Sister nurses gave instruction on nursing care.<sup>27</sup> They taught students to administer medications, sterilize instruments, change dressings, maintain asepsis, and practice a disciplined routine. These programs were hospital-based, where both Catholic and non-Catholic students learned under the apprenticeship system. Sisters also instilled another message into their students. Like the writings of Mother Xavier Clark and Matilda Coskery, in the early 20<sup>th</sup> century sister nurses taught that nursing was a religious ethos of service that required discipline and a respect for the sacredness of life and death. Nuns also taught the importance of being with patients when they were suffering and dying.<sup>8</sup>

Sisters also modernized their hospitals and their practices to accommodate the technical advances of medical science. They adapted their operating rooms to maintain sterility, and they hired the best surgeons in the city, whether or not they were Catholic. Sisters also expanded the "sacred space" in their hospitals, which identified them as distinctly Catholic. Catholic hospitals had large chapels with religious statues and icons. Belief in the miraculous was central to Catholicism in the 19<sup>th</sup> and early 20<sup>th</sup> centuries, and sister nurses kept shrines, sacred statues, pictures of saints, fonts of holy water, and crucifixes in patients' rooms. Crucifixes might also be seen in sterile operating rooms. Nuns prayed with patients, gave them prayer cards and rosaries, and accompanied them to Mass. A private room at St. Paul, Minnesota's St. Joseph Hospital was typical of a Catholic hospital: in the early 1900s it had leather-upholstered chairs, a brass bed, a stained-glass window, and a Marian statue on its wall.<sup>28-29</sup>

Sisters also had to adapt their clothing. Secular student nurses wore the typical uniform of students in non-Catholic hospitals, but until the early 20<sup>th</sup> century, the sisters continued to wear their black woolen habits. They had received criticism from physicians during the Spanish American War, who viewed nuns' dress as harboring germs. Thus, while they continued to wear their full black habits, many began wearing white gowns or aprons over them. Others changed altogether

and wore white habits of lighter weight material. Yet habits were symbols of sisters' religious identities, and considerable controversy resulted between both sisters and priests when any changes were made. For those who did modify their nursing attire, they maintained their religious identities by wearing rosaries or crosses.<sup>30</sup>

By the 1920s, sisters had incorporated the concept of scientific medicine that was distinctly religious. Their own commanding presence was central to their hospitals' and nursing schools' Catholic identities. When patients entered a Catholic hospital, they observed this seamless integration of science and religion. What is important for this discussion is that sisters were integral parts of their hospitals' professional and administrative services. At the same time, they were flexible in adapting them to the scientific practices of the day to maintain the sustainability of their institutions.

The Great Depression in the 1930s created emergencies that caused a flood of legislation that affected all members of society, including hospitals.<sup>31-32</sup> The poor economy and expanding demands for free care led different hospital associations and administrators to work together in the political arena, and they became avid proponents of the value of private hospitals as equal partners with government institutions. One of the American nuns who worked with the government was Sister John Gabriel Ryan, a member of the Sisters of Providence congregation in Seattle, Washington. In the 1930s she worked extensively on legislation that related to hospitals and nursing. Sister John Gabriel had a master's degree,<sup>33</sup> and she wrote five books on nursing. She was a leader in nursing education in the western part of the United States.<sup>34,35,36,37</sup> One judge said, "She took a man's name in religion, and I said of her that she was the ablest man in Olympia."<sup>38</sup> [Olympia was the capital of the state of Washington].

### ***CHANGES IN CATHOLIC HOSPITALS AND NURSING IN THE MID-20<sup>TH</sup> CENTURY***

In the 1950s and 1960s, significant shifts in sisters' hospital work occurred in response to broad social, political, and theological issues. One such change was that sisters in the United States benefited from growing educational opportunities for women. In the 1950s the Sister Formation movement developed that emphasized greater education, or formation, for specific works. As sisters attended classes with diverse groups of people with different beliefs, they developed greater independent thinking not only about religion but also about social and political issues. They received university education in nursing, medicine, teaching, and other professions.

Another change came about as a result of the Second Vatican Council, or Vatican II, which met from 1962 to 1965. Prior to this gathering, it was the Protestants, not Catholics, who were more likely to protest human rights abuses.<sup>39</sup> Yet Vatican II was extremely important in influencing changes in sisters' mission, because it reversed many long-standing Catholic policies. For one, it called for increased ecumenical dialogue and promotion of human rights and social justice. Sisters all over the world redirected their missions to work with local people to meet their own goals, which may or may not have included embracing Catholicism.

One issue in which Catholics increasingly became involved was the civil rights movement. The Sisters of St. Joseph of Rochester, New York, had helped open Good Samaritan Hospital for the black community in Selma, Alabama, in 1944. They also opened a school of nursing for vocational nurses. As one graduate noted, "There was no place for a Black girl in our area to go for training."<sup>40</sup> When the Sisters of St. Joseph set up Good Samaritan's school of nursing, it "opened the doors for us all." This hospital was the only facility for blacks in Selma, and it was the hospital that received injured black protesters on March 7, 1965, a day that became known as "Bloody Sunday." On that day, 600 civil rights marchers protested the killing of innocent blacks by policemen by attempting to cross the Edmund Pettus Bridge on their way from Selma to the capital city in Montgomery. They



were brutally attacked. Catholic priests in Selma had supported the black protesters and some participated in the protest. But sisters were still a part of a traditional church controlled by a male hierarchy, and the local bishop forbade the sisters from marching. However, they were the ones who cared for the injured black protesters at Good Samaritan Hospital. They provided an up-to-date, modern hospital, and they and their black nurses together were able to offer black patients not only needed services but also treatment with dignity and respect.<sup>41</sup>

Within five years of that event, however, a significant change occurred among Catholic sisters as many began leaving their convents and hospitals in the 1970s. Thus, rather than sister nurses and sister administrators running the hospitals, governance structures moved to lay administration. As professionalization and specialization in nursing and medicine expanded, it was more difficult for sisters to obtain positions in their hospitals. More important, their decreasing numbers and increasing age were dramatic.<sup>42</sup>

As well, by the 1960s and 1970s, hospital costs were soaring. Governmental regulation of hospitals and market competition grew. All hospitals, secular and religious, public and private, had to yield to the relentless call to control costs. Business goals became more important in some hospitals than charity and compassion. In 1978, Sister Mary Maurita Singelaub, a Sister of Mercy and executive director of the Catholic Hospital Association, spoke about the conflicts between charity and business. She asked how it was possible for the hospital to identify with the Church, when it was not “witnessing religious and spiritual values....Is it because in many cases the institution has come to be viewed as an end in itself instead of a means to an end – service to people?”<sup>43</sup> By the 1990s, many Catholic hospitals had merged or consolidated with Catholic or non-Catholic facilities, and some closed altogether. This eliminated many of the differences between Catholic and non-Catholic hospitals as the corporate model increasingly took precedence over service.

In the past, sisters had forestalled problems with hospital costs through their free labor and their hospitals’ payment of only sub-par salaries to nurses. But by the 1990s, this was no longer possible. Nuns needed non-Catholic patients to bring in income for their hospitals, and the familiar profile of the mission-driven Catholic charity hospital underwent significant changes.<sup>37</sup> Hospital architecture changed to attract a more secular audience, and lay men began taking over administrative positions that nuns formerly held. As one sister, Sister Sheila Lyne, noted in a May 29, 2009 telephone interview, “Sisters in habits were replaced by men in suits.” Sister nurses are still active today, although many are more than 80 years old. Their work is centered in caring for the poor in small clinics, social agencies, and committees for peace and justice.

In summary, Catholic sister nurses’ hospitals and schools of nursing were means of influence for them. Until the last half of the 20<sup>th</sup> century, sisters were the nurses, nursing instructors, and administrators, and they became the models for their nursing students, both Catholic and non-Catholic, black and white. Sisters taught, supervised, and evaluated nursing students, and they obtained certain behaviours through their authority. While the sisters are not as readily visible in their American hospitals today, they train pastoral care ministers. They have created a role called Director of Mission Effectiveness, and they teach lay men and women to carry out the sisters’ original missions for their hospitals. As well, all new employees get an orientation that includes an explanation of the hospital’s Catholic mission and the Catholic health care values of human dignity, sanctity of life, and stewardship of resources.<sup>44</sup> So while sister nurses are no longer present in their hospitals, they train others to carry out their missions.

**“REVERSE MISSION”**

On a global scale, Catholic sisters' influence has been evident in a different way, albeit related to the American experience. By the 1970s, fewer sisters were nurses and others expanded their work into pastoral care. They continued to maintain community bonds with their sisters from countries around the world. Often, however, United States foreign policy affected those countries in a negative way. The Maryknoll Sisters were established in the United States in 1912 as the first women's congregation founded for foreign missions. Soon thereafter, they sent sister missionaries to Asia, Africa, and Latin America. In 1979, the Maryknoll Sisters convened a national meeting with a world-wide group of sister delegates, and they affirmed a growing movement in Latin America that focused on caring for the poor. The sisters voted to become more unified with people of different cultures wherever they worked. Instead of wearing religious habits, they wore civilian clothes and committed themselves to a “preferential option for the poor.”<sup>45-46</sup> Timothy A. Byrnes has analysed the Maryknoll Sisters' encounters in Latin America, when politics, religion, and health care all interacted in a profound way. He notes that the sisters believed that “it was the role of their Catholic Church to comfort the afflicted. And if that meant putting their Church and themselves in conflict with land owners, military leaders, local political elites, and US foreign policy, then so be it.”<sup>47</sup>

This involved the Maryknoll Sisters playing central roles in a movement called liberation theology. In the 1970s, some religious leaders in Latin America began to uphold a radical model of liberation.<sup>48-49</sup> In calling for a special option for the poor, liberation theology promoted improved social conditions and the eradication of hunger and injustice.<sup>50</sup> In El Salvador, political oppression was particularly brutal. Catholic priests and sisters had traditionally allied with the government and wealthy families who led the country, but in the 1970s priests and nuns embarked on an opposite path by supporting the oppressed masses. Their actions had great consequences. Maryknoll Sisters Maura Clark and Ita Ford along with El Salvadoran Archbishop Oscar Romero and other missionaries were murdered because the State deemed the Catholic Church a threat. Maryknoll sisters' involvement in liberation theology led conservative columnist William F. Buckley, Jr., to accuse them of “Christian Marxism.”<sup>51, 42(p.254)</sup>

Byrnes describes the Maryknoll Sisters who attempted to change American policies as advancing a “reverse mission.” They witnessed the U.S. and others governments denigrate the dignity of the individual, and they became more critical. They came back from Latin America and other countries and informed their fellow American citizens back home about the catastrophic results of American foreign policy in countries in the Global South. In doing so, their political activities were attempts to change American policies.<sup>52</sup> Today, sister nurses, midwives, physicians, and pastoral care workers continue to try to change American policies they consider unjust. Income inequality across the globe that undermines human dignity is increasingly a focus; and even as they expand their work to include socioeconomic issues, sisters also have continued their political involvement.<sup>53</sup>

**CONCLUSION**

This chapter has argued that a significant factor in Catholic sisters' work in health care with diverse communities is that as they admitted both Catholics and non-Catholics to their hospitals and schools of nursing and worked toward accepted standards of professionalization in medicine and nursing, they also carved a specific conception of nursing onto America's secular society.<sup>54</sup> In more recent years, sisters were able to use their American citizenship to influence American policies that they saw destructive. In some cases, they went so far as to subvert official doctrine of the Catholic Church and the policies of the United States, because they saw it as their obligation to challenge those policies.<sup>55, 3</sup>

## REFERENCES

- 1 Wall BM. *Unlikely Entrepreneurs: Catholic Sisters and the Hospital Marketplace, 1865-1925*. Columbus, OH: Ohio State University Press; 2005.
- 2 Dolan JP. *The American Catholic Experience: A History of Colonial Times to the Present*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press; 1992.
- 3 Wall BM. Called to a mission of charity: The sisters of St. Joseph in the Civil War. *Nurs Hist Rev*. 1998; 6: 85 - 113.
- 4 Wall BM, Nelson S. (2003). Our heels are praying very hard all day: The working prayer of the 19<sup>th</sup>-century religious nurse. *Holist Nurs Pract*. 2003; 17(6): 320.
- 5 Nelson S. *Say Little, Do Much: Nursing, Nuns, and Hospitals in the Nineteenth Century*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press; 2001.
- 6 Farren S. *A Call to Care: The Women Who Built Catholic Healthcare In America*. St. Louis, MO: The Catholic Health Association of the United States; 1996.
- 7 Misner B. "Highly Respectable and Accomplished Ladies:" Catholic Women Religious in America, 1790-1850. New York and London: Garland; 1988. P. 211-34
- 8 Stepsis U, Liptak D, editors. *Pioneer Healers: The History of Women Religious in American Health Care*. New York, NY: Crossroad Publishers; 1989.
- 9 Clark Mother X. *Instructions on the Care of the Sick*. St. Louis, MO: Marillac Provincial House, Daughters of Charity of St. Vincent de Paul; 1841.
- 10 Nelson S. Entering the professional domain: The making of the modern nurse in 17<sup>th</sup> century France. *Nurs Hist Rev*. 1999; 7: 171–187.
- 11 Clark Mother X. *Instructions on the Care of the Sick*. St. Louis, MO: Marillac Provincial House, Daughters of Charity of St. Vincent de Paul, St. Louis; 1841. 2<sup>nd</sup> section.
- 12 Clark Mother X. *Instructions on the Care of the Sick*. St. Louis, MO: Marillac Provincial House, Daughters of Charity of St. Vincent de Paul, St. Louis; 1841. 13<sup>th</sup> section.
- 13 Clark Mother X. *Instructions on the Care of the Sick*. St. Louis, MO: Marillac Provincial House, Daughters of Charity of St. Vincent de Paul, St. Louis; 1841. 4<sup>th</sup> section.
- 14 Clark Mother X. *Instructions on the Care of the Sick*. St. Louis, MO: Marillac Provincial House, Daughters of Charity of St. Vincent de Paul, St. Louis; 1841. 5<sup>th</sup> section.
- 15 Clark Mother X. *Instructions on the Care of the Sick*. St. Louis, MO: Marillac Provincial House, Daughters of Charity of St. Vincent de Paul, St. Louis; 1841. 6<sup>th</sup> section.
- 16 Clark Mother X. *Instructions on the Care of the Sick*. St. Louis, MO: Marillac Provincial House, Daughters of Charity of St. Vincent de Paul, St. Louis; 1841. 8<sup>th</sup> section.
- 17 Clark Mother X. *Instructions on the Care of the Sick*. St. Louis, MO: Marillac Provincial House, Daughters of Charity of St. Vincent de Paul, St. Louis; 1841. 11<sup>th</sup> section.
- 18 Clark Mother X. *Instructions on the Care of the Sick*. St. Louis, MO: Marillac Provincial House, Daughters of Charity of St. Vincent de Paul, St. Louis; 1841. 16<sup>th</sup> section.
- 19 Wall BM. Textual analysis as a method for historians of nursing. *Nurs Hist Rev*. 2006; 14: 227–242.
- 20 Coskery M. *A Manual for the Care of the Sick*. Emmitsburg, MD: Daughters of Charity; 1847. Located at: Archives of the Daughters of Charity,
- 21 Wall BM. Grace under pressure: The nursing sisters of the Holy Cross, 1861 - 1865. *Nurs Hist Rev*. 1993; 1: 71 – 87.
- 22 Wall BM. Healthcare as Product: Catholic Sisters Confront Charity and the Hospital Market-

- place, 1865-1925. In: Strasser S, editor. *Commodifying Everything: Relationships of the Market*. New York: Routledge; 2003. P. 143-68.
- 23 Rosenberg CE. *The Care of Strangers: The Rise of America's Hospital System*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1987. P. 8.
  - 24 Sampson, Sr. AT. *Care With Prayer: The History of St. Mary's Hospital and Rehabilitation Center, Minneapolis, Minnesota, 1887-1987*. Minneapolis, MN: St. Mary's Hospital and Rehabilitation Center; 1987. P. 8.
  - 25 Wall BM. *Courage to care: The Sisters of the Holy Cross in the Spanish-American War*. *Nurs Hist Rev*. 1995; 3: 55 – 77.
  - 26 Kauffman CJ. *Ministry and meaning: A religious history of Catholic health care in the United States*. New York, NY: Crossroad; 1995.
  - 27 Forty-fourth annual report of St. Joseph's Hospital for the year 1896-97. 200.2-1, Box 2, Folder 10. Located at: Archives of the Congregation of the Sisters of St. Joseph of Carondelet, St. Paul Province, St. Paul, Minnesota.
  - 28 Fifty-Eighth Report of St. Joseph's Hospital, St. Paul, Minnesota. 200.2-1, box 2, folder 10. Located at: Archives of the Sisters of St. Joseph of Carondelet, St. Paul Province, St. Paul, Minnesota.
  - 29 Wall BM. *Science and ritual: The hospital as medical and sacred space, 1865 – 1920*. *Nurs Hist Rev*. 2003; 11: 51 - 68.
  - 30 Wall BM. *Hospitals and habits: Catholic sisters and the medical marketplace, 1860-1930*. *Am. Catholic Stud*. 2005; 116(1): 91-94.
  - 31 Schwitalla A. *Last year's and next year's work*. *Hosp Prog*. 1931, June; 12: 236-237.
  - 32 Shanahan RJ. *The History of the Catholic Hospital Association, 1915-1965: Fifty Years of Progress*. St. Louis, MO: The Catholic Hospital Association; 1965.
  - 33 Biographical Sheet, Sister John Gabriel, RN, AB. 1257 – Sr. John Gabriel Ryan, Box 2, Biography/Biographical Notes. Located at: Archives of the Sisters of Providence Mt. St. Vincent, Seattle, Washington.
  - 34 Gabriel SJ. *Through the Patient's Eyes: Hospitals, Doctors, Nurses*. Philadelphia, PA: J.B. Lipincott Co.;1935.
  - 35 Gabriel SJ. *Professional Problems: A Text-book for Nurses*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Co.;1932.
  - 36 Gabriel SJ. *Principles of Teaching in Schools of Nursing*. New York, NY: The Macmillan Co.; 1928.
  - 37 Gabriel, SJ. *Practical Methods of Study*. New York, NY: The Macmillan Co.; 1930.
  - 38 J.M.G. Letter to Sister John, 1939 Jul 7. 1257 – Sr. John Gabriel Ryan, Box 2, Biography/Misc. Correspondence. Located at: Archives of the Sisters of Providence Mt. St. Vincent, Seattle, Washington.
  - 39 Bonk JJ, editor. *The Routledge Encyclopedia of Missions and Missionaries*. New York, NY: Routledge; 2007.
  - 40 Fitts A. *Graduates Pay Tribute to "Good Sam's" School of Nursing*. Selma Collection, G13-1-1. Located at: Archives of the Sisters of St. Joseph of Rochester, Rochester, NY.
  - 41 Wall BM. *Catholic sister nurses in Selma, Alabama, 1940-1972*. *ANS Adv Nurs Sci*. 2009; 32(1): 91-102.
  - 42 Wall BM. *American Catholic Hospitals: A Century of Changing Markets and Missions*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 2011.

- 43 Sengelaub MM. Catholic health care systems: A sign of the times. *Hosp Prog*. 1978, November; 59(11): 56.
- 44 Gottemoeller D. Institutions without sisters. *Rev Relig*. 1991; 50:564-571.
- 45 Lernoux P. *Hearts on Fire: The Story of the Maryknoll Sisters*. Maryknoll, NY: Orbis Books; 1993.
- 46 Robert D. *American Women in Mission: A Social History of their Thought and Practice*. Macon, GA: Mercer University Press; 1997. P. 399-401.
- 47 Byrnes TA. *Reverse Mission: Transnational Religious Communities and the Making of US Foreign Policy*. Washington, DC: Georgetown University Press; 2011. P. 79.
- 48 Hennelly AT, editor. *Liberation Theology: A Documentary History*. Maryknoll, NY: Orbis Books; 1990.
- 49 Fitzpatrick-Behrens S. *The Maryknoll Catholic Mission in Peru, 1943-1989*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press; 2012.
- 50 Hastings A, editor. *Modern Catholicism: Vatican II and After*. New York, NY: Oxford University Press; 1991. P.222.
- 51 DeChillo S. Maryknoll Pursues Its Vision of Mission. *New York Times*. 1985 Mar 31.
- 52 Byrnes TA. *Reverse Mission: Transnational Religious Communities and the Making of US Foreign Policy*. Washington, DC: Georgetown University Press; 2011.
- 53 Langewiesche K. African Roman Catholic Missionary Networks between Africa and Europe. In: Ludwig F, Asamoah-Gyadu JK, editors. *African Christian Presence in the West: New Immigrant Congregations and Transnational Networks in North America and Europe*. Trenton, NJ: Africa World Press; 2011. P. 289–301.
- 54 Wall BM. (2001). Definite Lines of Influence: Catholic Sisters and Nurse Training Schools. *Nurs Res*. 2001; 50: 314 - 321.
- 55 Wall BM. *Into Africa: A Transnational History of Catholic Missions and Social Change*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; Forthcoming.

# 100 AÑOS DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA

## *100 years of nursing in Spain*

María Paz Mompart  
Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo

### INTRODUCCIÓN

Es costumbre, que yo cumpla con placer, agradecer a los organizadores de un acontecimiento como el que nos está convocando la invitación a participar y compartir unos momentos de intercambio de opiniones, experiencias y conocimientos. Por tanto, gracias a la Prof. Mari Luz Fernández, entusiasta creadora de esta reunión y al Seminario Permanente de Historia de la Enfermería que con tanto acierto, han ideado esta reunión conmemorativa de un acontecimiento fundacional de la enfermería española.

Tengo sin embargo que manifestarles mi preocupación por intervenir en una reunión de profesionales dedicados a la investigación histórica, asunto que yo realmente no domino, aunque siempre he estado muy interesada por conocer y reconocer los avatares por los que la profesión enfermera ha discurrido a lo largo de los tiempos. Les confieso que, en esa insensatez que da la juventud, en mis primeros tiempos como docente desarrollé la materia de Historia de la Enfermería. Sigo en este asunto las palabras de Zambrano<sup>1</sup> que afirma que *la historia tiene un ritmo que condena al fracaso a todo aquello que se le adelanta o que le desborda* y entiendo por tanto que el tema del estudio de la historia de la enfermería es fuente de información que nos ayuda a prever el futuro.

Así pues, he realizado una visión hacia atrás de lo ocurrido en los 100 años transcurridos desde la publicación del plan de estudios de enfermería tratando de identificar los hitos destacados, tanto desde el ejercicio como desde la formación. Ambos han ido unidos, pero hay aspectos reseñables en uno y otro, aunque utilizaré como guía conceptual las referencias a la educación enfermera a través de sus planes de estudio.

El periodo de tiempo que transcurre desde esa fecha a la actualidad es muy largo y como tal ha producido importantes cambios en la figura de la enfermera profesional. El tema ha sido abordado en este Congreso desde casi todos los puntos de vista, por lo que, dada mi falta de experiencia historiográfica y mi dedicación vital a la enseñanza de la enfermería, voy a hacer un repaso de estos cambios desde los hitos que supusieron la aparición de los distintos planes de estudio y algunas situaciones del ejercicio, centrándolos en estos momentos:

- 1915, Real Orden de “habilitación”.
- 1953. Plan de estudios de Ayudante Técnico Sanitario.
- 1977. Plan de estudios de Diplomado Universitario.
- 2007. Título de Grado.

Hace años, el Consejo Internacional de Enfermeras eligió para su Día Internacional de la Enfermera el lema “celebrar el pasado, avanzar el futuro” que me parece una buena frase para iniciar esta intervención. Celebramos hoy que hace cien años una comunidad de religiosas dedicadas por su regla al cuidado de los enfermos decidieran que precisaban una formación adecuada para esta actividad y pidieran a las autoridades reglamentación para ella. No es el nacimiento de la profesión, pero es un hito fundamental para entender cómo fue su desarrollo posterior.

## 1. 1915. LA REAL ORDEN DE “HABILITACIÓN”

El plan de estudios de 1915 sorprende por su origen (la solicitud de una orden religiosa) y por su contenido, ya que lo primero que se establece en él es que significa una habilitación para el ejercicio como enfermera a las que lo soliciten, sean religiosas o no. No concreta dónde habrán de formarse, aunque cita a clínicas, consultorios, asilos u hospitales que probablemente eran los lugares donde se encontraban estas mujeres cuidadoras en aquel momento. En todo caso, fija claramente una vinculación a la Facultad de Medicina de Madrid, que habrá de realizar una prueba teórico-práctica, similar, dice a la “reválida de practicantes”.

La enfermera definida en los contenidos del plan de estudios publicado es una profesional dedicada a la atención de enfermos, con dominio de determinadas técnicas sanitarias y conocimiento sobre las patologías frecuentes en la época. No olvida el plan incluir conocimientos acerca de cuestiones legales y éticas. Así, sin demasiado orden lógico, se incluyen después de un tema dedicado a la piel otro que se denomina “Cualidades físicas, morales e intelectuales de la enfermera en general” (tema 12) y entre el transporte de los enfermos contagiosos y los cuidados a los intoxicados, otro tema sobre las reglas generales de actuación en caso de intervención judicial (tema 20).

Al hilo de esta reglamentación, comienzan a aparecer algunas escuelas de enfermería, influidas tanto por el modelo religioso representado por las Siervas de María como por el modelo Nightingale de características más laicas, que probablemente fuera importado del Reino Unido por la reina Victoria Eugenia. Surgen así, en la misma década, y por poner ejemplos señeros, la Escuela de Enfermeras Sociales, posteriormente de Santa Madrona, vinculada a la Caja de Pensiones para la vejez y de ahorros en Barcelona (1917) y la Escuela Central de la Cruz Roja Española en Madrid (1918)<sup>2</sup>.

Cabe recordar que desde 1857, derivado de la Ley de Instrucción Pública (Ley Moyano) existía formación regulada, vinculada a las Facultades de Medicina, para los hombres (practicantes) y las mujeres (matronas), que desempeñaban una labor mayoritariamente extrahospitalaria.

La formación de estas enfermeras se realiza en centros vinculados a, como se dice en el texto, consultorios, asilos, hospitales y es señal de calidad de estas primitivas escuelas el contar con médicos conocidos entre el profesorado que se encarga de las enseñanzas teóricas. Aparecen de esta manera los primeros libros de texto, dedicados a la enseñanza de la enfermera, que no a la de la enfermería, palabra que prácticamente no tiene cabida en los materiales que se utilizan.

El mundo cercano vive en aquellos momentos de forma atribulada, sumido en el mayor conflicto bélico vivido hasta entonces. Las enfermeras no son ajenas a esta situación y, aunque España no combate en la Gran Guerra, son numerosas las referencias a la atención de heridos y personal civil víctimas de la contienda. Es así que la formación da importancia a la actuación en situaciones de

emergencia, que son tratadas en el plan de estudios en varios de los temas, probablemente motivado también porque la población acudía a los hospitales solo en casos de gravedad manifiesta. De hecho, se crea en nuestro país en 1917, el Cuerpo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja<sup>3</sup>, dependiente del Ministerio de la Guerra, que supone la inclusión de estas en los ejércitos nacionales y que siguen un programa muy similar al de 1915.

Durante el largo periodo que media entre 1915 y 1953 no hay cambios educativos de fuste, si bien es muy de destacar la progresiva aparición de textos para la formación, que, a partir del final de la guerra civil, tienen títulos que engloban a mujeres y hombres dedicados al cuidado de los enfermos: practicantes y enfermeras, conjuntamente, son los destinatarios de los numerosos manuales que se publican en este periodo. Aunque no reciben formación en los mismos centros, ambos grupos profesionales se vinculan al menos en los libros que estudian. Para las enfermeras, en este trecho de su historia, se producen cambios sutiles en la imagen que presentan ante la sociedad: hay una progresiva secularización, al crecer el número de escuelas y darse el hecho de que las Facultades de Medicina, al igual que lo hacían con los practicantes, se involucran directamente en la docencia de las enfermeras, desde la aparición del plan de estudios de 1915. Así parece desprenderse de la existencia de un Manual de la enseñanza de enfermeras, de la Facultad de Valladolid, curso 1917-1978<sup>4</sup>. También hay una cierta mejoría de la condición enfermera que sale de papeles casi de servicio doméstico a una mayor profesionalización, apoyada por la mejor enseñanza.

Persisten, sin embargo, las condiciones de religiosidad y subordinación al esquema patriarcal representado por la relación médico-enfermera que ha sido estudiado muy detenidamente, entre otros investigadores por González Canalejo<sup>5</sup>. Incluso los libros de texto mantienen esta orientación y se da la circunstancia de que se editan libros dedicados especialmente a determinadas órdenes religiosas, como las Hijas de la Caridad o las Siervas de María.

### **Hitos relevantes en esta época son**

La aparición de algunas instituciones que propugnan una cierta especialización en la atención sanitaria, como la Escuela Nacional de Sanidad, en 1924<sup>6</sup>, que juega un importante papel en la sanidad española, especialmente en las décadas previas a la guerra civil, por la incorporación de destacados profesionales médicos como profesores y que inicia unos cursos de formación para Enfermeras Visitadoras, en 1934, consolidados posteriormente en la creación de la Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias.

La República supone una mayor apertura en los sistemas formativos y estimula tanto la formación de las enfermeras como su inclusión como trabajadoras cualificadas en el ámbito civil y el militar. La guerra civil española pone en primer lugar de la visibilidad social a las enfermeras como símbolo de valores, tanto desde el lado del ejército sublevado como, muy especialmente, desde el leal a la República. Carteles y revistas ofrecen una imagen de enfermera comprometida con la sociedad y su difícil situación debida al conflicto.

La posguerra, con el triunfo del fascismo, aporta también algunas novedades importantes:

Se renuevan en 1941 las condiciones y estudios necesarios para la obtención del título de enfermera<sup>7, 8</sup> que no representan gran novedad respecto a la anterior legislación.

La Ley de Bases de Sanidad Nacional (1944) reconoce la existencia de las enfermeras como clase profesional y la formación "especializada" de las mismas como Instructoras sanitarias. Por su parte, la Orden de noviembre de 1945 establece la estructura y funcionamiento de los Colegios profesionales de Practicantes, Matronas y Enfermeras, agrupando todos ellos en un Consejo Nacional que deberá actuar de forma cooperativa en defensa de los intereses de estos tres grupos.



Se añade a las características religiosas de la enseñanza y el ejercicio profesional una nueva dimensión política, al incorporar elementos del ideario del régimen dictatorial a la formación, con injerencias claras de contenido y de orientación<sup>9</sup>. Incluso se crea una nueva categoría de escuela de enfermería, las de las FET y de las JONS, a petición de la Sección Femenina<sup>10</sup> que obliga a incluir en los estudios enseñanzas relativas a aspectos domésticos y políticos, además de religión católica. También se crean nuevas titulaciones como las de Visitadoras Sociales (1942)<sup>11, 12</sup>, lo que produce una cierta confusión sobre el papel real de la enfermera en el territorio nacional.

## 2. 1953. EL PLAN DE ESTUDIOS DE AYUDANTE TÉCNICO SANITARIO (ATS)

La progresiva incorporación de las enfermeras a los centros sanitarios y el crecimiento de su número real propician que este grupo adquiriera cada vez mayor importancia en el conjunto de las tres profesiones que se seguían denominando como "Auxiliares Sanitarios". La vinculación de alguna de las dirigentes colegiales de las enfermeras a las jerarquías del régimen franquista también contribuyó a que tuvieran algo más de relevancia, trabajando el Colegio de Enfermeras desde mediados de la década de los 40 en la consecución de una mejor formación, al igual que lo hacían los colegios de practicantes y de matronas. Ello lleva al Ministerio de Educación a tomar la decisión un tanto salomónica, al unificar en 1953<sup>13</sup> los estudios de los tres grupos en uno solo, dejando la matrona como una especialidad obligatoria para ejercer en este campo<sup>14</sup>.

Esta medida que se acompaña posteriormente, en 1954, de la creación del Consejo General de Auxiliares Sanitarios, que agrupa los existentes de Matronas, Practicantes y Enfermeras, lo que significa un gran avance pero no tiene buena acogida en los órganos representativos de la profesión. De hecho, ambas medidas, la unificación de colegios y estudios, tienen como consecuencia la pérdida de la preeminencia de los practicantes y la obligación para las matronas de incorporarse a un ámbito en el que no se sienten ni reconocidas ni valoradas, además de suponer un periodo adicional de formación especializada para el ejercicio. La elección del nombre del título pretende contentar de alguna manera a los tres grupos, lo que no se consigue con las enfermeras, que prefieren seguirse denominando como tales, lo que se refleja en la denominación que siguen ostentando algunas escuelas tradicionales.

Sin embargo, el lenguaje oficial insiste en todas sus expresiones en considerar a las enfermeras (al igual que a practicantes y matronas) como Auxiliares de la medicina, matizando algunas de las actividades permitidas a estos profesionales y abriendo la puerta a la formación especializada en un Decreto publicado en 1956<sup>15</sup>. Es este Decreto el que fija las funciones profesionales, que son refrendadas en otra norma de 1960<sup>16</sup> (en la que además, se crea la figura de la Auxiliar de Clínica) y que regirán la vida laboral hasta la década de los 70.

La enseñanza se hace depender de la Facultad de Medicina correspondiente, que ha de nombrar al Director en la figura de un catedrático de la Facultad de Medicina y se rige por el plan de estudios que se publica en 1955<sup>17</sup>. Sigue vigente la separación de las escuelas por sexos y el plan difiere también en sus contenidos según lo sigan hombres (nociones de autopsia médico-legal) y mujeres (enseñanzas del hogar).

Aunque la denominación elegida no es feliz, este plan de estudios aporta una mayor consistencia a la enfermería, derivada de los contenidos de la enseñanza, de los años de duración de la misma, que pasan a ser tres, y de una mejor adecuación de los perfiles a la labor que realmente se viene realizando en los centros sanitarios. Las siglas ganan pronto la partida y todos pasan a verse reconocidos por las de ATS, que adquieren auténtica carta de naturaleza en la sociedad española. En una jocosa frase de Catalina García, en aquellas décadas, se explicaba que ser ATS "era ser más que enfermera y menos que médico".

Como continuidad de los estudios de ATS se diseñan especialidades en diversas áreas, además

de la de matrona: psiquiátrica, radiología, laboratorio de análisis clínicos, etc. que dan respuesta a situaciones laborales presentes en los hospitales de la época.

### 3. LA DÉCADA DE LOS 70: HACIA LA UNIVERSIDAD

Los últimos años 60 y los primeros 70 traen aires de renovación a toda Europa que también soplan, aunque con menos fuerza, en España. En nuestro país, se propician importantes cambios que preparan el final de la dictadura y el comienzo de la democracia. Son años de importantes reuniones que ponen a las enfermeras españolas en contacto con las de otros países, europeos fundamentalmente. El régimen franquista había abierto tímidas iniciativas de relación con otros países y ello facilita la presencia en España de autoridades internacionales que se interesan por la situación de la enfermería, sus limitaciones y su formación. El sistema sanitario crece enormemente en su lado hospitalario y la asistencia sanitaria se hace cada vez más compleja, fruto del desarrollo del conocimiento y de la técnica aparejada. Ello plantea necesidades de profesionales mejor formados y adaptados al cambio.

En el ámbito educativo, es obligada la referencia a la denominada Ley Villar, General de Educación, de 1970, que significa un profundo cambio del sistema, con la posibilidad de que algunas enseñanzas, entre ellas la enfermería, se transformen en universitarias o de formación profesional según sean la extensión y el carácter de los estudios. Ambas posibilidades tuvieron desde los primeros momentos defensores y detractores, si bien en el seno del colectivo profesional fue creciendo fuertemente la idea de que la mejor solución era justamente la integración en la Universidad, como Escuela Universitaria en principio, pero aspirando ya desde ese momento a tener una continuidad en Especialidades, Licenciatura y Doctorado.

El periodo ha sido estudiado profundamente por diversos autores, especialmente Santo Tomás en su intervención del Congreso de Historia de 2012<sup>18</sup> y por Germán Bes, en su tesis doctoral<sup>19</sup> y aunque con esta última autora mantengo alguna diferencia de interpretación de los hechos acaecidos, son dos aportes muy importantes para la comprensión de aquellos cambios y su génesis.

El 23 de Julio de 1977 culminó una serie de acciones, emprendidas años antes, que se encaminaban a conseguir la inclusión de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) en la Universidad<sup>20</sup>.

En realidad, el camino no había sido sencillo. Tras la Ley de 1971, a comienzos del año 1976, al hilo de la aparición de otras estructuras organizativas producto de la naciente democracia, se había creado una Coordinadora de organizaciones profesionales, con carácter reivindicativo y fundamentalmente de matiz sindical, que intentaba cambiar las estructuras de los colegios profesionales marcadamente heredadas del franquismo<sup>1</sup>. Había lógicamente otras aspiraciones, las educativas entre ellas y dentro de algunos Colegios de Enfermeras, Madrid, Barcelona y Sevilla principalmente, se crearon las Comisiones de Estudio, en las que se agruparon representantes de todas las Escuelas de ATS existentes, que abogaban de forma unánime por el cambio educativo hacia la Universidad y que empezaron a elaborar líneas de actuación en este sentido. De hecho, el primer proyecto de enseñanza universitaria<sup>21</sup> fue elaborado por la Comisión del Colegio de Barcelona, en 1973<sup>2</sup>. Todo este confuso panorama estalló, en el primer trimestre del curso 1976-77, en una gran

1 La sección de Enfermeras estaba presidida por Teresa Loring, que durante muchos años había simultaneado este cargo con el de Secretaria General de la Sección Femenina de la Falange, a las órdenes de Pilar Primo de Rivera. Ello da idea de la vinculación de las instituciones al régimen dictatorial y la necesidad de cambio en los primeros años de la democracia. De similar adscripción política eran el Presidente de la sección de Practicantes, Enrique Riudavets, y la Presidenta de la de Matronas, María García.

2 El proyecto fue presentado en el Congreso Nacional de Hospitales, en Barcelona, por Carolina Meléndez, Roser Tey, Mari Llobet y María Dolores Agell.

manifestación, la primera de la que tengo noticia, que llenó de enfermeras el centro de Madrid y de otras ciudades, en la que la principal reivindicación era justamente el cambio de plan de estudios, bajo el lema de "*Por una mejor Sanidad, ATS a la Universidad*". La manifestación fue convocada por la Coordinadora y participaron en ella enfermeras de todos los sectores profesionales, tanto educativos como asistenciales con el convencimiento de que la mejora de la formación enfermera traería como consecuencia inevitable la elevación del nivel de los cuidados que prestábamos y, en definitiva, la consecución de unos estándares sanitarios de mejor calidad.

A raíz de estas movilizaciones, en Febrero de 1976, se había creado una Comisión Intermi-nisterial<sup>22,23</sup> que finalizó sus trabajos recomendando la transformación de las escuelas de ATS en Universitarias de Enfermería, lo que se tradujo en el oportuno Decreto que así lo establecía (Julio 1977). Paralelamente, y en el curso de las actividades de las Comisiones de Escuelas, el Consejo Nacional de ATS, sección Enfermeras, había organizado en Madrid un Curso de formación en nuevas técnicas educativas, con la asistencia de prácticamente todas las enfermeras que por aquel entonces cumplían la función docente en las Escuelas de ATS. Llevado a cabo en las aulas de la Universidad Autónoma de Madrid, el curso dio pie al encuentro de más de 400 enfermeras procedentes de todo el territorio y propició el conocimiento y discusión de las diversas estrategias que se estaban llevando a cabo en las diferentes regiones. Incluso, en el transcurso de los días, fuimos informadas de que el Consejo de Ministros iba a debatir el proyecto de transformación de los estudios y, ávidas de participación y confiadas en los nuevos aires democráticos, pedimos una entrevista al entonces Ministro de Universidades e Investigación, Iñigo Cavero, para expresarle nuestros deseos e inquietudes. La entrevista se celebró y al día siguiente el Consejo de Ministros aprobó la transformación de los estudios de ATS en Diplomatura de Enfermería. Si bien es de suponer que el Ministro ya tenía redactado el Decreto, para su aprobación, nada pudo hacernos salir de la convicción que aquella entrevista, celebrada a altas horas de la tarde, había podido ser el último empujón que precisaban nuestras aspiraciones universitarias<sup>3</sup>.

Inmediatamente, el todavía Consejo Nacional de Enfermeras formó una Comisión para la redacción del Plan de Estudios, con representantes elegidos<sup>4</sup> por una Asamblea General de Docentes, reunida también por primera vez, que se celebró en Madrid a primeros de Septiembre. La Comisión trabajó intensamente aquellos días postreros del verano de 1977, en reuniones intensísimas donde enfermeras docentes de la más diversa sensibilidad trataron de llegar a un consenso en la redacción de un plan de estudios que fuera realmente representativo de todas. Hubo apasionadas discusiones sobre todo tipo de cosas, desde la necesidad de orientación ideológica o no (el tema de la Ética regida por principios religiosos, por ejemplo), la inclusión de algunos aspectos que todavía no dominábamos pero que preveíamos fundamentales en el futuro (el Proceso de Atención de Enfermería, las teorías y modelos), y el peso relativo de unas materias y otras.

Las reuniones fueron muy frecuentes y, al celebrarse en la sección de enfermeras del Consejo Nacional, dieron ocasión de asistir en primera línea a los acontecimientos colegiales del momento: por ejemplo, la "toma" de las sedes por las nuevas Juntas surgidas de elecciones propiciadas por la Coordinadora, que resultó ser una auténtica ocupación, descerrajando puertas y expulsando literalmente a la antigua Junta.

De esta manera, sometidas a los vaivenes y confusiones del momento profesional, social y político, cuando el Ministerio de Educación (Universidades e Investigación en aquel momento) llamó

---

3 La entrevista se llevó a cabo el 21 de Julio, en el despacho del Ministro y asistieron, entre otras: María Llobet, Conchita Brun, Sor Alicia Gutiérrez, Mari Paz Mompart.

4 Formaron parte: Teresa Piulachs, Enriqueta Pérez, Conchita Brun, Milagros Herrero, Rosa María Torrens, Sor Petra de la Torre, Sor Carmen Victoria Ruiz de Toro, Sor Alicia Gutiérrez, Sor Purificación Bermejo, Rosa María Alberdi, Mari Paz Mompart y Pilar Gómez (en representación del Consejo Nacional).

a los representantes del colectivo, al entonces Consejo Nacional en proceso acelerado de transformación y a la propia Coordinadora, para saber su opinión al respecto, la Sección de Enfermeras ya tenía un proyecto de plan de estudios confeccionado, que, tras consensuado con la Coordinadora fue presentado a la Comisión Ministerial<sup>15</sup> correspondiente, y aprobado sin apenas cambios, publicándose en Noviembre de aquel mismo año, 1977.

Las ideas que sustentaban aquel plan de estudios fueron fundamentalmente la previsible incorporación a la Unión Europea, que tenía unas directrices para la formación de enfermeras, la naciente preocupación por nuevos sistemas de atención a la salud, como la Atención Primaria, las novedades de metodología enfermera que algunas habíamos encontrado en contactos con colegas extranjeras, el PAE, por ejemplo, la necesidad de que los estudios se continuaran por el camino de la licenciatura y el doctorados<sup>24</sup>.

El camino posterior no fue fácil: en los primeros tiempos, no hubo capacitación legal para que las enfermeras enseñaran en las transformadas escuelas, lo que se solucionó, tras nuevas movilizaciones, con la publicación de una disposición transitoria. La obtención del nuevo título y carácter universitario se alcanzó, con el patrocinio de la Universidad Nacional de Educación a Distancia a través de lo que se llamó el Curso de Nivelación de Conocimientos de ATS<sup>25</sup>, que además de aportar textos novedosos y adaptados al nuevo plan, convalidó los títulos de cerca de 80.000 enfermeras en una experiencia educativa que, en mi opinión, no ha tenido la valoración adecuada por parte del colectivo, reflejada esta minusvaloración en la escasez de estudios referidos al Curso.

El poco conocimiento acerca de las novedades incluidas en el plan de estudios nos afectaba a muchos de los docentes de entonces, lo que se vino a solucionar con reuniones y cursos, muchos de ellos organizados por la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED), creada en 1978 por un grupo de enfermeras procedentes de las antiguas Comisiones de Escuelas de los colegios profesionales. La AEED contribuyó a poner en contacto y comunicar a los docentes y también a enfermeros asistenciales interesados en la enseñanza, de manera que se siguieron unas ciertas líneas de trabajo conjunto que ayudaron a todos a poner en marcha y desarrollar el nuevo plan.

## LAS CONSECUENCIAS DEL TÍTULO UNIVERSITARIO

Creo no exagerar si afirmo con rotundidad que este hecho de transformación de los estudios de enfermería en universitarios ha sido el más importante que ha tenido la profesión enfermera al respecto de su situación en todos los ámbitos, tanto educativos como del ejercicio profesional. En efecto, el desarrollo de la formación enfermera en la universidad ha traído algunas consecuencias que a veces olvidamos en el tráfago del día a día, siempre complejo.

En primer lugar, se recuperó la denominación clásica de la profesión. Por primera vez desde 1953, nos llamamos y somos enfermeras. Los contenidos del plan contienen también por primera vez en la historia, conocimientos sobre enfermería en los distintos ámbitos de la acción de cuidar. El cuidado en sí pasa a ser la base y el objeto de la actividad profesional y se alimenta de otros saberes relacionados y necesarios, como la psicología, la sociología, la estadística, etc.

En segundo lugar, la formación universitaria permite a las enfermeras ocupar un nuevo lugar en el ámbito académico y también laboral. Los profesores comienzan a ocupar plazas de Titulares y en 1987 se desarrolla por el INSALUD la nueva estructura de sus centros, creando la Dirección de Enfermería<sup>26</sup>, a la que se otorgan nuevas competencias de gestión, acordes con su mayor formación.

---

5 La reunión de aprobación definitiva tuvo lugar bajo la Presidencia del Profesor Segovia de Arana, de la Autónoma de Madrid, participando también representantes de la Coordinadora, como Ignacio Mercader y María José Dasí y Teresa Piulachs, Enriqueta Pérez y Mari Paz Mompart, como miembros de la Comisión de Plan de Estudios

## LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA

La formación especializada, un importante logro conseguido como todos sabemos, tras largos años de esfuerzos profesionales y académicos, se articula por primera vez en 1987<sup>27</sup>, aunque su desarrollo real se pone en marcha tras la promulgación de una nueva normativa en 2005<sup>28</sup>.

Tal como está estructurada, es una manera de *aprender haciendo*, siguiendo las mejores recomendaciones de los expertos en aprendizaje-enseñanza. Es una forma activa, supervisada, de avance en la práctica y de asunción progresiva de mayores responsabilidades, que capacita al estudiante para progresar en la toma de decisiones y en la solución de problemas. La gran vinculación a la práctica asegura además que la enseñanza es realmente adecuada a los problemas que se presentan en el ejercicio diario, lo que observa y practica el alumno es la vida misma de la profesión en ejercicio.

Es un modelo de formación especializada siguiendo la de los médicos, cuyas diferencias de ejercicio con las enfermeras es bien patente y que plantea algunas cuestiones que quizás habría que considerar. El modelo de internado dependiente de la institución sanitaria, rompe el vínculo universidad-asistencia con lo que se pierde el potencial docente existente, lo que obliga además a una formación adicional para las enfermeras tutoras de los alumnos en formación. Hay una situación laboralizada del estudiante, que tiene, como señalaba anteriormente ventajas innegables, pero que hace depender la formación de la situación del alumno como enfermero contratado por el hospital, con turnos, vacaciones y normas de trabajo regidas por las normas laborales y supe- ditados a veces los intereses formativos a los del servicio, con una dedicación al trabajo intensa y poco acorde con un periodo de formación. Otro de los inconvenientes es la cuestión del *numerus clausus* de cada especialidad, es decir, se limita la cantidad de plazas con criterios en principio de adecuación de la oferta a la demanda asistencial existente. Sin embargo, la realidad es que estos números pueden ser muy discutibles y dependen en buena parte, no de la necesidad de especialistas determinados, sino más bien de cuestiones presupuestarias de la administración sanitaria. Significa además esta cuestión una limitación de la libertad de elección de cada enfermera en cuanto a su formación adicional que dependerá siempre del sistema y no de sus deseos personales o sus aspiraciones profesionales.

En mi opinión, desde el punto de vista académico, se ha perdido la oportunidad de encuadrar la especialización en los postgrados figurados en nuestra legislación educativa y las coordinadas del EEES. Los contenidos de los distintos planes formativos repiten en buena parte los del curriculum de Grado, por lo que se ha recurrido a especificar en las competencias atribuidas a cada materia la frase "Conocimiento relevante en" o bien añadiendo a algunas de ellas las palabras "persona anciana" "infancia", mujer, según se trata de una u otra especialidad. Queda por tanto, algo desdibujado o poco concreto cuál será el papel profesional atribuido a este enfermero especialista y en qué puestos de trabajo tendrá cabida su conocimiento y habilidades específicas y de hecho, las administraciones sanitarias han convocado escasísimas plazas para estos profesionales especialistas.

## 2007. LA ENSEÑANZA DE GRADO

El desarrollo del llamado Plan Bolonia para la armonización de la enseñanza universitaria en Europa ha dado lugar a un nuevo cambio de panorama educativo, al diseñar esta en tres niveles e incluir los estudios de enfermería como Grado Universitario<sup>29</sup>. El proyecto Tuning Europa estableció las competencias generales de la formación europea en todo el territorio y sirvió de base para la elaboración de los planes de estudio. No creo necesario hacer una revisión de las causas y etapas de este periodo, conocido por todos ustedes y ya consolidado en todas las Facultades españolas, aunque puede ser oportuno expresar algunas opiniones al respecto.

El plan de estudios ha cambiado poco en su fondo, aunque son varias las cuestiones que lo diferencian del anterior de Diplomado, por ejemplo, la duración de la permanencia del estudiante

en la universidad, la inclusión de un periodo de prácticas generales al final de los estudios, el establecimiento de competencias a alcanzar por el alumno.

Las directrices emanadas del ministerio son a primera vista bastante concretas pero en la realidad se ha dado el hecho de la gran variabilidad que han permitido al aplicar las universidades españolas de manera muy distinta estas directrices en el diseño de los planes de estudio, lo que hace dudar de su utilidad para cumplir con los postulados de Bolonia (entre otros, sistema académico unificado y valoración transparente y uniforme).

Así las cosas, el panorama tiene muchas luces, pero también oscuridades. Las enormes dificultades organizativas derivadas de la crisis económica que vivimos han creado además graves problemas en la docencia, como la escasez de profesorado. Esta escasez se verá además matizada probablemente en el inmediato futuro por la falta de enfermeras adecuadamente tituladas para ocupar una plaza de profesor.

En cuanto al resultado de la enseñanza, hay discusiones acerca de si las enfermeras que salen de nuestras aulas son adecuadas al perfil que la sociedad y el sistema demandan. Este perfil no ha cambiado ni se ha definido si la enfermera graduada (que recordemos "cuesta" un año más de formación universitaria) tiene las mismas competencias que la diplomada, bastante diversas según la región del nuestro país y la institución en la que trabaje. Acerca de estas demandas sociales y asistenciales bien es cierto que son muy imprecisas, reflejadas en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias<sup>30</sup> tan etéreamente como "*la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades*".

Por otra parte, como consecuencias favorables para la disciplina y la profesión en su conjunto, es innegable el número en crecimiento de las enfermeras que acceden a una formación doctoral y que ello debe redundar en la mejora de la calidad y cantidad de los conocimientos pero hay que trabajar en profundidad para que esta mejora del conocimiento se traslade a la práctica asistencial de manera que se vea en ella el avance producido.

## A MODO DE CONCLUSIÓN

He tratado de hacer un repaso sobre el acontecer del trayecto profesional enfermero a los largo de estos cien años transcurridos desde la publicación del plan de estudios de 1915. Ha sido un largo periodo, con muchos hechos relevantes, enfermeras destacadas, situaciones políticas muy diversas. Quisiera concluir con alguna idea que me ha surgido en la elaboración de este trabajo

- En primer lugar, las enfermeras españolas han estado siempre vinculadas a las necesidades y demandas de la sociedad, siguiendo también, a veces con dificultad o diversidad de enfoques, los momentos políticos que les ha tocado vivir.
- En segundo lugar, que las innovaciones que se han producido a lo largo de este periodo han sido producto de la iniciativa de las propias enfermeras, agrupadas y luchadoras por sus intereses y los de la sociedad, actuando por estos intereses.

En consecuencia con estas dos ideas, les invito a seguir en la lucha por la mejora de la enseñanza y el ejercicio enfermeros, de forma colectiva y coordinada que es la única manera de conseguir resultados. Unidos, los enfermeros y enfermeras hemos conseguido los mejores resultados y solo así, con unión de pensamiento y acción, los seguiremos consiguiendo.

## BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

- 1 Zambrano, María. Discurso de aceptación del Premio Cervantes 1988, Internet [acceso 15 marzo 2015] URL en <http://usuarios.lycos.es/precervantes/ceremonia/zambrano.html>.

- 2 Carles Clemente, Josep. La Escuela Universitaria de Enfermeras de Madrid. Madrid: Cruz Roja Española; 1999, pp 77-89.
- 3 Hernández Conesa, Juana María, Segura López, Gabriel. La formación de las Damas Enfermeras de la Cruz Roja durante la Guerra Civil Española (1936-1939) *Index Enferm* vol.22 no.3 Granada jul.-set. 2013.
- 4 Álvarez Nebreda, Carlos C. Catálogo bibliográfico de publicaciones enfermeras (1915-1978). Madrid: Colegio Oficial de Enfermería; 2008. Pp 305.
- 5 González Canalejo Carmen. Asistencia sanitaria, género y cuestión social en Almería (1857-1930). Tesis doctoral, Almería: Universidad de Almería; 2005.
- 6 Bernabeu Mestre, Josep. "La Escuela Nacional de Sanidad". *Eidon*. N. 32 (nov.-feb. 2010). ISSN 1575-2143, pp. 74-80. Internet [acceso 1 de marzo 2015] Disponible en <http://hdl.handle.net/10045/20284>
- 7 Orden de 21 de mayo de 1941, sobre condiciones y estudios necesarios para la obtención del título de enfermera.
- 8 González Iglesias, María Elena; Siles, José. Exámenes a enfermeras del Sanatorio Marítimo Nacional de Oza en la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela. Años 1917 a 1922. *Temperamentvm* 2011, 14. Internet [acceso 2 marzo 2015] Disponible en <http://indexf.publicaciones.saludcastillayleon.es:80/temperamentum/tn14/t1211.php>
- 9 Cantero González, María Lourdes. La formación enfermera en la España de Franco. *Manuales de enfermería durante el Nacional-catolicismo (1945-1957) REDUCA*. Serie Trabajos Fin de Master. 2 (1): 187-254, 2010 Internet [acceso 2 marzo 2015] Disponible en <http://www.revista-reduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/149/167>
- 10 Orden de 4 de mayo de 1945, por la que se reconocen los títulos de enfermeras de F.E.T. y de las J.O.N.S. Internet [acceso 2 marzo 2015] Disponible en <http://redined.mecd.gob.es/xmlui/handle/11162/82233>
- 11 Gómez Robles, Javier, Domingo Pozo, Manoli. Historia de la Enfermería de Salud Pública en España. *Rev Cultura de los Cuidados*. Internet [acceso 2 marzo 2015] Disponible en: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5162/1/CC\\_05\\_04.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5162/1/CC_05_04.pdf)
- 12 Álvarez-Dardet, Carlos, Gascón E, Alfonso María Teresa, Almero A. Los orígenes de la enfermería de salud pública. *Gac Sanit*.1988;2:290-3 - Vol. 2 Núm.9 DOI: 10.1016/S0213-9111(88)70943-7.
- 13 Decreto de 4 de Diciembre de 1953, por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios. BOE 363, de 29 de septiembre. 7723-7724.
- 14 Siles González, José. Historia de la Enfermería. Madrid: DAE; 2011. pp 442-457.
- 15 Decreto de 26 de Julio de 1956, sobre el Título de Ayudante Técnico Sanitario. BOE 226, de 13 de agosto, p. 5293.
- 16 Decreto 2319, de 17 de noviembre sobre el ejercicio profesional de los Ayudantes técnicos sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras. BOE 302, p 17308.
- 17 Orden 4 julio 1955. Ayudantes Técnicos Sanitarios Normas para la nueva organización de los estudios. B.O.E. de 2 de agosto de 1955
- 18 Santo Tomás, Magdalena. Pugna por el reconocimiento universitario y su especialización. XIII Congreso Nacional y VIII Internacional de Historia de la Enfermería. 2012. Internet [acceso 4 de marzo de 2015] Disponible en <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/4157>
- 19 Germán Bes, Concha, Historia de la institución de la enfermería universitaria, Análisis desde una perspectiva de género. Tesis doctoral. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2007.

- 20 Mompert, María Paz. Rebelión en las aulas. Rebelión en las aulas. Rev ROL Enf 2004; 27(10):646-656.
- 21 Santo Tomás, M.: Historia de la Enfermería, en Fernández Ferrin et al.: Fundamentos de Enfermería, Barcelona: Masson, 1995, 102-105.
- 22 Alberdi, Rosamaría, Arroyo, María Pils, Cabello, Belén, Mompert, María Paz, Segura, Milagros. Conceptos de Enfermería. Madrid: UNED; 1983, 23-30
- 23 Tey, Roser. Pequeña historia de una gran evolución: Las Escuelas Universitarias de Enfermería” Butlletí de Ex-alumnes de Santa Madrona, Octubre 1976, pág.9.
- 24 Alberdi, Rosa María, Mompert María Paz.: Pequeña Historia de una gran evolución II: El Plan de estudios de Diplomados en Enfermería. Rev ROL Enfer 1979 (9) 11-15.
- 25 Alberdi Rosamaría, Cabello Belén, Calvo Socorro, García Natividad, Mompert María Paz, Nouvillas Encarnación et al. Curso de Nivelación de ATS: un estudio de los estudios. Rev ROL Enf 1984 68 (3)28-32
- 26 Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. BOE 91, de 16 de abril de 1987, pp 11379-11383.
- 27 Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero Especialista. BOE 183, de 1 de agosto de 1987. pp 23642- 23644
- 28 Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. BOE108, de 6 de mayo, pp 15480-15486.
- 29 Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Texto consolidado Última modificación: 3 de febrero de 2015.
- 30 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, Título 1, art 4.





# APORTACIÓN LOS/AS RELIGIOSOS/AS A LA ENFERMERÍA

## *How has the religious vocation contributed to the world of care?*

Hernández Martín, Francisca J.  
Universidad Complutense. Presidenta del Seminario (SPIHE)

### ¿QUÉ HA APORTADO LA VOCACIÓN RELIGIOSA AL MUNDO DE LOS CUIDADOS?.

Si bien en principio me resistí a exponer este tema, aquí estoy para dar respuesta a la cuestión planteada.

Hablar de enfermería hasta bien recientemente ha sido hablar de vocación, vocación desde la acepción fuerte de “vocación religiosa”, sin querer decir que todos los que han cuidado a los enfermos hayan sido religiosos. Sabemos de instituciones llevadas a cabo por seglares, a las que se les pedía también una vocación como a las religiosas. El ser enfermera comportaba ser una ocupación vocacionada.

Los cambios políticos, económicos, sociales, tecnológicos y jurídicos que el mundo experimentó a lo largo del siglo XIX adquirieron intensidad sin precedentes en las primeras décadas del XX, de forma que alteraron radicalmente la estructura de la sociedad. Emergía una nueva modernidad distinta de la alumbrada por la Ilustración y por tanto comportó decisivamente, cambio; de tal modo que hasta cambió el mismo horizonte vital del hombre.

La irrupción de los nuevos estilos estéticos y sensibilidades que revolucionaron el arte europeo entre 1890 y 1920 revelaban la necesidad de encontrar respuestas nuevas en un mundo donde muchas de las viejas creencias, ideas y valores parecían haber perdido súbitamente su antigua vigencia. La nueva modernidad supuso, en suma, cambios revolucionarios y permanentes<sup>1</sup>.

Al analizar esta situación y el campo de las profesiones y de la ética, Max Weber cree que no es posible exigir a los profesionales una ética de convicciones y apuesta por la responsabilidad. Dice, ante este cambio de mentalidad no es posible pedir a un profesional dar su vida hasta el auto-sacrificio, hasta la heroicidad como lo hacía el religioso, y postula por una ética de la responsabilidad. Sin embargo, al analizar las profesiones, junto a Parson, Wilenski y otros afirma que la profesión es una especie de Vocación-misión.

---

<sup>1</sup> FUSI, J.P: *Breve historia del mundo contemporáneo. Desde 1776 hasta hoy*. Ed. Galaxia Gutenberg. Círdulo de Lectores. Barcelona, 2013.

Con los postulados post-modernos y tras la crisis marcada por las dos últimas guerras mundiales y esta crisis de valores que venimos padeciendo, parece que estas claves se hayan debilitado aún más y perdido parte de su identidad. Sin embargo, hay que reconocer una gran capacidad de entrega en la Enfermería y así se constata en las encuestas, pues aparece como una de las profesiones más valorada en este sentido.

Ilusionadas por recuperar la historia de la enfermería y la memoria de estos cien años del reconocimiento Oficial de la Enfermería, al reflexionar sobre la historia en que apoyar nuestro discurso lo hacemos buscando la más clara verdad histórica, capaz de alentar un proceso inacabable que no puede ser monopolio de nadie y sí obligación de todos". Hablar de historicidad es hablar de la esencial apertura de lo humano y lo divino. La Historia de la enfermería tiene mucho que investigar y decir sobre todo ello.

Centro mi exposición en los siguientes puntos:

- 1.- En los orígenes y fundamento.
- 2.- El emerger de la Vida Religiosa.
- 3.- Las Órdenes Religiosas y su aportación al cuidado de los enfermos y al desarrollo de la Enfermería: creadoras de escuelas en el arte de cuidar.
- 4.- De la Caridad Asistencial a la Enfermería Profesional.
- 5.- Un mundo en cambio: de la "Enfermería Profesional" a la "Humanización de la Asistencia" por la justicia y compasión.
- 6.- Lo que los religiosos aportan hoy a la enfermería y a la sociedad actual.

Epílogo

## 1.- EN LOS ORÍGENES Y FUNDAMENTO.

Responder a la pregunta inicial nos conduce a sus orígenes, a su fundamento, si no, no puede entenderse la respuesta, como diré últimamente. Y responder a esta pregunta sobre los orígenes requiere retroceder a dos mil años de historia y encontrar la clave de toda ella. Hay un versículo de los Hechos de los Apóstoles que sintetiza de este modo cómo y desde dónde se inició este camino y quien lo marcó: la vida de Jesús de Nazaret, "... que pasó haciendo el bien y curando a los enfermos". Y Mt 15,30.

El tema de la asistencia cristiana a los enfermos es una cuestión histórica. Partimos de un dato escriturario y exegético perfectamente claro. Todos los escritos neotestamentarios coinciden en presentar a los pobres, a los marginados y en particular a los enfermos, como lugares privilegiados de la práctica de Jesús "... *Que pasó haciendo el bien y curando de toda enfermedad*" Mt 4,23; Act 10,38.

La asistencia a los enfermos no fue sólo una práctica cotidiana en la vida de Jesús, sino mandato expreso a sus discípulos: "*En cualquier lugar donde entrareis y os recibieren, curad a los enfermos que en ella hubiere*" (Lc 10,8-9). Curar tiene aquí el sentido de cuidar solícitamente, ya el término griego *therapeúein* significa esto, cuidar, atender, asistir con dedicación y amor.

Otro texto del evangelista Mateo nos dice que en el juicio final el Hijo del Hombre premiará a los que hayan hecho unas cuantas cosas, entre las que está la visita a los enfermos: "*Venid, benditos de mi Padre, recibir la herencia del Reino... Porque tuve hambre, y me disteis de comer... Enfermo y me visitasteis... Entonces los justos le responderán: Señor, ... ¿cuándo te vimos enfermo... Y fuimos a verte?. Y el Rey les dirá: En verdad os digo que cuanto hicisteis a uno de estos hermanos míos más pequeños, a mi me lo hicisteis*" (Mt 25 34-40). Este "a mi me lo hicisteis", es el punto referencial para el seguidor de Jesús. De ahí que: al forastero se le acoge, al desnudo se le viste, y sin embargo al enfermo no se le cura, sino que se le visita, se le asiste o cuida.

Las primeras comunidades, según el testimonio de Pablo (1ª cor 1,26-31), estaban compuestas por esclavos e iletrados en los suburbios de las grandes ciudades. Por eso, la asistencia del médico

técnica no llegó a los estratos inferiores. Desde este fundamento la asistencia, por tanto, no era técnica o médica, sino humana (acompañar y ayudar al enfermo en sus necesidades) y cristiana (ayudar a vivir al enfermo su propia enfermedad como tiempo de redención y de deificación, asociado a la pasión de Jesús). De ahí también la importancia, no tanto de sentirse cuidado, sino cuidar y, con ello, recibir el premio al final de la vida. Por tanto de ello se desprende que, el primer modelo de asistencia cristiana a los enfermos, denominado "carismático", tuvo vigencia hasta la muerte de Marco Aurelio, en el 180 d.C.

Tras ese primer siglo y medio, las cosas empezaron a cambiar: De una parte, los ricos, los poderosos que se convirtieron al cristianismo comenzaron a tener un peso mayor en las comunidades cristianas. De otra, el cristianismo salió de las catacumbas, se introdujo poco a poco en la vida civil y a finales del siglo IV se convirtió en la religión del Imperio. Esto tuvo muchas consecuencias. Pronto, el Imperio se desmoronó. Las invasiones de los pueblos eslavos arrasan lo que queda del Imperio occidental. La vida en la sociedad se hace difícil. Hombres y mujeres tras su conversión al cristianismo se retiran a la soledad, al desierto, para vivir más plenamente el mandato de Jesús.

## 2.- EL EMERGER DE LA VIDA RELIGIOSA.

El mundo medieval encierra tesoros que hoy son objeto de estudio de grandes investigadores. Nos preguntamos ¿por qué surge el movimiento monacal? Y ¿cómo explicar su dedicación al cuidado de los enfermos?. ¿Qué supuso este hecho para la Historia en relación al mundo del enfermo?.

El **monacato** no surgió con la finalidad de atender de un modo específico a los pobres y a los enfermos; pero los primitivos eremitas, no obstante sus modestas posibilidades, compartieron sus escasos bienes con los pobres y enfermos de Alejandría; y siempre con los peregrinos que se detenían junto a sus celdas. Las colonias semi-anacoréticas de Egipto, Siria y Palestina, y sobre todo, los monasterios pacomianos no tardaron en organizar una actividad social mediante la creación de hospicios para forasteros y de hospitales para los propios monjes enfermos<sup>2</sup>.

Fue San Basilio quien incorporó el monacato a la obra caritativa y social de la Iglesia, como un poderoso medio de evangelización. Creó una gran obra social<sup>3</sup> que después, en su honor y memoria, fue llamada "Basiliada"<sup>4</sup>. Era una auténtica ciudad levantada en los arrabales de su sede episcopal<sup>5</sup>, que mereció los elogios de San Gregorio Nacianceno porque su gran amigo "había imitado el comportamiento de Cristo para con los enfermos, especialmente los leprosos"<sup>6</sup>.

La práctica totalidad de los establecimientos levantados desde principios del siglo V para el cuidado de los enfermos en Constantinopla, Siria y Egipto, dependían de los monasterios de monjes y monjas. El Emperador Justiniano dio personalidad jurídica a estos hospitales y él mismo fundó algunos a los que dotó con medios abundantes, confiándolos a los monjes y monjas con la ayuda de un personal seglar contratado al efecto; y siempre bajo la atenta vigilancia de los Obispos<sup>7</sup>. Así se extendió tanto por Oriente como por Occidente y al lado del Monasterio que ocupó un lugar privile-

2 ALVAREZ GOMEZ, J., *Historia de la vida Religiosa*, I. Madrid, 1987, p. 215-218; cfr. PALADIO, *Historia lausiaca*, 7.

3 Ep. 176,653 c; Ep. 94; Ep. 150, 653 c.

4 SOZOMENO, *Historia Eclesiástica*, VI, 34; PG 67, 1397 a: "Basiliada, el famosísimo albergue de los pobres, fundado por el Bienaventurado Basilio, el cual tomó el nombre que todavía tiene hoy día".

5 GREGORIO NACIANCENO; *In laudem Basilii*; PG 36, 577; Ep. 143, 593 a, 488 b-c. "Sal un poco de la ciudad, y observa la nueva ciudad"; cfr. GIET, S., *Les idées et l'action sociale de Saint Basile*, Paris 1941, p.421, nota 2.

6 GREGORIO NACIANCENO; *In laudem Basilii*; PG 36, 580 c.

7 COD.JUST., 1, 3, 32 Y 34.

giado en la sociedad se levantan, no sólo las enfermerías monásticas, sino también los Hospitales Monásticos, tema tratado en el I, II y III Congresos Nacionales, por lo que no voy a entrar en ello.

### 3.- LAS ÓRDENES RELIGIOSAS Y SU APORTACIÓN AL CUIDADO DE LOS ENFERMOS Y AL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA: CREADORES DE ESCUELAS EN EL ARTE DE CUIDAR.

Con la decadencia de los postulados medievales surge un nuevo modo de pensar y vivir, el Renacimiento, la vuelta a las fuentes antiguas y con ello surgen las grandes reformas de pensamiento a todos los niveles tanto en la sociedad como en la Iglesia. En relación a la salud y la enfermedad Reyes y nobles comienzan a preocuparse por la atención sanitaria y se construyen numerosos Hospitales reales, municipales y gremiales; pero esta iniciativa hospitalaria pública no fue en modo alguno suficiente para atender al número de pobres y enfermos provocados por nuevas y crecientes epidemias; y sobre todo por las continuas guerras de la época.

Fue la Iglesia, a través de las nuevas Ordenes y Congregaciones Hospitalarias: Hermanos de San Juan de Dios, Ministros de los enfermos de San Camilo de Lelis; Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul y Santa Luisa de Marillac, Hermanos Obregones y otras muchas Asociaciones y Cofradías diocesanas, que dio origen a multitud de establecimientos benéficos y Hospitalarios, orientados especialmente hacia aquellos sectores de la marginación y de la enfermedad más desatendidos por los poderes públicos.

La primera institución hospitalaria psiquiátrica propiamente dicha fue creada en Valencia (España) 1409 por el Venerable Padre mercedario Fray Juan Gilabert Joffré (1363-1417)<sup>8</sup>. Además, un nuevo y amplio campo se abrió con ellas para la acción hospitalaria de la Iglesia con el descubrimiento de América, la atención a quienes sufren, a los débiles, a los enfermos, como momento fundamental y unitario de la actividad misionera... fue uno de los aspectos de la primera evangelización de la América Latina con la creación de hospitales y de estructuras sanitarias por parte, sobre todo, de las Ordenes religiosas<sup>9</sup>, los Conquistadores y Reyes.

Es sin duda este capítulo uno de los más interesantes para la enfermería, porque a partir de aquí es posible empezar a asegurar la asistencia sanitaria y de ahí que se les reconozca a estas órdenes religiosas como precursoras de la enfermería moderna. Sin embargo, investigar qué hicieron, cual fue su aportación real es un trabajo arduo, complejo y difícil de abordar. Por ello, centro mi exposición extractando algunos datos de ellas.

#### 3.1. Claves de la asistencia: caridad, responsabilidad y eficacia.

Se podrá conocer o tener más simpatía por unas o por otra, pero hoy nadie pone en duda, que estas instituciones son las que han llevado el peso de la organización de los Hospitales y la atención a los enfermos desde el Siglo XVI hasta el último tercio del siglo XX y más aún, están presentes en muchas de ellas, no sólo en España, sino en otros muchos países. Con sus hábitos y tocas blancas han sido presencia y símbolo de la caridad de la Iglesia en el mundo Sanitario. Ha sido Picasso en su cuadro emblemático "Ciencia y Caridad" quien ha dejado su impronta, documento histórico y emblema de lo que han sido las Hijas de la Caridad en la beneficencia y en los Hospitales y cómo no, el de Bartolomé Esteban Murillo de San Juan de Dios llevando a un enfermo.

---

8 TALAMANCO, I., *Vida del apostólico padre, el beato Fr. Juan Gilabert, de la real y militar Orden de la Merced. Madrid, 1735; ZAPATER Y UGEDA, J., Biografía y elogio de Fray Juan Gilabert Joffré, fundador del Hospital General de Valencia. Valencia 1883.*

9 ANGELINI, CARD. FIORENZO. *La primera evangelización en América Latina y la atención de la Iglesia al mundo de los enfermos. Cuidado del Vaticano, 1992, p. 22.*

Unas cartas o un pequeño folleto de 23 folios publicado en Pamplona en 1829 y que estaba en todas las comunidades, establecía los criterios para la organización de la asistencia en los hospitales (Vargas, P, 1996; 238), cuyos puntos centrales eran:

- A). La formación para el servicio a los pobres.
- B). La dependencia en lo espiritual de un Superior General.
- C). La forma de organización y administración central.
- D). El que el servicio a los pobres enfermos sea su carisma fundacional y que quede sellado en el cuarto voto.
- E). El que exista un método o modelo para el trabajo.

El cuidado a los Enfermos exigía administrar los escasos recursos que les facilitaba el Hospital; a veces, tuvieron que realizar otros trabajos cuando sus ocupaciones les dejaban libres y quitar momentos de descanso, para dar de comer a los enfermos. Los datos de los archivos consultados demuestran que conocían perfectamente el proceso administrativo y lo llevaron a la perfección, así como el cuidado a los enfermos, atestiguado en los primeros manuales de Enfermería.

Las Reglas particulares y avisos a las Hermanas de Hospitales recogen todo un sistema de cuidados y organización, cuyo eje central gira en torno a su misión: **“El fin para el que han sido establecidas las Hijas de la Caridad en los Hospicios y Hospitales, es para honrar en ellos a nuestro Señor Jesucristo, manantial y modelo de toda caridad, padre de los pobres enfermos, asistiéndoles corporal y espiritualmente... con dulzura, compasión, cordialidad, respeto y devoción”**<sup>10</sup>. Por tanto, el cuidado a los enfermos abarca no sólo el cuidado corporal, sino también el cuidado espiritual. Además lo harán con un espíritu evangélico, a todos los pobres que les necesiten y dispuestas a ir a todas las partes.

¿Cómo organizaron la asistencia? Un trabajo más completo publicado en un número monográfico de la Revista de Anales de la Congregación de la Misión y de las hijas de la Caridad de marzo de 1998 hace relación a todo ello, por razón del tiempo no me puedo adentrar en ello. Tan sólo haré relación a las fuentes. Tres obras históricas recientemente publicadas que aparecen en la Bibliografía dan razón tanto de los Hermanos de San Juan de Dios de Francisco Ventosa, como de las Hijas de la Caridad de Brejón de Lavergnèe dan razón de todo ello y Manuel Jesús García Martínez sobre los Hermanos Obregones<sup>11</sup>.

Los avances e investigaciones médicas requieren observación cuidadosa, vigilancia y cuidados especiales y para ello los médicos encontraron en los Religiosos unos fieles colaboradores. Si bien, a mediados del Siglo XIX en 1857 se regulan las carreras paramédicas: Practicantes y Matronas que se ocuparán de los aspectos técnicos, las Hermanas y los Religiosos se ocuparán de la organización de la asistencia y garantizarán los cuidados de las necesidades biológicas, psíquicas, sociales y espirituales.

<sup>10</sup> Reglas de las Hijas de la Caridad. San Vicente, 11 nov. 1657. Servicio a los enfermos. Sig. IX/2, pag. 915. C.e. CEME, nº 1759 y C. 10, b.

<sup>11</sup> ANALES de los P. PAÚLES e HIJAS de la CARIDAD. *Originalidad del servicio de las Hijas de la Caridad en España*. Tomo 105, 2. Monográfico, Sanidad, 1997; VENTOSA ESQUINALDO, F.: *Pensamiento de San Juan de Dios y la Orden Hospitalaria y su relación con la Enfermería: Conceptos y Valores*. Colección temas históricos. Archivo Museo San Juan de Dios. Granada, 2012; MANUEL JESÚS GARCÍA MARTÍNEZ, Manuel Jesús – *Cuidar el cuerpo y salvar las almas: la práctica de la enfermería según el modelo de la Congregación de enfermeros Obregones*. Sevilla 2007.

BREJON DE LEVERGNÉE, Mattieu , *Historia de las Hijas de la Caridad. Siglo XVII-XVIII, por claustro las calles de la ciudad*. Paris, 2011 y Ed. CEME, Santa Marta de Tormes (Salamanca) 2013.

Las fuentes para el trabajo son las propias Reglas, los escritos y correspondencia de los Fundadores<sup>12</sup>. Lo aprendido en la Escuela de los Fundadores centrará la faceta espiritual. La correspondencia de Santa Luisa además la organización y el cuidado. Esta es la relación de las fuentes más generales de las Hijas de la Caridad:

- \* Reglas de las Hijas de la Caridad.
- \* Reglas Particulares para las Hermanas empleadas en los Hospitales.
- \* Medios de que se servirán las Hijas de la Caridad para el desempeño de sus obligaciones en los Hospicios y Hospitales.
- \* Avisos para la Hermana Sirvienta (Superiora) de los Hospicios y Hospitales.

Además los Avisos para diversos oficios:

- \* Avisos para la Hermana que debe recibir y acostar a los enfermos.
- \* Avisos para las que deben servir el pan y el vino.
- \* Avisos para las que tendrán cuidado de los débiles.
- \* Avisos para la que debe cuidar de la vajilla.
- \* Avisos para las veladoras.
- \* Avisos para las que han de relevar a las veladoras cuando vayan a acostarse.
- \* Avisos para las encargadas del lavadero.
- \* Avisos para la Hermana que cuida de la ropa de los muertos.
- \* Avisos para las amortajadoras.

El trabajo está estructurado a dos niveles:

- A.- La Hermana Enfermera. Las reglas marcan como exigencia para la Hermana una atención personalizada y continua a los enfermos; una atención completa (hoy llamamos integral).
- B.- La Superiora que será la que mantenga el vínculo entre Director y Administradores y la Comunidad y cada Hermana.

Todo ello es una lección en cuanto a capacidad de trabajo, capacidad de organización y sentido del servicio a los enfermos, siempre movidas por la justicia y la caridad.

Esta forma de entender la asistencia ha estado presente durante este centenario, pues hasta 1980 se puede afirmar que los Religiosos y Religiosas han llevado el peso de la asistencia a los enfermos tanto en España como en los numerosos países en que han estado presentes y son las propias religiosas/os, quienes han conducido el paso a la enfermería profesional. En España, han sido las Siervas de María quienes consiguen el acontecimiento que hoy celebramos, el primer paso del reconocimiento Oficial de la Enfermería en España.

#### 4.- DE LA CARIDAD ASISTENCIAL A LA ENFERMERÍA PROFESIONAL.

Una Historia muy larga, pero que necesita ser investigada y contada. Precisamente este siglo que ocupa el centenario fue un siglo de una gran actividad de instituciones de la Iglesia y nuevas órdenes dedicadas a la asistencia a los enfermos y a los problemas sociales. Tan sólo unos datos.

Tras las desamortizaciones, la nueva política sanitaria de los Siglos XVIII-XIX dista mucho de cubrir toda el área de la sanidad. Los enfermos más menesterosos, los crónicos, los ancianos, los inválidos son también los más desatendidos. De ahí que la Iglesia empiece a orientar sus funciones caritativas y asistenciales hacia esos ámbitos desatendidos por el poder civil. Esta es la época en que aparecen nuevos institutos religiosos dedicados a la atención de los pobres, ancianos, minus-

---

12 Obra Completas de San Vicente de Paul (I-XIII Vol.), dirigida por el P. P. COSTE, Ed. Sígueme, Salamanca 1973 y sg.. y Santa Luisa de Marillac. Correspondencia y Escritos. Ed. CEME, 1985, Santa Marta de Tormes (Salamanca).

válidos y enfermos<sup>13</sup>. Entre las destacadas por su acción con los enfermos y marginados están:

Las **HERMANAS DE LA CARIDAD DE SANTA ANA** fundadas por M. María Rafols Bruna en 1804 en Zaragoza. Las **CARMELITAS DE LA CARIDAD**, fundadas por Joaquina de Vedruna en Vic Barcelona 1826. Las **CARMELITAS MISIONERAS TERESIANAS**, fundadas por Francisco Palau en las Islas Baleares en 1860. La **SOCIEDAD DE LOS SACERDOTES DE COTTOLENGO**, fundada por José Benito de Cottolengo, en Turín, en 1842. Las **HERMANAS DE NUESTRA SEÑORA DE LA CONSOLACION**, fundadas por María Rosa Molas en Tortosa (Tarragona) en 1857. Las **FRANCISCANAS HIJAS DE LA MISERICORDIA**, fundadas por Gabriel Mariano y Concepción Ribas de Pina en Mallorca en 1856. Las **FRANCISCANAS MISIONERAS DE LA NATIVIDAD DE NUESTRA SEÑORA**. Conocidas por las Darderas. Fundadas por Francisco Dardrer y M. Isabel Ventosa y Roig; en Barcelona en 1731. Las **SIERVAS DE MARIA MINISTRAS DE LOS ENFERMOS**. Fundadas por Santa Soledad Torres Acosta, en Madrid en 1851. Las **HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZON DE JESUS**. Fundadas por Benito Menni, en Ciempozuelos (Madrid) en 1881. Otro sin fin de Instituciones religiosas y laicas aparecen sobre todos a finales del XIX y a primeros del XX para la atención a este tipo de pobres y enfermos que quedan fuera de la atención sanitaria<sup>14</sup>. Todas han contribuido a que la enfermería tenga una identidad clara en nuestros días.

La actual acción sanitaria de las religiosas y religiosos responde a las exigencias de una profesión en una misión encomendada por la Iglesia que han de ejercer con calidad humana y competencia profesional que haga visible la “**compasión y misericordia**” de la caridad cristiana, bien en Centros Oficiales, entidades privadas o centros de la Iglesia en otros lugares y con enfermos marginales: Ancianos, SIDA, drogadictos, alcohólicos, terminales...

La presencia de la Iglesia en el mundo sanitario moderno no se deberá entender como una simple **función de suplencia** de la sociedad civil, sino referencia para la enfermería moderna si quiere integrar en sí los valores de su identidad inicial y ofrecer un cuidado de calidad donde los aspectos humanos, éticos y espirituales sean punto de referencia para la excelencia profesional.

## 5.- UN MUNDO EN CAMBIO: DE LA “ENFERMERÍA PROFESIONAL” A LA “HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA” POR LA JUSTICIA Y COMPASIÓN.

Unos datos que pueden ser el extracto y la esencia de la vida Religiosa para el hoy de la enfermería. Pretendo aproximarme con unas pinceladas a lo que ha sido la aportación y presencia de los Religiosos y de las Hijas de la Caridad a la acción Pastoral de la Iglesia en el mundo de la Salud a lo largo de estos cien años, pues ya hemos hecho referencia en los apartados anteriores a lo correspondiente a otras etapas. Nuestra presencia en el Siglo XVII en Francia como desde finales del XVIII en España es fruto de un proyecto de Iglesia y de nuestra Institución, en ayuda a los pobres y en ellos a los enfermos, que en la actualidad abarca:

1. El sentido que el mensaje cristiano da a las realidades humanas de la vida, la salud, la enfermedad, la curación, el sufrimiento, el morir y la asistencia a los enfermos.

<sup>13</sup> LANGLOIS, C., *Le Catholicisme au féminin. Les congregations françaises à supérieure générale au XIXe siècle*. Paris, 1984.; ALVAREZ GOMEZ, J., *La Revolución francesa y la vida religiosa. Verdad y vida*, 188 (1989) 435-454; ID., *Historia de la vida Religiosa*, vol. III. Madrid, 1990, p. 503-619; CHARRY, J., *Le nuove fondazioni di Congregazioni dopo la Rivoluzione Francese. “Vita Consacrata”*. 5 (1985), 600-612; RAPONIN, *Vita Religiosa e carità nei modelli storici del “800 e del 900”*. “Consagrazione e Servizio”, 7-8 (1989) 37-46; NASTORG, C., *Les religieuses dans le monde de la santé en France, au XIXe siècle*, RESSA, 320 (1988) 275-281.

<sup>14</sup> ÁLVAREZ GOMEZ, Jesús. C.M.F.: *La asistencia a los enfermos en la historia de la Iglesia. Conferencia pronunciada en el Congreso “Vade et tu fac similiter: De Hipócrates al Buen samaritano”* Organizado por el Instituto Dolentium Homine para la Pastoral de la Salud. Vaticano, Roma 1997. La primera parte de la ponencia contiene parte de ella.



2. La presencia junto a los enfermos, su familia y cuantos les asisten para significar, con palabras, gestos y hechos, que el Evangelio del amor de Dios, manifestado en Cristo, se realiza aquí y ahora y se celebra mediante la liturgia y los sacramentos de los enfermos y,
3. El ejercicio de la fraternidad cristiana, concretada en una asistencia humanizada y humanizadora y en la ayuda para esclarecer los problemas éticos que surgen en el mundo de la salud.”(Delgado, R., 1994,401)

El Vaticano II constituyó un paso en el mundo de una presencia de Iglesia cada vez más cercana a los hombres. Con ellos dialoga, avanza, y se preocupa por sus problemas (Vaticano II, 1.968). “Una Iglesia que lanza a la vida consagrada a sus raíces cristianas y la urge a servir, siempre, y “hoy” a los hombres” (P.Caritatis).

Los religiosos y de forma especial las Hijas de la Caridad tuvieron en este Concilio un testigo de excepción, Sor Susana Guillemin<sup>15</sup>. Su pensamiento ha iluminado nuestro hacer en estos años y es válido para el momento actual. Habló a obispos, religiosos, seglares y desde su experiencia abordó el tema de la acción de los religiosos en la acción sanitaria y social. Así lo expresa ella: “La Compañía, miembro de la Iglesia de Dios, está hoy más viva que nunca, pero queda todo por hacer. El trabajo que en su tiempo realizaron nuestras hermanas de las generaciones anteriores, tenemos que hacerlo nosotras hoy, siendo más necesario, más urgente todavía, por el hecho del cambio exterior que ha de recibir todo su significado de nuestra renovación interior... en particular por lo que se refiere a estos puntos esenciales:

- 1.- Tenemos que dar el testimonio cristiano en la vida y en la profesión...
- 2.- Tenemos que vivir como técnicos y profesionales cristianos en un mundo socializado”. “En el ambiente hospitalario donde se consiguen tantas victorias sobre la naturaleza y sobre la muerte, donde la inteligencia humana hace retroceder cada día los límites de lo imposible,
3. El enfermo tiene imperiosa necesidad de otra cosa. Necesita “atención”, escucha atenta. (Guillemin, S., 1969, 25-27).

Conocedora de la realidad científica y social nos pedía. “La religiosa debe actualizarse, mantenerse al día en las últimas conquistas y, sin embargo, no ceder al atractivo de la ciencia por la ciencia; sino conservar un estilo propio de aplicar la técnica, de humanizarla. En una profesional el oficio es lo privativo; en la religiosa es, o debe ser, vehículo del amor. Saber domesticar la técnica, orientándola únicamente al bien del hombre, dar en todos los actos técnicos la primacía a la comprensión, a la atención hacia la persona humana que los recibe; en una palabra, a la caridad. Porque “El enfermo tiene derecho a una atención humana en los cuidados que le son aplicados, tiene derecho a conocerlos, a medir sus consecuencias, a aceptarlos o rehusarlos.

En otro tiempo la confianza del enfermo, afectiva y espontánea podríamos decir, se depositaba en la enfermera; se basaba únicamente en razones subjetivas. Hoy esta confianza nacerá de las explicaciones que se den sobre la técnica empleada. Explicando y proponiendo, la enfermera, religiosa o no, encontrará el predominio de la persona sobre la técnica”. (o. cit. 115).

Comenzaba un camino que había que recorrer. La socialización avanzaba. La secularización exigía nuevas respuestas en la Visita a domicilio, la Sanidad, los Ancianos, los enfermos de SIDA... Porque “Del Hijo de Dios aprenden las Hijas de la Caridad que no hay miseria alguna que puedan considerar como extraña a ellas” y “Cuando sea preciso tomar opciones se dará prioridad a los “verdaderamente pobres”. (Constituciones 1.983, 10).

A M. Guillemin le “apremia” el anuncio de la ternura de Dios entre los hombres, en un mundo que cada día se configura mas como reinado de la ciencia y de la técnica. Este es uno de los mensajes que nos transmitió, así como la fidelidad a la Iglesia. Las fundaciones y el género mismo de

---

15 Sor Susana Guillemin. *Escritos y Palabras*. Ed. CEME, Santa Marta de Tormes (Salamanca) 1988

las actividades, se determinan y se ejercen de modo concertado y coordinado con todos los que viven en la Iglesia, en armonía con los planes y trabajos de conjunto, respondiendo a las urgencias apostólicas determinadas por la Jerarquía". Ya San Vicente decía que no basta con ayudar a bien morir, sino que hay que ayudar a bien vivir.

Nuestra sociedad que junto a enormes esfuerzos de salud genera insolidaridad, actitudes no sanas, no saludables, nuevas patologías, nuevos enfermos pobres, reta a la las Hijas de la Caridad y a toda la Iglesia, hoy como siempre, a estar junto a los más necesitados y desasistidos y atenderles con la misma solicitud con que El lo hizo.

Las palabras de M. Guillemin son válidas para este momento: "Seamos lúcidas para que la mengua de nuestro número disponible no nos lleve a mantener el mismo número de puestos con detrimento de la calidad". "Si fuera necesario restringir nuestros campos de acción, no dudemos en preferir la calidad a la extensión. "Normalmente en nuestra vida profesional es donde se encarna nuestra vida apostólica así como nuestra vida religiosa".

## 6.- LO QUE LOS RELIGIOSOS APORTAN HOY A LA SOCIEDAD ACTUAL.

La fuerza de la Iglesia y de la vida religiosa no reside en sí misma ni en su capacidad organizativa, sino que se esconde en las aguas profundas de Dios. Su centro es Cristo y si Dios no está en el centro de nuestras vidas la vida religiosa pierde su vitalidad. Sólo si estamos centrados en Dios podremos ir a las periferias del mundo nos ha recordado el Papa Francisco recientemente.

El religioso y los religiosos llevaron y llevan durante su vida una tarea destinada siempre a reconocerse un siervo humilde de quienes sufren. El ejemplo de un hombre de Dios no es la de un hombre cualquiera, es otra cosa, porque, quienes sufren nos aleccionan; quienes padecen llevan, en carne viva, la dignidad del hombre al que solo queda, despojado de todo, su esperanza y su fe. Son los santos, Juanes de Dios, o Luisas de Marillac que no necesitan proceso alguno para reconocerles su santidad.

Quero ofrecer aquí, en estos momentos, un recuerdo, como ofrenda y reconocimiento a tantos y tantos religiosos/as que han hecho de su vida ofrenda al Señor en los hermanos enfermos y necesitados. Y lo voy a hacer desde algunos testimonios que aparecieron no hace tanto en la prensa, para ser leídos públicamente y captados por personas de en medio de la sociedad con ocasión de la muerte por Ébola de dos Hermanos conocidos - y otros no tanto - de San Juan de Dios y de otros Institutos y recordar a los que en el servicio a enfermos, leprosos, toxicómanos, enfermos de SIDA, con el Ébola han arriesgado su vida hasta el autosacrificio, han sido ellos los que han hecho la ofrenda de su vida, siguiendo al Maestro. Su testimonio de dar la vida por aquellos enfermos a quienes atendían es la aspiración de todo religioso.

Es difícil imaginar otra forma de amor más sublime que la de morir ayudando. Esa es la vida que eligieron los misioneros que fueron a otros países y esa es la dimensión de vida que se propone todo religioso/sa.

A mediados de septiembre moría en España el sacerdote Pajares, Hermano de San Juan de Dios y recogí estos datos de la prensa, (ABC de Álvaro Martínez) en el que ponía de manifiesto la aportación de la vida religiosa en el campo de los enfermos. Decía:

"Sin salario alguno, y a menudo en el lozadal más mísero, donde nadie quiere, han elegido vivir los misioneros, alrededor de 15,000 españoles que han optado por la entrega total de su vida y obra al prójimo, a costa de zambullirse de cabeza y sin dudarle en un mar de pobreza, calamidades o enfermedades incurables o mortales, como la que se llevó al sacerdote Miguel Pajares. A cambio de nada. (Porque lo esperan todo de Dios).

Además de atender a las cuestiones del alma y a sus parroquias, la labor de los misioneros católicos alcanza a los hospitales, los ambulatorios, los orfanatos, las guarderías

y escuelas, los centros asistenciales a enfermos de sida o a toxicómanos y a todo rincón adonde anide la necesidad y a donde el más rico no tiene prácticamente nada salvo su pobreza. La Iglesia atiende a día de hoy 567 lazaretos en todo el planeta y su labor ha contribuido por tanto de manera decisiva a que en las últimas dos décadas se hayan curado veinte millones de enfermos de lepra. Veinte millones de vidas... Y ha enseñado a leer a millones de personas. Y ha instruido en un oficio a muchas más. Y ha aliviado de sus aflicciones y prestado soporte espiritual a muchísimos más. A cambio de nada.

La muerte del padre Pajares nos sirve... para levantar el merecido homenaje que la sociedad adeuda a todos aquellos religiosos (hombres y mujeres de corazón limpio) que se dejan la piel y hasta la vida en una de las más hermosas tareas que haya conocido el ser humano: dar todo a cambio de nada. Y, este ejemplo lo es por la esperanza que nos transmite, por la fe que atesora, por la caridad que manifiesta. Este ejemplo nos alegra y nos exige vivir de otro modo. Nos hace sentir todo aquello que, hace dos mil años, un artesano judío anunció al proclamar la dignidad del hombre y su libertad esencial. Nos hace pensar que ese mensaje continúa siendo una promesa viva, compasiva y exigente que renueva todos los días la promesa de nuestra salvación, porque nos lo recuerda el texto de Mateo, 15,30 "...y él los curó".

Por ello, personas como pajares y otros en la oscuridad y silencio de sus nombres nos hacen mejores porque con su coraje dignifican la condición humana. Es difícil imaginar otra forma de amor más sublime que la de morir ayudando. Estas cosas son las que miden la temperatura moral de un pueblo.

Y... tras este testimonio me siento como obligada a compartir este otro texto de la película de *Mesier Vincent* de Fellini como síntesis de lo esencial que uno vive dentro de sí y trata de expresar-lo en la vida porque es lo que nos mueve, nos sostiene y nos trasciende en conexión con el "a mi me lo hacéis" del Evangelio, lo que constantemente está articulando el Papa Francisco:

Es la escena final del filme y aparece San Vicente, sentado a la mesa con la pluma en la mano, como un anciano que redacta su testamento para las Hijas de la Caridad representadas en Juana una novicia que está ante él, le dice con voz grave y dulce a la par:

"Juana, Pronto te darás cuenta lo pesado que es llevar la caridad. Mucho más que cargar con el jarro de la sopa y con la cesta llena... Pero conservarás tu dulzura y tu sonrisa.

No consiste todo en distribuir la sopa y el pan. Eso los ricos pueden hacerlo. Tú eres la insignificante sierva de los pobres, la Hija de la Caridad siempre sonriente y de buen humor.

Ellos son tus amos, amos terriblemente susceptibles y exigentes, ya lo verás.

Por tanto, ¡Cuánto más repugnantes sean y más sucios estén, cuanto más injustos y groseros sean, tanto más deberás darles tu amor!....

Sólo por tu amor, por tu amor únicamente, te perdonarán los pobres el pan que tú les das".

Con todo ello termino, incluyendo en este homenaje a tantas religiosos/as, y enfermeros/as... sin nombres, sin historia, que a lo largo de la Historia han contribuido con lo mejor de sí, al cuidado de los enfermos y con ello al reconocimiento de la enfermería como profesión del cuidado, como vocación-misión. Gracias.

## ASPECTOS HUMANOS Y VALORES EN LA PROFESIÓN ENFERMERA

### *Human aspects and values in the nursing profession*

Dra. M<sup>a</sup> Ángeles Matesanz Santiago

Fundación Jiménez Díaz (Universidad Autónoma Madrid)

Se puede afirmar que, el descubrimiento de la vocación personal es el momento más importante de toda la existencia. Lo que eleva al hombre, lo que le da realmente una personalidad, es la conciencia de su vocación, la conciencia de su tarea concreta.

«La vocación es, así, aquella convocatoria que la persona percibe o descubre, y que le impele a buscar su plena realización humana nutriéndose de ciertos valores superiores, humanizantes, porque la persona es, precisamente, una vocación a esos valores. Y cualquier persona medianamente equilibrada y resuelta quiere, no sólo perseverar en su ser personal, sino también enriquecerse interiormente orientando su vida, en lo que tiene de *suya*, en una forma que posibilite la realización de su proyecto vital como ser humano.»<sup>1</sup>

Al elegir una profesión, elijo una regulación de mi vida futura, en adelante me confesaré como miembro de esa profesión, por haber culminado *un proyecto y en nuestro caso un gran proyecto de vida: Cuidar al Otro*. Esos Cuidados que el ser humano demande, bien sean fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, es decir, los descritos en el *paradigma holístico o total* por Betty Neuman y otras muchas autoras. De ahí la *magnitud* de los mismos en el *Cuidado al Otro*.

En nuestra vida profesional es habitual que sintamos *la llamada del otro cercano*, la que más nos mueve (nos *con-mueve*) es la que viene del grito del dolor o de la mirada que implora nuestra ayuda. El otro doliente o sufriente nos *pro-voca* (nos llama *ante o frente* a nosotros); nos *con-voca* (nos llama hasta llegar a él), instando a nuestra conversión, a verternos hacia él para socorrerlo, para liberarlo, para, al menos, sufrir con él, a su lado.

No podemos olvidar que nuestra vida profesional tiene que estar embebida por una aptitud que es decisiva para el hombre a lo largo de todo su ciclo vital, se trata del «aprendizaje continuo», porque «*estar vivo no nos basta, nos es necesario aprender a vivir y, por ello, la calidad de vida depende del nivel de aprendizaje*»<sup>2</sup>, «atrevámonos a saber», como decía Immanuel Kant. Esta tesis

---

1 Moreno Villa, M, D. *Pensamiento Contemporáneo (La Vocación)*. San Pablo, pp.1223

2 Prof. Llepès y J. Aranguren. "Fundamentos de Antropología —(La Vida Sensitiva)" pp.35

debe ser una máxima en nuestras vidas, proyectándola hacia donde va dirigida nuestra acción, ya que debemos tener siempre presente que los destinatarios de esa acción, nuestros pacientes, son sujetos y no objetos, es más, son nuestra razón de ser como profesionales.

Nuestra Profesión pertenece al ámbito de las Ciencias Aplicadas, por ello nuestro Saber tiene que llevarse a la Acción, sin olvidar que «primero hay que saber, para después hacer», y hay que «saber hacer» con excelencia, pues es una obligación nuestra, como profesionales, y un derecho de los pacientes.

Creo que, nunca mejor que en los tiempos actuales que nos ha tocado vivir, se podrá entender que, para ejercer nuestra profesión con excelencia, necesitamos a la vez que un equilibrio psico-biológico, poseer los conocimientos científicos y humanísticos precisos, dominar la técnica con destreza y comprender lo específico de cada cultura y de cada creencia.

Para conseguir este gran objetivo, tenemos que educar a nuestros profesionales con un alto nivel científico y humanista, nuestros Centros tienen que ser una **Escuela de Valores**, donde se vivan las Virtudes<sup>3</sup> que debemos fomentar, perseverar o adquirir y practicar, como por ejemplo:

**La Prudencia:** «Es prudente quien aprehende la realidad para luego, a su vez, «ordenar» el querer y el obrar. Lo esencial para ella es que este saber de la realidad sea transformado en imperativo prudente, que inmediatamente se consuma en acción»<sup>4</sup>

«*El sabio de corazón será llamado prudente*»<sup>5</sup> se lee en el libro de los Proverbios. La prudencia es la virtud que dispone la razón práctica a discernir en toda circunstancia nuestro verdadero bien y a elegir los medios rectos para realizarlo. «*El hombre cauto medita sus pasos*»<sup>6</sup>. Por la prudencia el hombre es audaz, sin insensatez; no excusa por ocultas razones de comodidad. Facilita la reflexión correcta antes de tomar la decisión acertada, pondera las consecuencias y actúa o deja de actuar después de valorar los datos reales, o verídicos. «No es prudente el que no se equivoca nunca, sino el que sabe rectificar sus errores. Es prudente porque prefiere no acertar veinte veces, antes que dejarse llevar de un cómodo abstencionismo. No obra con alocada precipitación o con absurda temeridad, pero asume el riesgo de sus decisiones, y no renuncia a conseguir el bien por miedo a no acertar»<sup>7</sup>.

«*El corazón prudente poseerá la ciencia*»<sup>8</sup>; y esa ciencia es el saber definitivo, trayendo a todas las criaturas frutos de paz y de comprensión, frutos que detectamos ya, desde la antigüedad, en la persona de Sócrates, su paz y felicidad en la pobreza más absoluta, y que mantiene hasta los últimos momentos de su peregrinar por este mundo, y en muchos otros seres humanos a lo largo de la historia.

Pero la virtud de la prudencia está considerada como la «*madre*»<sup>9</sup> y el fundamento de las restantes virtudes cardinales: justicia, fortaleza y templanza, y, en consecuencia, sólo aquel que es prudente puede ser, por añadidura, justo, fuerte y templado, virtudes, todas ellas, que se ponen de manifiesto en el discurso autobiográfico de Sócrates.

---

3 Pieper, J., Las Virtudes Fundamentales, 9ª ed. Madrid, Ed. Rialp S.A. Madrid. pp. 1

4 Ibídem. pp. 44 y 47

5 Prv XVI,21

6 Prv 14,15

7 Escrivá de Balaguer, J.M. Amigos de Dios, Ed. Rialp S.A. Madrid. pp.137

8 Prv. XVIII, 15.

9 Prudentia dicitur genitrix virtutum, 3, d. 33, 2. 5.

La primacía de la prudencia sobre las restantes virtudes indica que la realización del bien presupone el conocimiento de la realidad. Sólo aquel que sabe cómo son y se dan las cosas puede considerarse capacitado para obrar el bien. «...*La realización del bien presupone la conformidad de nuestra acción a la situación real...*»<sup>10</sup>

Vemos cómo Sócrates en su discurso nos relata su preocupación por la educación, al preguntar a Calias a quién ha pensado confiar a sus dos hijos. Observamos que el filósofo concede un valor prioritario a la formación de las personas, al conocimiento de la realidad y a la realización del bien, para intentar conseguir la mayor perfección posible. Pero, además, Sócrates se cuestiona e interpe-la acerca de su sabiduría o conocimiento, al dirigirse a sus jueces, a los que denomina «atenienses» y a quienes no concede el rango necesario para impartir la justicia: Les pone sobré aviso para no parecer presuntuoso y manifiesta «*pongo por testigo de mi sabiduría, si es que tengo alguna, sea de la clase sea, al dios que habla a través del oráculo de Delfos*»<sup>11</sup>.

Tomás de Aquino señala tres actos de este buen hábito de la inteligencia: pedir consejo, juzgar rectamente y decidir<sup>12</sup>, ya que el primer paso de la prudencia es el reconocimiento de la propia limitación, virtud de la humildad.

El sentido de la virtud de la prudencia es que el conocimiento objetivo de la realidad se torne medida del obrar; que la verdad de las cosas reales se manifieste como regla de la acción.

Es obvio resaltar que los Profesionales de la Salud y por ende, los Profesionales de Enfermería, tienen que tomar a lo largo de su vida profesional muchas decisiones que tienen que ser claras y transparentes, para ello hay que estar formados a nivel cognitivo, y llevar ese conocimiento de la verdad a la acción.

**La Justicia y La Veracidad:** «La justicia es el modo de conducta (*habitus*) según el cual un hombre, movido por una voluntad constante e inalterable, da a cada cual su derecho»<sup>13</sup>

El acto justo tiene que contemplar tres aspectos: El sentido de Alteridad, el Derecho y la Igualdad. La Alteridad significa ponerse en el lugar del otro, la ética comienza ante la **alteridad** del otro, ante el tú o ante el rostro, como gusta decir Lévinas.<sup>14</sup> No busque nadie la humanidad en el egocentrismo, en el aislacionismo, en el solipsismo, sino **la identidad a través de la alteridad**, el yo en el «yo- y- tú» (M. Buber)<sup>15</sup>

¿Será cierto que la justicia y la verdad, ha caído en desuso? Por fortuna no es así. Existen muchas personas decididas a sacrificar su honra y su fama por la verdad.

Permitirme referirme otra vez a Sócrates, el cual sostuvo que: «*es siempre mejor padecer la injusticia que cometerla: ninguna acción humana deja de producir efectos sobre el que la realiza, y para el que actúa injustamente esos efectos son más perjudiciales incluso que los que se siguen de padecer y ser víctima de la injusticia*». Los daños que recibe el que padece la injusticia pueden ser muy graves, por ejemplo, el robo, la calumnia, el ultraje, el deshonor e incluso la muerte, como en el caso de Sócrates, pero él nos dice: «*ninguno tan perjudicial como el hecho de convertirse en un hombre injusto, que es lo que le pasa al que comete la injusticia. El primero pierde los bienes que injustamente se le han negado o destruido, el segundo se pierde a sí mismo*»<sup>16</sup>.

10 Pieper, J., Las Virtudes Fundamentales, 9ª ed. Madrid, Ed. Rialp S.A. Madrid. pp. 42

11 Platón. Apología de Sócrates. Colección Austral. Ed. Espasa Calpe. S.A. Undécima edición, 2000. pp. 68.

12 Summa Theologiae, II-II, q. 47, a. 8.

13 Pieper, J., Las Virtudes Fundamentales, 9ª ed. Ed. Rialp S.A. Madrid. pp. 87

14 E. Lévinas, *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*, Sígueme, Salamanca 1977.

15 Buber M., *Yo y tú*, Caparrós. Madrid 1993.

16 Platón. Apología de Sócrates. Colección Austral. Ed. Espasa Calpe. S.A. Undécima edición, 2000. pp. 85.

Es de justicia *conmutativa* brindar a cada paciente los cuidados individualizados que demande, con un nivel científico y humano que ralle la excelencia.

La enfermera tiene que cuidar al paciente sin distinción de edad, sexo, enfermedad, raza, cultura o religión, respetando en cada uno su individualidad y sus necesidades.

Si somos veraces, seremos justos. Justicia es dar a cada uno lo suyo, y no olvidemos que nuestros pacientes, tienen derecho a una atención de calidad, así como, a un trato amable (*affabilitas*).

**La Fortaleza:** Es fuerte el que persevera en el cumplimiento de lo que entiende que debe hacer, según su conciencia; el que no mide el valor de una actividad o tarea exclusivamente por los bienes que le son remunerados, sino por el servicio que presta a los demás.

Tenemos un ejemplo de Fortaleza, en la Antigua Grecia, en la figura de Sócrates: «*Y en ese momento demostré no de palabra sino de obra que la muerte me importa un bledo, valga la expresión, pero, que, en cambio, me preocupa, y mucho, no hacer nada injusto e impío*».<sup>17</sup>

Hay que ser fuertes para seguirnos formando y aumentar nuestro nivel de conocimientos y ponerlos a disposición de los demás. Ya que lo que constituye la esencia de la fortaleza es «la entrega de sí mismo que es conforme a la razón, y con ello, a la verdadera esencia y al verdadero valor de lo real»<sup>18</sup>.

Una mención especial, para esos profesionales de enfermería que demuestran un alto nivel de fortaleza, cuando día a día arriesgan su vida por atender al ser humano que demanda sus cuidados, ya sean: pacientes contagiosos, rescates de heridos, atención a heridos en zonas de conflicto..., pues la Fortaleza, a veces, supone vulnerabilidad, aunque el fuerte, ni ama la muerte ni desprecia la vida.

**La Templanza o *temperare*:** «Hacer un todo armónico de una serie de componentes dispares Es el hábito que pone por obra y defiende la realización del orden interior del hombre»<sup>19</sup>.

Templanza es señorío. No todo lo que se puede hacer se debe hacer. Resulta más cómodo dejarse arrastrar por el “qué dirán”, por los instintos o impulsos, pero al final de ese camino te reencuentras con la tristeza, el aislamiento en la propia miseria.

Si nos dominamos, nos estaremos autodeterminando, ya que somos seres inconclusos, sin determinar y nos autorrealizamos, utilizando la razón y voluntad, de esta forma seremos libres.

La templanza no supone limitación, sino grandeza, autocontrol, tan necesario en situaciones críticas, de nuestro día a día como profesionales, y por ende en situaciones de urgencia o de conflicto.

**La Paciencia:** El que se sabe fuerte no se mueve por la prisa de cobrar el fruto de su virtud; es paciente. La fortaleza nos conduce a saborear esa virtud humana de la **paciencia**. «*Mediante la paciencia vuestra, poseeréis vuestras almas*»<sup>20</sup>. Y es esta paciencia la que nos impulsa a ser comprensivos con los demás. ¿Cuántas veces hay que ejercitarla en nuestro día a día?

**La Serenidad:** Fuertes y pacientes, serenos. Pero no con la serenidad del que compra la propia tranquilidad a costa de desinteresarse de sus semejantes, de la gran tarea que a todos nos corresponde, la de cuidar y difundir el bien.

---

17 Platón. Apología de Sócrates, Colección Austral. Ed. Espasa Calpe. S.A. Undécima edición, 2000. pp. 92.

18 Pieper, J., Las Virtudes Fundamentales, 9<sup>ª</sup> ed. Madrid, Ed. Rialp S.A., pp. 87

19 *Ibidem*. pp. 222 y 228

20 Lc. XXI, 19

Serenos, aunque sólo fuese para poder actuar con inteligencia; quien conserva la calma está en condiciones de pensar de estudiar los pros y los contras, de examinar juiciosamente los resultados de las acciones previstas, es decir, actuar con prudencia.

**La Magnanimidad:** Es la fuerza que nos dispone a salir de nosotros mismos, para prepararnos a emprender obras valiosas, en beneficio de todos.

El magnánimo dedica sin reservas sus fuerzas a lo que vale la pena; por eso es capaz de entregarse el mismo. No se conforma con dar: *se da*.

**Laboriosidad y Diligencia:** Estas dos virtudes humanas se confunden en una sola: en el empeño de sacar partido a los talentos que cada uno hemos recibido.

El que es laborioso aprovecha el tiempo, hace lo que debe y está en lo que hace, no por rutina ni por ocupar las horas, sino como fruto de una reflexión atenta y ponderada. Por eso es diligente.

Diligente viene del verbo latino *diligo*, que es amar, apreciar, escoger como fruto de una atención esmerada y cuidadosa.

No es diligente el que se precipita, sino el que trabaja con amor, primorosamente, con delicadeza...; podríamos aseverar, con muy poco margen de equívoco, que esta descripción encaja con la imagen de un profesional de Enfermería.

Ejercitando estos y otros **Valores Humanos**, el hombre se autentifica como ser social y se enriquece aún más con «el encuentro con el otro». El encuentro es una fuente de luz y de sentido, pero no es algo que el hombre pueda tener estáticamente, como un objeto, sino que lo adquiere y lo posee dinámicamente al entrar en relación creadora con otras realidades.

En el encuentro, la relación está constituida por dos libertades en ejercicio. Por eso ha podido escribirse con razón que en el encuentro «nos hacemos ser el uno al otro». Va a ser «el leitmotiv» de nuestra vida profesional debido a su gran dimensión humanista.

**Karol Wojtyła**, nos decía: «...*Es difícil formular una teoría general sobre el modo de tratar a las personas. Sin embargo, para mí, ha sido de gran ayuda el personalismo, en el que he profundizado en mis estudios filosóficos. Cada hombre es una persona individual y, por eso, yo no puedo programar a priori un tipo de relación que valga para todos, sino que cada vez, por así decir, debo volver a descubrirlo desde el principio*»

Nuestro encuentro profesional va a ser en la mayor parte de los casos, con la persona enferma, con el sufrimiento; en esa relación profesional vamos a brindar los cuidados que ese ser único e irreplicable nos demande, dando lugar a una relación que ciertamente no es recíproca, pero que, justamente por eso, convierte el servicio en una relación humana de primera categoría, porque es desinteresada, permite a quien lo ejerce, convertirse en «experto en humanidad», de ahí es fácil deducir el «**Valor Universal de los Cuidados**»

Por esto que acabamos de referir, podemos ver la importancia de que en la Escuela de Enfermería que tengo el honor de dirigir, «**Nuestra Filosofía sea Humanizar la Ciencia**», que los alumnos de Enfermería vivan este paradigma en su periodo de formación y que estén el mayor tiempo posible en contacto con los pacientes, para llegar a «saber hacer» con un nivel de excelencia.

No podemos olvidar que nuestra profesión se mueve entre dos polos opuestos, las oposiciones binarias descritas por Lévi-Strauss en «Mito y significado», «vida y muerte», «salud y enfermedad». El hombre siempre ha identificado enfermedad con limitación, dolor, sufrimiento. Por eso, la utopía del progreso y del desarrollo humano ha basado siempre sus esfuerzos en la creación de un paraíso de salud permanente. Sin embargo, a medida que el hombre se ha ido superando a sí mismo, ha ido comprobando la imposibilidad de su sueño vital, lo que le ha llevado a **crear** un proceso de ilusión que le permitiera evitar lo inevitable: *el dolor y la muerte*.



Y es que el hombre doliente se adentra en una «crisis veritativa» que le impulsa a buscar la verdad de su vida. En definitiva, podríamos decir con Schubert que «*el dolor agudiza la inteligencia y fortifica el alma*».

Para comprender la muerte es preciso acudir al sentido de la vida que remite al sentido de la muerte: «*La muerte forma parte de la vida de cada uno y constituye un momento personal y único. Vivir y morir forma parte de lo mismo; morir es uno de los parámetros del vivir*». (Gol, 1986)

Os animo a esforzaros, para hacer vivir a vuestros pacientes estas «experiencias vitales» de forma positiva, y compartir esas vivencias en el ejercicio de vuestra vida profesional y personal, lo que será una **auténtica escuela de aprendizaje y humanización**.

En nuestro «quehacer profesional» vamos a percibir las «historias de vida» de muchos seres humanos. La vida humana tiene un sentido narrativo, no nos viene dado por la naturaleza, es propio de la interpretación de la realidad, viene de la razón y de la libertad individual. El hombre es un ser de sentido, un ser que ha de autointerpretarse, de ahí que ninguna historia de vida sea igual a otra.

«El sentido» tiene la forma de una historia, por eso es narrativo, de ahí que Heidegger para referirse al hombre usase el sobrenombre del «contador de historias».

Contar la propia historia se puede hacer de formas distintas. Espero que cuando nuestra historia se cuente, se diga que dimos a la sociedad de nuestro tiempo los cuidados demandados, los cuidados precisos para cubrir las necesidades que emergen en esta era de la Globalización

Y recordando a Pablo de Tarso, nunca olvidéis:

**«...Aunque conociera todos los misterios y toda la ciencia;  
.../...si no tengo caridad, nada soy»**

¡Muchas gracias!

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Moreno Villa, M, *D. Pensamiento Contemporáneo (La Vocación)*. San Pablo, pp.1223.
2. Prof. Lledes y J. Aranguren. "Fundamentos de Antropología — (La Vida Sensitiva)" pp.35.
3. Pieper, J., *Las Virtudes Fundamentales*, 9ª ed. Madrid, Ed. Rialp S.A. Madrid. pp. 1
4. *Ibídem*. pp. 44 y 47.
5. Prv XVI, 21
6. Prv 14,15.
7. Escrivá de Balaguer, J.M. *Amigos de Dios*, 22ª ed. Ed. Rialp S.A. Madrid, 1996. pp.137.
8. Prv. XVIII, 15.
9. *Prudentia dicitur genitrix virtutum*, 3, d. 33, 2. 5.
10. Pieper, J., *Las Virtudes Fundamentales*, 9ª ed. Madrid, Ed. Rialp S.A. Madrid. pp. 42.
11. Platón. *Apología de Sócrates*. Colección Austral. Ed. Espasa Calpe. S.A. Undécima edición, 2000. pp. 68.
12. *Summa Theologiae*, II-II, q. 47, a. 8.
13. Pieper, J., *Las Virtudes Fundamentales*, 9ª ed. Ed. Rialp S.A. Madrid. pp. 87.
14. E. Lévinas, *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*, Sígueme, Salamanca 1977.
15. Buber M., *Yo y tú*, Caparrós. Madrid 1993.

16. Platón. Apología de Sócrates. Colección Austral. Ed. Espasa Calpe. S.A. Undécima edición, 2000. pp.85.
17. Platón. Apología de Sócrates, Colección Austral. Ed. Espasa Calpe. S.A. Undécima edición, 2000. pp. 92.
18. Pieper, J., Las Virtudes Fundamentales, 9ª ed. Madrid, Ed. Rialp S.A., pp. 87.
19. *Ibíd.* pp. 222 y 228.
20. Lc. XXI, 19.
21. Villapalos, G. López Quintás, A. El Libro de Valores. Ed. Planeta S.A., 2005



# ASPECTOS FILOSÓFICOS Y ÉTICOS DE LA PROFESIÓN ENFERMERA

## *Philosophical and ethical aspects of nursing profession*

Montserrat Teixidor<sup>1</sup> FAAN

Enfermera, Decana del Consejo de Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Catalunya

A Maria Luz Fernández porque hace realidad en su práctica la  
humanización de la enseñanza y del cuidado.

“La revolución del amor comienza con una sonrisa. Sonríe cinco veces al día a quien en realidad no quisieras sonreír. Debes hacerlo por la paz de todos”. Madre Teresa de Calcuta

La ética, es la reflexión valorativa sobre el actuar del ser humano, se desprende de una concepción antropológica, de una manera de entender al ser humano, de una filosofía.

El objetivo de todas las filosofías ha sido enseñar a vivir a los seres humanos. Por esto toda filosofía conlleva una ética. Bandman y Bandman (1990) indican que una ética del cuidado gana atractivo fijándose en varias fuentes filosóficas.

Todos los que trabajan con seres humanos tiene implícita o explícitamente una idea del ser humano. Un maestro no puede educar si no tiene una concepción de qué es un ser humano, un modelo deseable del mismo; de la misma manera, una enfermera no puede cuidar a una persona o a un grupo si no tiene un referente de persona o de comunidad en salud. Esta idea de ser humano no es solamente un conocimiento del mismo en sus aspectos biológicos o físicos se trata también de una idea sobre sus aspectos constitutivos, ontológicos, en definitiva *metafísicos*. Por lo tanto estamos hablando de una concepción filosófica, de una sabiduría sobre el hombre y su existencia, una interrogación sobre su capacidad de conocer, su existencia, su libertad, su trascendencia... Las diversas respuestas a esta indagación filosófica tienen como consecuencia la determinación de puntos de partida - y de llegada – para la práctica y el sentido ético de los mismos, la corrección o incorrección de los medios puestos en juego.

---

<sup>1</sup> Enfermera de Santa Madrona, licenciada en Antropología Social y Cultural, Máster en Dirección por la UB.

En el caso concreto de los cuidados de enfermería, la filosofía es importante para el cuidado porque de cada concepción filosófica se deriva un modelo de ser humano. También es cierto que la aportación de enfermería, al ser el cuidado del ser humano, también es importante para la filosofía pues su mundo, al estar constituido por personas y consecuentemente de un conocimiento de la condición humana en diferentes situaciones puede y debe aportar a la filosofía con su experiencia, vivencias, una conexión con la realidad de los hechos al lado de las personas haciendo posible una profundización que no olvide la realidad de la cotidianidad del ser humano en diferentes dimensiones y facetas. Por ello es importante un conocimiento y un mayor diálogo entre ambas disciplinas, pues ambas buscan el bien de la persona y su pleno desarrollo, para una mayor capacidad transformadora y así poder desarrollar una praxis más afín a la realidad, una mayor capacidad crítica frente a malas prácticas y una mejor respuesta a las situaciones de vulnerabilidad y a la dignidad de las personas<sup>2</sup>.

En este sentido me parece ilustrativo el trabajo realizado por Magdalena Leininger (s XX) que ahonda en las bases de la antropología cultural para profundizar en los cuidados transculturales al lado de las personas.

La filosofía nace en el ágora ateniense, cuando Sócrates empieza a dialogar con sus contemporáneos acerca de la virtud, la felicidad y la inmortalidad. Sócrates (s. IV a C) complementa su célebre "conócete a ti mismo" con la "*epimeleia heautou*" (Cuidado de sí mismo), conceptos ambos que se sintetizan en la "*areté*" (virtud) platónica y la "*virtus*" romana (virtud). Esta noción tiene profundas resonancias antropológicas y éticas y una dimensión inequívocamente humanista. En efecto, la existencia humana es un esfuerzo de conocimiento y de cuidado y comporta un trabajo personal pues la *virtud* no se da espontáneamente y necesita ser cuidada. Sócrates, no en vano hijo de una partera, propugna la necesidad ética del cuidado no sólo para alcanzar la virtud, sino también para mantenerse en ella.

De aquí se desprende para la profesión enfermera un elemento importante cual es el valor del autoconocimiento, el autocuidado y desarrollo personal como condición para cuidar a los demás. Como dijo Ricoeur (s XX) en su *pequeña ética* se trata de un triple cuidado, "el cuidado de uno mismo, el cuidado del otro y el cuidado de los otros; cada forma de cuidado está inspirada en un valor la autoestima, la disponibilidad y la justicia.

Ayudar a la persona que vive una situación de salud implica cuidarla lo cual requiere en primer lugar cuidarse a uno mismo, y esto implica el autoconocimiento, el propio desarrollo y actualización. Requiere la reflexión de nuestra posición como persona y enfermera en relación al otro y a los otros, se trata de pensar en nuestras actitudes y valores, en nuestros límites, en otros términos no puede cuidar, humanizar, quien antes no ha realizado sobre sí mismo, en su interior, todo un proceso de humanización. Este trabajo nos ha de permitir indagar en nuestro inconsciente, conocer nuestros sentimientos y manejar nuestras emociones. Se trata también de un respeto por el propio organismo, sus ritmos y creer que la persona tiene un inmenso poder de vida, grandes recursos en sí misma que le permiten una vida llena de armonía. Sólo desde esta reflexión podemos encontrar nuestros recursos, nuestra propia humanidad, nuestro lugar en relación a los otros y ayudar a la persona que sufre en su momento existencial. Tener cuidado de uno mismo permite ofrecer al otro nuestra competencia, serenidad y equilibrio.

El autocuidado implica una reflexión (autoscopia) sobre nuestra actitud hacia nosotros mismos; también sobre la manera en que yo estoy presente en los demás con mi humanidad y también preguntarnos si tenemos suficiente cuidado para poder ofrecer nuestra presencia a la persona atendida y a los colegas.

---

<sup>2</sup> Como persona incluimos también además de los usuarios a los profesionales de la salud.

Esto requiere seguir el consejo de Sócrates “*l’epimeleia tès psychès*” (los cuidados del alma), de reconocer que nuestra existencia no se autorregula instintivamente. La bondad, la sensibilidad, la voluntad no surgen de la nada en nuestra existencia, muchas veces el desanimo, la envidia, el orgullo, la desilusión se instala en nuestras vidas si no vigilamos, si no pensamos, si no nos cuidamos.

No podemos hablar de compromiso, ética, humanización, sin solidaridad, sin cooperación, sin una verdadera voluntad de diálogo entre los equipos, gestores e instituciones.

Nos encontramos en un momento en el cual hay mucha presión asistencial, desanimo, incluso, hay momentos en que parece que todo aquello por lo cual luchamos se está rompiendo y esto provoca que nos centremos en nosotros mismos. Esto se puede cambiar si tenemos muy presente que virtudes queremos desarrollar para poder irradiar con nuestra presencia, bienestar a los pacientes y compañeros. Necesitamos enfermeras esperanzadas, con sensibilidad que actúen y generen movimientos y realidades. Sólo desde esta posición podremos coparticipar en su mundo. Abrirse en su mundo requiere centrarse en el otro con solicitud, interesarse por sus cosas, por su familia y personas significativas, estar atento a lo que viven. Imaginaros una enfermera sobrepasada por el trabajo y que se encuentra en un momento en el que se siente frágil... Los compañeros se preocupan por ella, la ayudan para que pueda centrarse en los enfermos que aquel día requieren un sobreesfuerzo. Este preocuparse por los demás, ese sentimiento profundo que desvela buena energía y autoestima se llama cuidado. Todo el mundo se siente importante para los demás, permite recuperar y crear espacios para la convicción, la esperanza y conseguir como propone Aristóteles la “*eudaimonia*” (existencia plena).

Aristóteles<sup>3</sup> (s IV a C), tal como afirma en la *Ética* a Nicómaco busca a través de la ética el logro de la suprema virtud, la “*eudaimonia*” (felicidad, existencia plena). Felicidad que en el pensamiento clásico se alcanza mediante la acción y no sólo la contemplación. La virtud se alcanza mediante un compromiso consigo mismo y con la “*polis*” (la ciudad) —la comunidad de iguales diríamos hoy— la filosofía socrático-platónica y aristotélica nos remite al trabajo, a las condiciones para actuar.

Esta existencia plena requiere entender el valor del cuidado como Horacio (65-8 a.C) que observó que el cuidado es el permanente compañero del ser humano. La reflexión contemporánea ha rescatado la importancia de los sentimientos, de la empatía, de la compasión, de la escucha y del cuidado, porque basándose en investigaciones empíricas sobre el cerebro ha mostrado lo que Aristóteles<sup>4</sup>, Platón, (424-347 a. c.) Heidegger<sup>5</sup> (1889-1996), David Hume<sup>6</sup> (s XVIII) Tomás de Aquino<sup>7</sup> (s XIII) nos enseñaron.

Este es un planteamiento que tiene precursores en la tradición helénica, tal vez el más notable Hesíodo (s VII a C.) que en su “*Teogonía*” (genealogía de los dioses) muestra el elenco olímpico con atributos radicalmente humanos, fortalezas, debilidades, pasiones, anhelos, dichas y desdichas. Al igual, en *los trabajos y los días*, realiza la dimensión antropocéntrica, especialmente con el mito de Prometeo que roba el fuego a los dioses para entregarlo a los hombres y haciendo así posible la industria. Prometeo fue castigado por ello y la humanidad también a través de Pandora, portadora de

3 Su perspectiva ética es teleológica está centrada en los fines. Lo que se observa en su pensamiento es un intento de conectar los sentimientos con la reflexión a través de la noción de justo medio.

4 Virtudes naturales, como la sabiduría, la prudencia y la templanza. La adquisición de un carácter moral bueno y su interés en la contribución de las emociones en la vida moral.

5 El desarrollo de una historia del ser.

6 Ética basada en las necesidades y las preferencias de las personas, y en evitar sus manías y aversiones.

7 El altruismo o la ética basada en el amor.

todas las desgracias, sufrimientos y dolor, sólo como concesión piadosa final, con Pandora, los dioses instituyen la *esperanza*. El humanismo y su ética tienen pues carta de naturaleza griega y aflora en los periodos mítico y filosófico a las orillas del Egeo. Es importante considerar, también que el desarrollo de las filosofías greco-latinas, bajo forma de neoplatonismos, estoicismo, epicureísmo... se imbrica en el cristianismo incipiente proporcionándole bases filosóficas que unidas a los textos del Antiguo Testamento generan una visión teocéntrica con gérmenes de valores humanistas que resurgirán alrededor del siglo XV en la Europa occidental de la mano de filósofos, filólogos y artistas como Erasmo de Rotterdam (s XV) Nicolás Machiavelli (s XV –XVI) Dante Alighieri (s XIII –XIV), Giovanni Pico de la Mirandola (s XV) y en especial para el asunto que tratamos, Martín Lutero (s XV –XVI). Lutero impulsó la Reforma, relectura de las Escrituras y revisión de la ética cristiana. En relación con el trabajo, Calvino (s XVI) instituye las bases de la ética protestante, la salvación (la virtud) se alcanza respondiendo al “*calling*” (llamada) vocación instituida por Dios. Las obras son la justificación de la respuesta a esa llamada. El protestantismo y en especial el calvinismo, instituyen una ética del trabajo que Max Weber<sup>8</sup>(s XIX) situará en el origen del espíritu capitalista.

A lo largo de los años cuarenta y cincuenta, la enfermería conservaba en los Estados Unidos un sentido de “llamada” (vocaciones), dotado de un tinte religioso. Desde entonces, con su profesionalización, empezó a decaer esta expresión pública de la enfermería como una llamada o vocación. La enfermería europea y la de nuestro país, estuvo sumida en un espíritu de pensamiento y de razonamiento religioso, i dentro del universo de la “vocación” durante un plazo más prolongado que en la perspectiva americana. Fowler (1984).

Si bien es cierto que el trabajo de enfermería puede ser el resultado de una vocación, la vocación no puede, ni debe, incluso en el sentido más radicalmente calvinista, estar reñida con la profesionalidad y es en esta profesionalidad donde se expresa con competencia, responsabilidad y sensibilidad la ética del cuidado.

Las éticas autónomas fueron puestas a punto por filósofos y teólogos racionalistas, Descartes (s XVI), Espinoza (s XVII), Leibniz (s XVII), que trataron de profundizar en la razón divina para explicar la realidad. Sin duda, el planteamiento cartesiano que está en la raíz de los abordajes científicos, propició el desarrollo de las ciencias sociales e influyó en la forma de pensar la enfermería como ciencia.

No se puede dejar de lado el estudio de las causas (empirismo-positivismo...) en enfermería nos interesan indefectiblemente las razones y los significados. De ahí que en mi opinión toda ética del cuidado, ha de interrogarse por los “porqué” así como ha de desentrañar los significados, a veces explícitos, a veces ocultos de las narrativas de los pacientes en la tradición fenomenológica y hermenéutica.

La hermenéutica es la ciencia y el arte de la comprensión de la realidad, es el método de la ética ya que su objetivo es tomar decisiones responsables frente al ser. Scheleiermacher (s XVIII) fue su iniciador, Gadamer (s XX) es quien supo recuperar para la hermenéutica toda la doctrina aristotélica del juicio, práctico, la deliberación y la prudencia. Edmund Husserl (s XIX) es el fundador de la fenomenología; Ricoeur (s XX) dentro de esta tradición supo aunar narratividad y hermenéutica. Para Ricoeur la identidad personal no puede ser comprendida más que como narrativa y esto es así porque el ser humano es único e irreplicable y cada momento al lado de él es una revelación.

La filosofía clásica hasta la contemporánea ha evolucionado de lo abstracto a la búsqueda de lo concreto. Una ética del cuidado requiere evolucionar en este mismo sentido, dando valor a la persona como sujeto y actuando desde el compromiso y la alianza con esa persona. Entendiendo

---

8 Para él elegir una profesión “beruf” es una opción de valor, es la “antwort” (respuesta) a la llamada.

la importancia de las relaciones recíprocas, de los valores, sentimientos y creencias. Aspectos subjetivos importantes y necesarios para la comprensión e interpretación de los fenómenos como únicos e irrepetibles.

## EL PANORAMA CONTENPORÁNEO

Diego Gracia (2004) expone que a comienzos del siglo XX se distinguieron dos tipos ideales de ética opuestos entre sí, denominados "*Gesinnungsethik*" (ética de la convicción) y "*Machtethik*" (ética del poder) o también "*Erfolgesethik*" (ética del éxito). El primero identifica la vida moral con la aplicación directa de principios y reglas a situaciones específicas, sin considerar las circunstancias y las consecuencias, en tanto que el segundo sólo busca la obtención de los mejores resultados y consecuencias posibles, sin atenerse a principio alguno, lo que en el caso de la actividad política viene a identificarse con el ejercicio del poder por el poder. Max Weber propuso como alternativa a estos dos modelos extremos un tercero intermedio, que tuviera en cuenta al mismo tiempo las convicciones, y sus consecuencias, con el fin de alcanzar decisiones razonables, ponderadas, prudentes o sabias que denominó "*Verantwortunsethik*" (ética de la responsabilidad). La ética

de la responsabilidad<sup>9</sup> asume el respeto hacia todos los seres humanos como un absoluto, en el sentido de que todos tienen derecho a participar en un proceso libre y equitativo de deliberación.

Diego Gracia, apunta que la ética tradicional del cuidado estaba basada en un conjunto de virtudes reales o imaginarias, como la sumisión, la fe, la esperanza, el amor y sobre todo la confianza y la autoridad. De los cuidadores se esperaba buenos sentimientos, pero no excesiva inteligencia. La ética basada en la sumisión y la obediencia es la antítesis de una ética de la responsabilidad. Reduce la autonomía y promueve la heteronomía. La tesis de Noddings es que "la insistencia frecuente en la obediencia a las reglas y la observancia de los ritos contribuye al deterioro del genuino cuidado". En una ética del cuidado genuino, continúa, "debo estar abierto a las orientaciones y a la corrección, pero yo soy y permanezco responsable".

La descripción que hace Noddings de la ética de la obediencia y la convicción frente a la ética de la responsabilidad es aplicable a las teorías clásicas sobre la ética femenina, la ética de la virtud y la ética del cuidado.

En el caso de Florence Nightingale, la fundadora de un nuevo estilo de la enfermería, las denominó "nurses" (enfermeras), en lugar de (hermanas) o (madres). Nightingale se alineó con las tesis defendidas por el movimiento neohipocrático de mediados del siglo XIX, para ella era muy importante el principio de "no dañar" (principio de no maleficencia) y la actitud moral en la que insistir "la responsabilidad". Ella pensaba que esto del "envenenamiento" o el "daño" de los pacientes, en lugar de su "cuidado" o la "atención", era un problema ético. Florence Nightingale (1969). La ética de la pura obediencia y la sumisión ha sido la clásica de la enfermería antes y después de Nightingale. En las últimas décadas, los estudios sobre la ética de género y la nueva ética de la enfermería han introducido un estilo distinto de pensar en ética, directamente relacionado con el

---

<sup>9</sup> Una objeción clásica a las éticas de la responsabilidad es su carácter relativista ya que no consideran los principios deontológicos como absolutos y sin excepciones. Todas las éticas de la responsabilidad afirman algo como absoluto. En muchos casos este algo absoluto es una propiedad ontológica, como en Heidegger. (la responsabilidad hacia el Ser o el cuidado por el Ser), en Sartre (el ser humano como un "en-sí responsable de su "para-sí), Levinas (la responsabilidad hacia el Otro., En ciertos casos, el absoluto es un procedimiento, como en Habermas (el principio de universalización, que obliga a todos los afectados por la norma a asumir las perspectivas de todos los demás en el balance de intereses), en Rawls (el acuerdo asumido por todos desde la "posición original") en Appel (la comunidad ideal de comunicación).



concepto de responsabilidad y "sólo a través de la responsabilidad se puede formular una nueva ética de los cuidados". Gilligan (1982).

Marsha Fowler y Verena Tschudin (2009) aportan que la ética en la enfermería adoptó en los Estados Unidos una ética de la virtud antes que una ética del deber. La idea era que si una enfermera era virtuosa y de buena voluntad desde el punto de vista moral siempre haría lo correcto. El paso a una ética del deber no tuvo lugar hasta que enfermería abandonó las escuelas ubicadas en el interior de los hospitales y se incorporó a las facultades, las universidades. Los textos morales de enfermería reflejaron, directa e indirectamente, la irrupción de las mujeres como miembros de pleno derecho en el mundo de las profesiones y en la sociedad, lo mismo que la aparición de la enfermería como una profesión científica en pugna por alcanzar su reconocimiento público.

A través de los códigos de ética se puede observar que además de dotar a las enfermeras de unas directrices morales, dan testimonio de la evolución de la profesión a lo largo de los años y de la reflexión moral de las enfermeras y de sus responsabilidades "incorporando otros planteamientos éticos aparte del principalísimo ético". Fowler (2001) que dominaba en el campo de la bioética. La respuesta a la demanda de una ética de prácticas profesionales guiada por una ética social propició que sociedades científicas y colegiales elaboraran e difundieran los códigos de ética. En Catalunya el año 2013 el Consejo de Colegios de Enfermeras y enfermeros de Catalunya editó su nuevo código de ética en el cual tuvieron opción a participar todos los profesionales de Catalunya.

## **SOBRE ALGUNAS TEORÍA DE LA ÉTICA<sup>10</sup>**

La ética basada en los principios

Louise de Raeve (2009), considera importante partir del planteamiento basado en los principios ya que esta es la perspectiva teórica que goza de una mayor difusión en la ética de la asistencia sanitaria, y aunque el enfoque de la virtud tiene una historia más prolongada, su reaparición en la ética de la asistencia sanitaria parece responder a las insuficiencias percibidas en el enfoque orientado según los principios. La ética del cuidado posee profundas conexiones con esta última y la ética feminista que es la más próxima a nosotros.

Tom Beauchamp y James Childress (2001) proponen cuatro principios como guía de la deliberación ética en la asistencia sanitaria. En este enfoque se identifican cuatro niveles de reflexión sobre los asuntos morales.

El primero atañe a los juicios morales particulares, como la decisión de decirle a un paciente la verdad u ocultársela. En el segundo se plantean 4 reglas morales: la regla de la veracidad; la regla de la intimidad; la regla de la confidencialidad. El nivel tres es en el que aparecen los cuatro principios morales:

1. Principio del respeto a la autonomía que incluye la obligación de "reconocer el derecho de una persona a tener una opinión, a realizar una elección y a emprender una acción basándose en sus valores y sus creencias personales." (2001: p. 63).
2. Principio de no maleficencia que tiene que ver con la obligación de no hacer daño a los demás.
3. Principio de beneficencia que señala la obligación de actuar de aquel modo que favorezca el bienestar de los demás.

---

<sup>10</sup> Dos condiciones de aceptabilidad se le imponen a cualquier planteamiento de la ética en enfermería: El planteamiento ha de reconocer la compleja naturaleza de los juicios morales. Cualquiera de estos planteamientos debe ser compatible con las exigencias del ejercicio profesional.

4. Principio de justicia que se refiere a la obligación de tratar imparcialmente a los demás.

El nivel cuatro se refiere a las teorías morales como el utilitarismo, la deontología, la ética de la virtud etc.

Siguiendo a Edwards (1996), en enfermería los planteamientos basados en los principios de la ética han sido objeto de considerables críticas, exponiendo algunas y a la vez respondiendo a ellas. La primera crítica dice que es un enfoque de la ética que puede sonar extraordinariamente cruel al aceptar, por su posición basada en principios con ponderación de la autonomía, la necesidad de respetar deseos como el respetar a una persona que expresa su propósito de acabar con su propia vida sin ninguna razón aparente. En segundo lugar, este planteamiento parece dar por sentado que los pacientes saben inequívocamente lo que quieren. Otra de las críticas, porque omite el cuidado y los sentimientos que son aspectos decisivos de la moralidad.

Edwards, (1996) en su defensa del rescate de los principios sostiene que el principio de autonomía debería llevarse a la práctica de un modo impregnado por el cuidado. Por tanto, si un paciente toma una decisión claramente contraria a sus intereses, habría que brindarle la oportunidad correspondiente de explicar las razones en las que descansa su decisión. La segunda objeción pone de relieve que es moralmente discutible dar por sentado que las personas no dicen lo que quieren decir. Si hay buenos motivos para suponer que una persona es mentalmente competente, sus deseos deberían ser respetados. Frente a la última de las críticas considera que las respuestas morales a los demás nacen de la sensibilidad moral, que es irremplazable del cuidado.

Samantha Mei-Che Pang (2009), aporta a esta reflexión que "el seguimiento de los métodos propios de la argumentación ética por principios no puede garantizar unas respuestas adecuadas desde el punto de vista moral al enfrentarse a las difíciles circunstancias de la atención con las que tropiezan las enfermeras en el ejercicio diario. Desde una perspectiva basada en el cuidado vemos que los pensadores que confían en los principios no captan plenamente la esencia moral del encuentro clínico tal como Beauchamp y Walter observaron".

En el mismo sentido que los partidarios de un ejercicio basado en la evidencia, los éticos según principios mantienen una sensación de optimismo acerca de que la argumentación ética sistemática basada en la racionalidad nos ayudará a alcanzar un proceder justificado que resuelva con certeza moral aquellas situaciones difíciles desde el punto de vista ético. En la mayoría de narraciones de las enfermeras sobre su experiencia moral en las situaciones de su ejercicio revela que la mayoría de ellas emanan de las críticas dirigidas a la insistencia en el pensamiento basado en principios por su insuficiencia para resolver los problemas éticos planteados en las circunstancias de la práctica clínica (Parker, 1990; Sodrberg, 1993; Viens, 1995.) en Samantha Mei-Che Pang. (2009).

Jean Watson (1985) reacciona contra la ética basada en principios señalando que la enfermería y el cuidado no tienen interés primordial por los principios y por las leyes éticas que indican la corrección o no de un acto. El cuidado, como ideal moral, entraña la adopción de un compromiso con la protección y la promoción de la dignidad humana y con la preservación de la humanidad. Una ética del cuidado moral y la curación necesita una ética en enfermería que favorezca el pensamiento subjetivo, y no los principios objetivos.

Veatch (1998) aporta "que un enfoque para solucionar la competencia entre puntos de vista pasa por la construcción del consenso". En cualquier caso la ética basada en los principios nunca debería utilizarse como un sustituto del criterio que parte de un agente moral.

El pensamiento basado en principios exige a las enfermeras escudriñar sus propios juicios, actitudes y acciones a la luz de su repercusión sobre la autonomía y los valores de los demás.

En mi criterio este debate implica garantizar prácticas, sinceras, prudentes i deliberativas, donde cada persona encuentre su lugar y asuma su responsabilidad. Se trata también de avanzar en

una reflexión profunda sobre que entendemos por persona, salud, autonomía incorporando a la reflexión sobre los principios “la vulnerabilidad” muy presente en todos los seres humanos y que en las situaciones de pérdida de salud se encuentra muy exacerbada. Eso requiere de los profesionales ir más allá de las rutinas del automatismo de los instrumentos y los gestos e incluso las actitudes, incorporando una gran sensibilidad y autenticidad en los encuentros, evaluando cada situación como única más allá de los principios y protocolos para una correcta interpretación y comprensión compartida. Esto conlleva una verdadera escucha y diálogo y dar tiempo a los que sufren y a los que escuchan, e incorporar verdaderamente la voz de la persona y su familia para que el principio de autonomía incorpore y reconozca la importancia de la vulnerabilidad y que no sea un acto frío e insensible.

Además, para que la ética se exprese también, en la práctica cotidiana es importante avanzar en la humanización del cuidado y de la asistencia reconociendo en cada situación la singularidad de la persona, entiendo que “humanizar es organizar nuestros actos en sintonía con los valores y expectativas de los destinatarios de nuestra actuación, des de la competencia y con el respeto escrupuloso por los derechos humanos”. Teixidor (2008).

No hay ninguna duda que este cambio obliga a una reformulación y puesta al día de los ritos y formas de intercambio entre los profesionales y los usuarios. Se trata de superar los viejos mecanismos de poder basados en la sumisión y la dependencia respecto al experto, para situarse en el plano de la alianza y la cooperación, cooperación respetuosa donde ambos en están a la misma altura, tienen el mismo valor (que no quiere decir los mismos valores), por el solo hecho de ser humanos. Desde esta perspectiva respetarla implica, acompañarla reconociendo sus valores, dando paso a las emociones sentimientos y a su palabra, dejando deslizar el conocimiento, y los diferentes caminos que puede elegir, clarificando, con disponibilidad y humildad, para que pueda apoderarse y pueda decidir. En ningún caso hemos de reducir a la persona en receptáculo, ni como poseedor de un órgano estropeado, también es importante que no confundamos nuestros deseos con los suyos interviniendo en nombre de su propio bien, ni que seamos absolutistas pensando en nuestros valores, incluso si estos son humanistas como calores absolutos. Sólo se privilegiará nuestra decisión si así la persona lo quiere, lo decide o nos lo pide. Conviene recordar en este punto a personas que bajo el imperativo de la confianza o en el marco de un paradigma mas maternal cuando nos dicen “dime que harías si te encontraras en mi situación porque yo así lo hare”. Tampoco parece una actitud inspirada por un humanista cuando cuestionamos a un compañero o a un paciente porque su creencias religiosas o en nombre de la ciencia lo llevan a elegir contrariamente a lo que nosotros haríamos, o el exclusivismo que nos lleva a desestimar las propuestas alternativas que nos hacen los compañeros porque las consideramos muy lejanas de nuestras propuestas que son únicas para conseguir la humanización. También nos podemos encontrar en algunas situaciones donde las personas, más positivistas, consideran que dar un espacio a las dimensiones de orden inferior como la afectividad y las emociones es inhumano frente al poder humanizador de la razón. Teixidor (2008-2013).

## LA ÉTICA DE LA VIRTUD

Aristóteles el filósofo griego fue el iniciador de una visión profunda de las virtudes capaz de aportar una perspectiva moral original y ha tenido una indudable influencia sobre la teología católica y en la filosofía moral occidental de todas las épocas y de lo que se denomina una ética de la virtud. Autores de la virtud contemporáneos, llamados neo aristotélicos, como MacIntyre (1975; 1985) y Martha Nussbaum (1992: 1993) se inspiran, sin compartir, necesariamente, todos sus planteamientos, en el pensamiento Aristotélico.

A partir de Louise de Ravee (2009), MacIntyre manifiesta su preocupación de que una postura basada en la virtud depende de la llegada a un acuerdo social suficiente acerca de lo que constituye, en el caso de la asistencia sanitaria, un médico o una enfermera buenos. Esta también preocupado ante el hecho que en la asistencia sanitaria puedan darse unas diferencias tales entre los valores de los pacientes y los que sostengan a los profesionales sanitarios que hagan imposible cualquier acción virtuosa de estos profesionales aunque lo intenten con total sinceridad. Si no se admite esto abiertamente, parece fácil que cualquier intento de resolver la situación acabe basándose en un abuso de poder.

Nussbaum (1992) en Ravee (2009), mantiene, que pese a la diversidad cultural, existe un apoyo universal a la manera de entender la vida buena, la prosperidad humana (la *eudaimonia* aristotélica), y que esto permite distinguir entre las concepciones en conflicto. A este respecto, es una realista moral en vez de una relativista, y cree que la moralidad está fundada en algo compartido por todos los seres humanos, que aporta cierta objetividad al debate moral, incluso aunque no sea la objetividad científica de los hechos que puede comprobarse mediante la observación del mundo en la práctica.

Louise Raeve (2009) apunta que "existen controversias sobre si la ética de la virtud es una teoría. Autores como White (1991) afirman: "No podemos tener una "teoría" de la virtud porque la virtud es algo que nunca puede volverse una rutina. Por tanto, cualquier intento de descubrir la virtud mediante el análisis de los principios encarnados en las vidas de los individuos virtuosos reducirá el valor que tiene el conjunto, ya que una vida virtuosa es única e irrepetible" (White, 1991)(...) Así pues el estudio de la moralidad debería abordar las propias historias vitales de los individuos paradigmáticos"<sup>11</sup>.

Probablemente Nussbaum y MacIntyre no estarían totalmente de acuerdo con la posición de White. Nussbaum (1993) "destaca la importancia de la idea del progreso moral que llevaría a la especificación correcta más completa de una virtud", proceso que, como Aristóteles, cree que puede alcanzarse a través de un examen atento de los problemas humanos, las decisiones y el debate racional. Esto no parece ser una postura totalmente a teórica y, en efecto, más adelante apuesta a favor de la teoría de la virtud al decir: "las virtudes Aristotélicas entrañan un delicado equilibrio entre las reglas generales y una aguda conciencia de los casos particulares, en cuyo proceso, tal como subraya Aristóteles, la percepción de lo particular es lo que tiene prioridad. Esto es así en el sentido de que una buena regla es un compendio de toda una serie de decisiones particulares sensatas, y no un tribunal de última instancia". En Ravee (2009).

Esta postura parece implicar en que aquella medida en que la perspectiva de la virtud exija atender a las reglas generales, puede decirse que es teórica. Sin embargo, en la medida en que la singularidad de las situaciones particulares siempre pesa aún más sigue siendo básicamente a-teórica.

En cualquier caso dar respuesta a la singularidad de la persona, requiere que el cuidado esté basado en valores humanistas, competencia clínica, y con actitudes de cuidar basadas en la relación enfermera paciente. Se trata de encontrar respuestas inteligentes con la persona, adaptadas a su situación, a su momento existencial, lo cual no excluye tener en cuenta principios morales teóricos pero siempre actuando con autenticidad, sensibilidad, espíritu crítico i pensamiento reflexivo.

---

11 Partiendo de esta actitud, White (1991) pasa a exaltar la importancia de las parábolas y también a las representaciones literarias y dramáticas de la virtud" como el único modo en que puede impartirse su aprendizaje.

En la ética de la virtud nos plantea. Raeve (2009) ¿Qué es una buena enfermera?, y si el cuidado es una virtud. (Davis.,Fowler (2009).

Raeve (2009) se interroga sobre " ¿Quién es una enfermera buena?. De ahí se vislumbra la posibilidad de examinar la vida de enfermeras paradigmáticas como Florence Nightingale entre otras, y de describir las virtudes clave de esta profesión y analizarlas tal como propone MacIntyre (1975) que señala que prácticas como la enfermería conllevan valores y unas virtudes que son únicas. Éste filósofo apunta que algunas virtudes predominan durante ciertos periodos de la historia y después decaen, asimismo también las hay que pueden darse en una cultura y no en otra. A pesar de todo mantiene que determinadas virtudes estarían presentes en todas las culturas, y las denomina "virtudes centrales invariantes". Se trata de la justicia, el coraje y la sinceridad".

Según G.C. Field (1996) cualquier concepción aristotélica de la educación moral está basada en la idea de que "desde el principio realmente hay ahí una especie de impulso subyacente hacia el bien, porque en alguna medida sentimos un placer "natural "con las acciones buenas.

Louise de Raeve (2009) afirma, "que de ninguna manera resulta evidente que "el cuidado" sea en sí mismo una virtud, podemos hacer cuidadosamente multitud de cosas malas, no hay nada en "ser cuidadoso" que suponga un mérito o una aprobación moral". La insigne autora apunta que en sí el "ser cuidadoso" puede representar en cierto grado un concepto "cajón de sastre", que signifique todo un conjunto de virtudes aún por especificar. Entre ellas, podría figurar la honestidad, la amabilidad, la paciencia y el coraje.

En este punto no coincido con este planteamiento pues no se trata de si ser cuidados es una virtud o no sino si el cuidar como acción y fin de nuestra profesión es una virtud que han de tener las profesionales, creo que sí. En *el ser y el tiempo*, el filósofo Martín Heidegger (1889-1976) mostró que realidades fundamentales como el querer y el desear hunden su raíces en el cuidado esencial. Sólo a partir de la dimensión del cuidado emergen como realización de lo humano. Por "estructura ontológica", Heidegger entiende aquello que entra en definición esencial del ser humano y configura su actividad. Cuando da a entender que el cuidado es el suelo en el que se mueve toda interpretación del ser humano, esta afirmando que es cuidado, es el fundamento de cualquier interpretación del ser humano.

Allmark, (1998) apunta que resulta discutible saber si el cuidado es una virtud o no, aunque al vincularse a la asistencia y al ser importante el compromiso con el bien de los pacientes, el "buen cuidado" va inevitablemente ligado a un cuidado competente des de el punto de vista técnico y a aquellas virtudes del carácter que configuran una "actitud cuidadosa"

Pelegriño, 1995 resalta como virtudes de interés para la asistencia sanitaria: la fidelidad hacia la confianza depositada y las promesas realizadas, benevolencia, generosidad, compasión y cuidado, honestidad intelectual, justicia y prudencia. A las que yo añadiría sensibilidad, entusiasmo y empatía como virtudes esenciales.

Buena parte de estas virtudes configuran la trama y la urdimbre de la práctica enfermera y deberían ser objeto de discusión y estudio a lo largo del currículum y en la práctica. Entiendo la compasión no como pena sino como capacidad cognitiva para en un contexto determinado entender las emociones y sentimiento del otro. El principio de benevolencia es clave en la orientación de la actividad enfermera pues ser benevolente significa querer y actuar para el bien de la persona cuidada o de la comunidad. La cuestión derivada de esta afirmación es de qué bien se trata, es el bien determinado protocolariamente y de carácter universal o del establecido en alianza con el paciente. En mi opinión la enfermera benevolente debe, sin renunciar a la referencia determinada por el conocimiento derivado de las ciencias de la enfermería, ser tolerante con el deseo del otro y mediante un proceso deliberativo conjunto establecer los logros a conseguir conjuntamente me-

dianter el cuidado. Pareciera que la mera decisión de dedicarse profesionalmente a la enfermería comporta asumir "de facto" el principio de benevolencia, ocurre, sin embargo, que en algunas ocasiones el profesional se imbuje de autoridad para imponer sus creencias sobre lo que es bueno a cualquier precio.

En este punto quiero resaltar que es un lugar común en el discurso de los profesionales de la enfermería la necesidad de acercar la atención a los ciudadanos, de hacer más humana la relación entre profesionales y pacientes y eso requiere escuchar su voz. El estudio de Teixidor (2009) sobre la humanización del cuidado revela que las personas afectadas por un Accidente Cerebral (ACV), valoran los aspectos del cuidado en relación a la comunicación, la amabilidad, la preocupación, el acompañamiento, la personalización y la proximidad que les ofrecen los profesionales. Interrogarnos sobre las virtudes, los valores del cuidado nos obliga a escuchar a las personas que padecen y a debatir con ellas sus preocupaciones, sobre aspectos relacionados con la salud y la calidad de vida y escuchar atentamente cuáles son sus vivencias, preocupaciones, prioridades, demandas y necesidades.

En el momento actual nos encontramos en un entorno en un sistema que enmarca su actuación en la persona, que propone una carta de derechos y deberes de los ciudadanos, en el cual el consentimiento informado forma parte de la actividad de los profesionales y esto requiere de una reflexión profunda sobre los paradigmas que inciden en las prácticas profesionales. En cualquier caso yo no concibo la actividad de la enfermera apartada del humanismo ya que considero que ésa el paradigma filosófico existencial específico de nuestra profesión y ha de inspirar a la enfermera durante su práctica profesional.

Se evidencia que los modelos existentes para la planificación y ejecución de los cuidados, derivados de paradigmas y políticas neoliberales nos son lo más adecuado para conseguir prácticas en el marco de la axiología del "cuidado" impregnada por valores humanistas donde la enfermera "pueda desarrollar una inteligencia cuidadora para responder a la singularidad de la persona" Hesse (2011). Esto hace entrever la necesidad de introducir cambios donde lo que se gestione más allá de los productos, de prácticas prácticas, de entornos centrados en los medios, las tecnologías y las patologías para ir hacia modelos humanistas que permitan concebir a la persona como sujeto, aceptando su unicidad, respetando su dignidad, valores y cultura para acogerla, ayudarla a vivir su situación. Ayudarla a vivir su situación implica que la persona pueda entender como le afecta, que significados tiene para ella, que es lo que necesita y así poder desarrollar plenamente su autonomía. Teixidor (2013).

Las enfermeras juegan un rol muy importante para la humanización de la asistencia ya que posibilitan el "cuidado" que es la raíz de la profesión enfermera y una contribución radical de la enfermería al bienestar, la salud y el progreso social. El cuidado nos lleva a interrogarnos sobre nuestros propios marcos de referencia, valores y sobre todo a percibir comprender, respetar y reconocer los valores de la persona que cuidamos. Y esta necesidad de reconocer la existencia de otros valores que los propios constituye la mejor muestra de la nobleza de nuestra profesión enfermera. Teixidor (2013).

En cualquier caso profundizar en la filosofía, la ética, el cuidado y escuchar la voz de los que sufren pueden ayudarnos a entendernos y a entender mejor a las personas que cuidamos.

## EL ANÁLISIS DE LA NATURALEZA DEL CUIDADO Y LA ÉTICA DEL CUIDADO

Diferentes autores indican que la ética del cuidado precisa un mayor desarrollo y que todas las teorías éticas tienen sus limitaciones, avanzar en la reflexión sobre la ética del cuidado implica volver a reflexionar sobre el cuidado, sus atributos, virtudes y como puede enseñarse y aprenderse.

Anne J. Davis y Marsha Fowler (2009) aportan que con independencia del enfoque escogido para estudiar el cuidado en enfermería, dos son los temas comunes que aparecen en los textos: El cuidado no constituye una única entidad, y tampoco puede medirse en su sentido más estricto. El cuidado abarca los aspectos instrumental y existencial o expresivo de la enfermería (Lea et al., 1998).

Su preocupación por encontrar una definición coherente sobre el cuidado que posibilitara una fundamentación sólida sobre la ética del cuidado las llevó a un análisis de contenidos, a lo largo de los años, sobre el cuidado que posibilitó reconocer cuatro atributos críticos: Atención seria; Preocupación; Prestación; Conocimiento del paciente. También, como antecedentes del cuidado se identificaba: el tiempo dedicado, el respeto por las personas y la intención del cuidado. Mc Cance et al. (1997).

Asimismo insisten las autoras en que el desarrollo del cuidado como valor central va más allá del problema de la definición. El cuidado es un gran constructo que podría englobar una serie de comportamientos basados en el interés, la compasión, la preocupación, el cariño, el afecto. El apego a una persona, el esmero y la atención a los detalles. La respuesta sensible a la situación del otro, su escucha y otros más.

Algunos autores consideran que las enfermeras se sienten realizadas en su tarea profesional cuando los dos significados del cuidado convergen –prestar cuidado y preocuparse por alguien–, de manera que la articulación del sentido profesional del ejercicio revele el sentido moral. El cuidado y la ética del cuidado pueden provocar esta convergencia (Bishop y Scudder, 1990).

“Diversas autoras han aportado elementos para su construcción y desarrollo en la práctica. “En este punto hay que destacar la aportación de tres impulsoras, la Dra. Jean Watson, la Dra. Magdalena Leininger y la Dra. Patricia Benner, Jean Watson (1984) desarrolla la teoría del cuidado humano, el “*caring*”, propone como objetivo de la enfermería el facilitar un mayor grado de armonía entre mente y cuerpo, como forma de lograr el autoconocimiento y la autocuración. No cabe duda de que su ideario está influido por el pensamiento hinduista. Un ejemplo de ello es su postura de unicidad frente al dualismo cuerpo-espíritu, propio de la tradicional cultura occidental. De alguna manera, Jean Watson, que propone una relación transpersonal de cuidado, encarna el pensamiento que podríamos considerar más cercano a la espiritualidad en enfermería, un pensamiento de no-violencia, de amor y de confianza en los potenciales y fuerzas del otro. En suma una enfermería humanística y de profundo calado social, una enfermería que no desdeña lo científico pero que rescata lo más genuinamente humano, la comunicación, la empatía y el amor.

Para desarrollar sus teorías, Madaleine Leininger se inspiró en la antropología y en las ciencias enfermeras y propuso el concepto del *caring* de los cuidados transculturales como elemento esencial en su concepción enfermera. Entiende el cuidado como acciones de asistencia, de apoyo y de facilitación a la persona que tiene necesidad de recuperar su salud o mejorar sus condiciones de vida.

La aportación de la Dra. Benner es un trabajo que surge desde y para el campo de la enfermería, pero que como todas las grandes aportaciones trasciende a él y puede ser extrapolado sin violentarlo a otros ámbitos profesionales de las ciencias de la salud, de las ciencias sociales y de las ciencias aplicadas. En su modelo de profesionalización se atisba una rotura de paradigma en la dirección de rescatar puntos de vista minusvalorados por la hegemonía neopositivista y por la racionalidad técnica. La Dra. Benner, nos resitúa en unos procesos de profesionalización anclados en una sabiduría práctica, no -“practicista” – en el sentido de repetitiva y ciega- , una práctica reflexiva y sabia, guiada por principios y reflexión ética, una práctica sustantivamente humanista”. Pont, Teixidor (2010).

Tronto (1993) a Gastmans (2009) distingue cuatro dimensiones del cuidado. La primera es "cuidar de": la preocupación por alguien o por algo, la inquietud, dar atención; La segunda dimensión es la de "proporcionar cuidados" cuidar solícitamente y vigilar. Lo único que se asume es "la responsabilidad" de mejorar el estado de la otra persona; La tercera dimensión está relacionada con una auténtica "prestación de cuidados" que exige tener la "competencia precisa".

Por último la dimensión "del cuidado recibido" que implica un proceso de "feed back" y la verificación que las necesidades de cuidado estén satisfechas. Con el fin que el cuidado pueda ser recibido su destinatario ha de manifestar una actitud de "sensibilidad" hacia el cuidador.

De lo que hasta aquí expresado se desprende que el cuidado no depende únicamente de la buena voluntad y sólo es tal si va acompañada esta buena voluntad de convicciones, competencia, responsabilidad, sensibilidad, espíritu crítico, reflexión en la acción y requiere la constatación de que el cuidado a sido recibido. Para mí "el cuidado" es un valor que busca unos fines cual son la salud, la calidad de vida, el bienestar, el respeto a la persona a su dignidad y singularidad.

Cuidar a la persona es un acto de vida. Un trabajo de humanización, es una responsabilidad, es la preocupación por ofrecer lo mejor al ser humano y a la humanidad. Cuidar va mas allá de los cuidados enfermeros, "el cuidado" es, un compromiso, un trabajo de humanidad realizado con competencia, sentimiento, intencionalidad y receptividad. Significa la atención personalizada que yo llevo a la persona más allá de unos actos y unos gestos. En mi entender es un acto que debería estar impregnado de empatía y emociones positivas. Implica convicciones, una actitud profesional i requiere que en su relación implique a ambos en una relación Yo-tú. Preocupación por las condiciones objetivas y existenciales.

El cuidado y la ética del cuidado requieren de un alimento continuo que son las virtudes.

Con el filósofo, Stan van Hooft, entiendo que "el cuidado puede entenderse como una virtud holística (...) El cuidado es un marco o una forma dada a todos los aspectos de nuestra existencia en la medida en que esa existencia exprese nuestro cuidado hacia los demás. Su contenido también abarca una preocupación dirigida hacia uno mismo (van Hooft, 2003) en Davis et al (2009).

Para Virginia Held (2006), la ética del cuidado constituye una teoría moral distintiva y de pleno derecho y no una acotación que se pueda añadir o incluir en otros enfoques más acreditados tales como la teoría moral kantiana, el utilitarismo o la ética de la virtud.

Probablemente una ética del cuidado puede alimentarse también de varias fuentes filosóficas.

"La atención prestada por la enfermería en el sentido de dar respuesta afectiva al paciente ha hecho que a la ética del cuidado también se la designe como una ética "con una voz diferente", que pretende poner en entredicho la teoría ética de la justicia dominante, la basada en los principios". Davis (2009)

El origen de la ética del cuidado surge de Carol Gilligan y Ned Noddings. El estudio de Noddings sobre ética femenina y educación moral trata sobre las dos raíces del cuidado: el recuerdo universal de recibir cuidados y la solidaridad natural que sienten los seres humanos entre si y que les permite experimentar el dolor y la alegría ajenas. Noddings, (1984).

La tesis de Carol Gulligan es que únicamente a través de la responsabilidad se puede formular una nueva ética del cuidado puesto que se apoya en la comprensión que origina la compasión y el cuidado.

Se trata de una ética feminista que se contrapone a la ética derivada del dominio patriarcal basado en una ética de principios. Gilligan sostiene que los individuos utilizan dos voces morales diferentes, un lenguaje para la justicia y la imparcialidad, masculina y otra voz para la relación del yo y las relaciones sociales o una voz del cuidado de carácter femenino.



Al parecer según esta autora estos diferentes discursos que tienen como referente el género se aprenden socioculturalmente.

Como afirma Victoria Camps (2013) "sacar a la luz el valor del cuidado y de la empatía es la liberación más radical de la historia de la humanidad" liberación moral y psíquica pues también los problemas psicológicos surgen cuando la gente no puede decir lo que siente".

## ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

Los trabajos desarrollados por Davis, Tschudin y Raeve (2009) evidencian que el desarrollo de la investigación, literatura y enseñanza ha progresado mucho en las últimas décadas si bien este progreso ha sido dispar según los países. Esta evolución ha estado influenciada por la posición sociopolítica de la profesión y esto queda reflejado en su ética.

En este sentido es importante que la profesión enfermera continúe: desarrollando su cuerpo de conocimientos disciplinares; perseverando en su consolidación como profesión autónoma; mostrando su aportación a los resultados salud de la población; siendo capaz de liderar proyectos para la humanización de la asistencia y del cuidado asegurando una ética en la práctica cotidiana y un mejor servicio a los ciudadanos.

Es importante también conseguir posiciones de poder o de influencia en la política y en la administración sanitaria para promover políticas equitativas, en el marco de un paradigma humanista, justas en el acceso a los cuidados a todos los ámbitos de actuación del sistema, impregnadas de sensibilidad i que den respuesta justa y equitativa a los ciudadanos.

Es deseable potenciar los valores, virtudes y el liderazgo enfermero para la humanización del cuidado: Las supervisoras, las enfermeras han de liderar el equipo de cuidados propiciando espacios para el análisis de la práctica, marcando claramente los cuidados a prodigar, velando por el entorno, las formas de actuar, por la seguridad y la necesidad de respetar la intimidad, la dignidad de la persona, su autonomía y su singularidad. Se trata de fomentar las actitudes que expresen, la benevolencia, la empatía, la sensibilidad, la delicadeza, la amabilidad, la ternura, la solicitud y la diligencia.

Es necesario el fomento de una reflexión profunda i coordinada sobre la práctica a través de la supervisión clínica. Se trata de dar soporte para la capacitación y para el desarrollo de buenas prácticas.

Es conveniente también, propiciar espacios para la reflexión multidisciplinar y la discusión sobre las cuestiones relacionadas con la humanización de los cuidados, los derechos humanos, los comportamientos y actitudes y los dilemas éticos emergentes en la práctica cotidiana.

Es necesario rescatar lo que ya dijeron Platón, Pascal y Heidegger entre otros que aquello que es esencial en el ser humano es el "*pathos*" el sentimiento, el cuidado, la compasión y la ternura.

Es importante escuchar la voz de los pacientes, situándolos como expertos, en el corazón del relato y la reflexión; Considerar la palabra de la persona enferma como reflejo de su singularidad, vivencia y subjetividad; Trabajar con la persona aspectos relacionados con la comprensión de la enfermedad, escuchar su narrativa es una fuente de enseñanza y de comprensión así como un estímulo para la confianza..

Es conveniente que en los programas de formación enfermera se introduzca, además de un conocimiento de la ética aplicada que fundamente el buen hacer de la enfermera, como pensar en términos éticos y de bases antropológicas bien articuladas filosóficamente.

Es esencial implicar a los profesionales en el proceso de deliberación de los problemas morales. Conseguir que se responsabilicen requiere formarlos para la adquisición de habilidades deliberativas, el espíritu crítico y velar por su participación.

Hace falta profundizar en habilidades de comunicación terapéutica, en la comprensión contextual y el análisis e interpretación narrativa y el dialogo.

Es importante también, la formación en arte y humanidades (antropología, filosofía, bellas artes, música, literatura, cine) en los planes de estudios de enfermería para movilizar emociones y conseguir que los estudiantes comprendan a los seres humanos, y sus interacciones y conseguir un efecto humanizador.

Hesbeen (2011) propone un trabajo de consideración por el ser humano en las instituciones, trabajo de consideración desde el inicio de la formación de todas las profesiones que componen las profesiones sanitarias y sociales, que puedan evolucionar, elevarse y renovarse las prácticas profesionales con el fin de inscribirlas de manera más permanente en una perspectiva cuidadora . Cualquiera que sea el volumen de las enseñanzas y las modalidades pedagógicas, la consideración por el ser humano en la práctica cotidiana de los cuidados procede, necesariamente, de una toma de consciencia personal y de la implicación, personal, de aquellos que han elegido una profesión de dar. Esta toma de consciencia i la implicación necesitan ser sostenidas y acompañadas tanto gracias a la atmosfera de un servicio, de una estructura como gracias a la presencia y a la implicación de los mandos en proximidad.

“Solamente la virtud da un buen karma. Y la mayor de las virtudes es la compasión”  
(Buda)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aristóteles. *Ética a Nicómaco*.

Bandman El., Bandman B. *Nursing ethics through the life span*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ. 1990

Beauchamp TL., Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press. New York, 2001.

Benner P. *From novice to expert*. Addison Wesley: Menlo Park; 1984.

Camps V, Presentación en Gulligan C. *La ética del cuidado*. Cuadernos de la Fundació victor Grifols i Lucas. Barcelona, 2013.

Carol Gilligan. *La ética del cuidado*. Cuadernos de la Fundació victor Grifols i Lucas. Barcelona, 2013.

Codi d'Ética de les infermeres i infermers de Catalunya. Consell de Collegis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. Barcelona, 2013.

Davis Anne J., Fowler M. *El cuidado y la ética del cuidado descritos en textos escogidos: qué es lo que sabemos y qué tenemos que preguntarnos*. En Davis A.J., Tschudin V. , de Raeve L. (ed) *Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza*. Editorial Triocastela. Barcelona, 2009.

Depuis M. *Le soin une philosophie. Choisir et vivre des pratiques de reconnaissance réciproque*. Seli Arslan. Paris, 2013.

Edwards S. *Planteamiento basado en principios de la ética en enfermería*. En Davis A.J., Tschudin V. , de Raeve L. (ed) *Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza*. Editorial Triocastela. Barcelona, 2009.

Fowler M., Tschudin V. *Ética en enfermería: perspectiva histórica*. En Davis A.J., Tschudin V. , de Raeve L. (ed) *Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza*. Editorial Triocastela. Barcelona, 2009.

- Gastmans C. La perspectiva del cuidado en la ética de la asistencia sanitaria. En Davis A.J., Tschudin V., de Raeve L. (ed) *Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza*. Editorial Triocastela. Barcelona, 2009.
- Gracia D. *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Triocastela. Madrid, 2004.
- Held V. *The Ethics of Care: Personal, Political, and Global*. Oxford. Oxford University Press. 2006.
- Hesbeen W. *Cadre de santé de proximité. Un métier au coeur du soin. Penser une éthique du quotidien des soins*. Elsevier Masson. Paris, 2011.
- Leininger M. *Ethical and moral dimensions of care*. Wayne State University Prtess. Detroit. MI. ,1990.
- Liaschenko J., Peter E. *Ética feminista: un modo de hacer ética*. En Davis A.J., Tschudin V., de Raeve L. (ed) *Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza*. Editorial Triocastela. Barcelona, 2009.
- Mei-Che Pang S. *Análisis crítico del planteamiento basado en principios*. En Davis A.J., Tschudin V., de Raeve L. (ed) *Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza*. Editorial Triocastela. Barcelona, 2009.
- Nightingale F. *Notes on Nursing*. New York, Dover Publications. 1969.
- Pont E., Teixidor M. et al. *Las competencias de la enfermera en Nicaragua*. Barcelona. Obra Social Fundación "la Caixa". 2010.
- Raeve L. *Enseñanza de la ética de la virtud*. En Davis A.J., Tschudin V., de Raeve L. (ed) *Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza*. Editorial Triocastela. Barcelona, 2009.
- Raeve L. *Ética de la virtud*. En Davis A.J., Tschudin V., de Raeve L. (ed) *Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza*. Editorial Triocastela. Barcelona, 2009.
- Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Paris. Le Seuil, 1990.
- Teixidor M. *Els valors de la cura*. Conferencia inaugural. International Scientific Meeting. Sharing Nursing's Knowledge. Organizada por la Escola Universitària d'Infermeria de la UB. Barcelona, 2013 (multicopiado)
- Teixidor M. *La perception que les usagers ont de leur expériences auprès des professionnels de santé: l'humanisation et la confiance*. *Perspective Soignante*, Paris, 2009. (35):88-113.
- Teixidor M. *Estratègies de liderat a través del tenir cura: Una proposta per a la humanització*. Conferència al 8è congrés d'infermeria: força i liderat de l'Associació Catalana d'Infermeria. Lleida, 2008 (multicopiat).
- Teixidor M. *Humanización y gestión en* : Teixidor Freixa M. (dir). *El ejercicio de la dirección desde la perspectiva del cuidar*. Barcelona: Obra Social Fundació "la Caixa"/ EUE Santa Madrona; 2005:53-73.
- Watson J. *Le caring: philosophie et science des soins infirmiers*. Seli Arslan. Paris, 1998.

## FORMACION Y TRABAJO INTERDISCIPLINAR: LAS ENFERMERAS Y OTROS COLECTIVOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

### *Training and interdisciplinary work: nurses and others professional groups in the health field*

Dra. María Carmen Sellán Soto

Facultad de Medicina.

Sección Departamental de Enfermería Universidad Autónoma de Madrid

Para llegar a estar donde hoy nos encontramos y, haber roto el techo formativo que imperó para las enfermeras españolas durante todo el siglo XX, es necesario comenzar relatando que ocurrió en nuestro país desde el comienzo de la profesión de enfermera de manera reglada en 1915. A lo largo de este trabajo comentaremos tanto los logros formativos como su correlato en la asistencia clínica.

El primer antecedente de formación enfermera laica lo encontramos en la Real Escuela de Santa Isabel de Hungría, fundada en 1896 por el Dr. Rubio y Galí en el Instituto de Técnica Operatoria. Los Requisitos de la enseñanza que se exige el propio Dr. Rubio los explicita, según Rubio Chacón, en su obra Instituto Rubio y los Estatutos de su fundador “en su primera carta a las Curadoras declara el Doctor Rubio que a ellas incumbe el velar por el servicio religioso en el Instituto en el cual se practica exclusivamente el culto católico. Profesión católica, se exige a las enfermeras internas. Todo el régimen interior corre a cargo de ellas, y la inspección a las señoras curadoras...”<sup>1</sup>

Las alumnas van a la Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría, para aprender práctica y teóricamente un servicio técnico que ninguna Asociación religiosa de mujeres puede practicar, por vedárselo sus reglas y constituciones, usos y costumbres. Se trata de un hospital y de unos dispensarios de cirugía y sus especialidades, donde hay que curar a enfermos de todas edades y de los dos sexos, sin distinción de órganos enfermos. Repito que en un servicio técnico no pueden intervenir más que técnicos, hasta, auxiliares. Las personas no técnicas no pueden substituir a las técnicas ¿Y a las curadoras iba tampoco a sustituirlas nadie con más respetabilidad que ellas (...)

¡Bien están las Curadoras y las Enfermeras en el Instituto Rubio! Son intangibles unas y otras (...). Las ampara el Patronato del gobierno”.<sup>1</sup>

Consideramos que en estos párrafos, de manera clarificadora, el Dr. Rubio expresa que las religiosas del Instituto de Técnica Operatoria no deben ni pueden atender en todas las situaciones a los enfermos. Dos parecen ser las razones que el doctor Rubio esgrime para que en el Instituto Rubio se formen enfermeras laicas: el hecho que se atiendan hombres y mujeres con problemas de salud puede atentar “las normativas de las Hermanas de la Caridad” y, en segundo lugar, el

aprendizaje técnico sólo podía ser aprendido por personas técnicas y no religiosas. Sin embargo, la formación para las enfermeras fue un hecho aislado que tuvo lugar en el Instituto Rubio, ya que como veremos, tuvieron que transcurrir dos décadas para la autorización legal de la formación reglada de las enfermeras en España. Las clases teóricas eran impartidas por los médicos y como venía siendo tradicional, las Hermanas de la Caridad se ocupaban de todo lo demás.

Podemos afirmar que en esta Escuela se inculcaron ideas de subordinación y dependencia, aunque debemos admitir que, teniendo en cuenta la época y el contexto, el acceso por parte de la mujer a la formación se vio favorecido por el movimiento krausista. Esto era posible siempre y cuando no se transgrediese el orden establecido. La educación de la mujer era muy importante, debía ser "virtuosa e instruida" para así ocuparse de la educación de los hijos, siendo fiel compañera y transmisora de los valores fundamentales.

La creación original de este maestro, en cuanto a la formación e instrucción de las primeras enfermeras laicas con formación reglada en España, podemos sintetizarla, según Sellán <sup>2</sup> del siguiente modo:

"Sencillez, humildad, paciencia y, sobre todo, respetabilidad de conducta y porte para igualarse, como no podía ser menos, a personas respetables, a saber, médicos, abogados y sacerdotes. Por otra parte, el hacerse enfermera era un medio decoroso de vida. Ante todo la enfermera debía: obediencia al médico, auxiliarle y ejecutar las órdenes del tratamiento para que las operaciones lleguen a buen fin. La mujer enfermera debía formar una familia tanto dentro del hospital como fuera, ya que la mujer era la otra mitad. Ser buena madre de familia, consagrando su vida a los demás y sintiendo paz interior".

Estos fueron los valores preponderantes de la socialización enfermera, valores que han perdurado hasta bien entrado el siglo XX, como iremos vislumbrando a lo largo de este trabajo. Estos valores serán las de señas de la identidad de la enfermera española profesional.

**La profesión de enfermería se legaliza en 1915 a través de la Real Orden de 7 de mayo<sup>3</sup>, por la cual se establece el plan de estudios para la instrucción enfermera.** Autoriza a ejercer la profesión enfermera a las "Ministras de los enfermos" de la Concepción de Siervas de María que acrediten los conocimientos necesarios de acuerdo con el programa formativo. Dado que ya estaban vigentes los títulos de practicante y matronas, podemos decir que es en este momento cuando por primera vez la titulación de enfermera se contempla junto a otras profesiones sanitarias "auxiliares", con todos los requisitos formales.

Vemos, pues, que siguiendo la larga tradición española sobre el cuidado de los enfermos protagonizada por las órdenes religiosas, son las Siervas de María las impulsoras formales de la formación reglada de las enfermeras en España. No obstante, el motor institucional necesario para tal fin fue, sin ningún género de dudas, la Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría. No tenemos constancia de otra escuela similar de educación enfermera hasta que se produce la legalización llevada a cabo en 1915. Una serie de acontecimientos se suceden y son factores que condicionan la necesidad de enfermeras con preparación; vamos a señalar algunos que, en nuestra opinión, destacan especialmente.

El Real Decreto de 12 de enero de 1904<sup>4</sup>, de Instrucción General de la Sanidad Pública, en su segunda parte, y concretamente en el Título 3º Capítulo VII artículo 62, se refiere a las profesiones sanitarias. Representó un paso adelante en la organización de las mismas, ya que **estableció que los títulos debían estar legitimados, la práctica profesional regulada y controlada la posibilidad de que alguna persona pudiese ejercer una profesión sanitaria sin titulación** (Título III Artículo 67). Se reconocieron como profesiones sanitarias el Arte de partos y Practicante, los estudios de Practicante y Matrona, y es en el Artículo 11 donde se especifica una novedad que

representa un logro para las mujeres, ya que podían adquirir el título de Practicante aquellas que reuniesen los requisitos descritos en la legislación. Esta ley también contemplaba la posibilidad de nuevas profesiones sanitarias.

La Real Orden de 27 de octubre de 1904<sup>5</sup> aprueba el Reglamento de la Beneficencia General del Estado y crea el Servicio de Practicantes (artículos 26 a 44). La Ley de 27 de febrero de 1908<sup>6</sup> da lugar a la creación del Instituto Nacional de Previsión (I.N.P.), de importancia decisiva para la población en general y para el desarrollo de la formación y el ejercicio profesional de las profesiones sanitarias. El Real Decreto de 12 de abril de 1910<sup>7</sup> aprueba el Reglamento de Puericultoras y Primera Infancia, organizando las enseñanzas de Maternología y Puericultura, y contiene la regulación de la actividad de la nodriza. Por fin, la Real Orden de 11 de diciembre de 1911<sup>8</sup> establece los cuerpos de señoritas auxiliares de la Doble Cruz Roja.

Por todo lo anterior, amparándose en el marco legal de la Real Orden de 5 de mayo de 1915<sup>3</sup>, y a instancias de la Congregación de las Siervas de María, se autoriza a que se formen y trabajen las enfermeras pertenecientes o no a comunidades religiosas en condiciones similares a lo que estaba ya legislado para matronas y practicantes. De esta forma, se legaliza la enfermería como una ocupación profesional y se establecen las condiciones de enseñanza que podían ser desarrolladas a cabo tanto en instituciones públicas (hospitales y centros benéficos), como en clínicas privadas. Para obtener la acreditación, las candidatas a enfermeras debían realizar un examen equivalente al de practicantes y matronas. Veamos a continuación los contenidos del programa establecido.

El programa formativo está estructurado en setenta lecciones. Las primeras doce lecciones versan sobre anatomía y fisiología. A continuación se estudian dos temas sobre cualidades físicas, morales e intelectuales así como deberes y obligaciones que ha de cumplir, es decir, la conducta que deben llevar a cabo las enfermeras cuando proporcionen cuidados a enfermos particulares como en la asistencia en hospitales. En el resto del programa, y de forma similar al programa de practicantes, los temas están destinados al estudio de problemas médico-quirúrgicos que padecen los enfermos y los cuidados que se deben proporcionar. También se estudian los procedimientos para realizar curas, vendajes, masajes. Por lo demás, los problemas de salud mental que padece la población parecen tener poca importancia en lo que se refiere a las competencias de esta profesión, ya que sólo en un tema se abordan este tipo de cuestiones.

En la revisión de los contenidos del programa se vislumbra el carácter práctico y el tipo de socialización al que se aspira. Recordemos que la enseñanza teórica era impartida por los profesionales médicos y la enseñanza práctica era tutelada, fundamentalmente, por las Hermanas de la Caridad (como hemos señalado anteriormente). No debería sorprendernos, si, como ya hemos estudiado, el protagonismo en la asistencia sanitaria del momento es y seguirá siendo para el médico. La medicalización se extenderá progresivamente a través de los acontecimientos que estudiaremos. Podemos afirmar que el centro de la sanidad española es la medicina y el resto de las profesiones sanitarias se irán configurando y formalizando a partir de las funciones desempeñadas por los médicos. Por tanto, los conocimientos necesarios para auxiliar y hacer posible la consecución de la praxis médica en estos momentos de principios de siglo pueden ser resumidos en el programa de formación vigente para practicantes y enfermeras. En la tabla 1 podemos valorar cada uno de los contenidos configurados en los programas formativos.

Tabla 1: Programas Formativos

PROGRAMA PARA ENFERMERAS (1915)	PROGRAMA PARA PRACTICANTES (1902)
Anatomía y Fisiología Cualidades de la enfermera y deberes Higiene/Prevención/Asepsia Patología/Terapéutica Anestesia Cuidados según diferentes patologías, Cuidados recién nacidos Cuidados y deberes de la enfermera en la muerte Cuidados a enfermos mentales Masajes Vendajes Curas Total: 70 temas	Anatomía y Fisiología Relación con médicos y farmacéuticos Desinfección Terapéutica Anestesia Embarazo y parto Vacunación  Masajes Vendajes (dedica mayor extensión que en el programa de enfermeras) Curas Total: 78 temas

Fuente: Sellán<sup>9</sup>

Como hemos señalado, en estos momentos coexisten tres titulaciones auxiliares de la medicina. En la tabla hemos querido representar los contenidos que se exigían a los practicantes. Como sabemos a partir de 1953, con la reunificación de matronas, enfermeras y practicantes en una nueva titulación, la de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.). Pero hasta ese momento, la formación de las futuras enfermeras mujeres y laicas estaba destinada fundamentalmente al acompañamiento de los enfermos y auxiliar al médico en sus labores. Recordemos que las matronas también eran mujeres laicas. Mientras que los practicantes eran varones, hasta que en 1904, como hemos señalado más arriba, las mujeres pudieron acceder a estudiar el título de practicante.

A partir de 1915 en España empiezan a crearse Escuelas de Enfermeras que van formando a las mismas en los contenidos señalados. En el año 1936 hay un parón en la formación de enfermeras, tras la guerra civil, diversas instituciones retoman la formación de enfermeras profesionales.

En la tabla 2 podemos observar las actividades que se destinaron a cada uno de los colectivos auxiliares de la medicina.

Tabla 2.: Competencias Profesionales.

ACTIVIDADES SEGÚN LA LEGISLACIÓN DE 26 DE NOVIEMBRE DE 1945		
PRACTICANTES	ENFERMERAS	MATRONAS
Realizar operaciones de cirugía menor. Ayudar en grandes operaciones realizadas por médicos. Curas a operados. Administrar medicación y tratamientos bajo orden médica. Administrar inyecciones. Asistir a partos normales. Realizar vacunaciones. Aplicar tratamientos específicos de cirujano callista y pedicuro o masajista.	Proporcionar atención: aseo, alimentación, eliminación, recogida de datos clínicos. Administrar medicación. Asistir a operaciones quirúrgicas, intervenciones y curas ayudando a los médicos.	Asistir a partos y sobre partos. Ejercer como auxiliares del médico en la asistencia a embarazadas bajo sus indicaciones.

Fuente: Sellán<sup>9</sup>

Ya en 1960 coincidiendo esta década con la expansión hospitalaria en nuestro país, paulatinamente, se van a ir aumentando las actividades que van a llevar a cabo cada uno de estos colectivos

A través del Decreto de 17 de noviembre de 1960, sobre competencias profesionales, se especifica que los practicantes tendrán las mismas funciones que los A.T.S. a todos los efectos profesionales. Las matronas estaban igualmente autorizadas para asistir los partos y puerperios normales, así como para la vigilancia del embarazo. En cuanto a las enfermeras, tienen las mismas funciones que los A.T.S., excepto la asistencia a partos, prohibiéndoseles expresamente establecer igualatorios y disponer de locales para el ejercicio libre de la profesión

*Tabla.3: Competencias que se determinaron para el ejercicio profesional.*

<b>AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS Y AUXILIARES SANITARIOS CON TÍTULO DE PRACTICANTE, MATRONA O ENFERMERA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar medicamentos, inyecciones o vacunas y tratamientos curativos.</li> <li>- Auxiliar al personal médico en intervenciones de cirugía general y de las distintas especialidades.</li> <li>- Practicar curas a operados</li> <li>- Prestar asistencia inmediata en casos urgentes hasta la llegada del médico o titular de superior categoría, a quien habían de llamar perentoriamente.</li> <li>- Asistir a partos normales cuando en la localidad no existan titulares especialmente capacitados para ello.</li> <li>- Desempeñar los cargos/puestos para lo que se exigen los títulos de practicante o enfermera, salvo los que correspondan a los ayudantes masculinos a los femeninos.</li> <li>- Los practicantes tendrán igual función que los ATS.</li> <li>- Las matronas están autorizadas para asistir a partos y puerperios normales no distócicos. Aplicar tratamientos ordenados por el médico.</li> <li>- Las enfermeras tendrán igual función que los ATS, con exclusión de la asistencia a partos, se les prohíbe establecer igualatorios y disponer de locales para el ejercicio libre.</li> </ul>

Fuente: Sellán<sup>9</sup> (Decreto 2319/60 de 17 de noviembre).

Ya en la década de los setenta con el enorme auge de los hospitales de la Seguridad Social por toda la geografía española podemos apreciar en las tablas 4 y 5 las competencias y funciones para enfermeras, practicantes, matronas y ayudantes técnicos sanitarios.



Tabla. 4: Funciones de las Enfermeras y Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Seguridad Social.

FUNCIONES DE LAS ENFERMERAS Y AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS	
<b>INSTITUCIONES ABIERTAS</b>	Ejercer las funciones de auxiliar del médico, cumplimentando las instrucciones del mismo en relación con el servicio.
	Tener a su cargo el control de los archivos de las historias clínicas, ficheros para el buen orden del servicio o consulta.
	Vigilar la conservación y el buen estado del material sanitario, instrumental y aparataje clínico, manteniéndolos limpios, ordenados y en condiciones de perfecta utilización.
	Atender al paciente y realizar todos los cometidos para el mejor desarrollo de la exploración del enfermo o de las maniobras que el facultativo precise ejecutar.
	Poner en conocimiento de sus superiores cualquier anomalía o deficiencia que observen en el desarrollo de la asistencia o en la dotación del servicio encomendado.
	Cumplimentar aquellas otras funciones que se señalan en los Reglamentos y las instrucciones propias de cada centro.

Fuente: Sellán<sup>9</sup> (Orden de 26 de abril de 1973 del Ministerio de Trabajo)

El Decreto de 6 de julio de 1955<sup>10</sup> estableció la expresa prohibición de la coeducación en los estudios de los Ayudantes Técnicos Sanitarios, un hecho que tiene, en nuestra opinión, una enorme trascendencia. Por tanto, para asegurar el cumplimiento de esta normativa se crearon escuelas de A.T.S. masculinas y escuelas de A.T.S. femeninas. La prohibición de la coeducación en las escuelas de A.T.S. acrecentó, a nuestro entender, la división dentro del nuevo grupo que empezaba sus estudios, perpetuando, sin ningún género de dudas, la supremacía de la dominación masculina en el ámbito sanitario. De este modo, las mujeres A.T.S., como antes las enfermeras y las matronas, sufrieron enormes desigualdades en la formación, internado, horarios de prácticas, periodos vacacionales, etc. Todo ello encaminado a paliar el déficit de personal preparado para asumir el cuidado de la población en los nuevos hospitales que se estaban fundando. De este modo, se contaba con mano de obra muy barata. Recordemos que las estudiantes femeninas no recibían un salario y además pagaban una mensualidad. Entendemos que la situación que vivieron las alumnas de esta época fue a todas luces una forma concreta y manifiesta de explotación. Pero también las desigualdades se reprodujeron en el ámbito del ejercicio profesional, excluyendo a los A.T.S. varones del ejercicio en las instituciones cerradas en determinadas unidades de hospitalización, como por ejemplo, pediatría, obstetricia. Por otra parte, su actividad era bien vista y fomentada, como en el caso de los A.T.S. que realizaban todos los procedimientos de urología (sondajes y su manejo). Era práctica habitual que los varones en estas instituciones estuviesen trabajando en ciertos servicios, como rayos, laboratorio o urgencias, y el personal femenino en todas las demás unidades.

En síntesis, los profesionales varones se dedicaban a la técnica y las profesionales femeninas al cuidado. Se daba por hecho que la A.T.S., como mujer, podía cuidar, consolar o acompañar, virtudes o atributos inherentes a la condición femenina y, por tanto, como su portadora exclusiva, a ella le correspondía su desempeño. Esta socialización diferencial da lugar a identidades profesionales distintas, lo cual ha derivado en identidades diferentes en el interior de este grupo profesional.

Tabla.5: (continuación): Funciones de las Enfermeras y Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Seguridad Social.

FUNCIONES DE LAS ENFERMERAS Y AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL	
INSTITUCIONES CERRADAS	Ejercer las funciones de auxiliar del médico, cumplimentando las instrucciones que por escrito o verbalmente reciban de aquel.
	Cumplimentar la terapéutica prescrita por los facultativos encargados de la asistencia, así como aplicar la medicación correspondiente.
	Auxiliar al personal médico en las intervenciones quirúrgicas, practicar las curas de los operados y prestar los servicios de asistencia inmediata en casos de urgencia hasta la llegada del Médico.
	Observar y recoger los datos clínicos necesarios para la correcta vigilancia de los pacientes.
	Procurar que se proporcione a los pacientes un ambiente confortable, ordenado, limpio y seguro.
	Tomar las medidas para un buen cuidado de los pacientes y contribuir en todo lo posible a la ayuda requerida por los facultativos y cooperar con ellos en beneficio de la mejor asistencia del enfermo.
	Cuidar de la preparación de la habitación y cama para la recepción del paciente y su acomodación; vigilar la distribución de los regímenes alimenticios; atender a la higiene de los enfermos graves y hacer las camas de los mismos con la ayuda de las Auxiliares de Clínica.
	Preparar adecuadamente al paciente para intervenciones o exploraciones, atendiendo escrupulosamente los cuidados prescritos.
	Realizar una atenta observación de cada paciente, recogiendo por escrito todas aquellas alteraciones que el Médico deba conocer para la mejor asistencia del enfermo.
	Anotar cuidadosamente todo lo relacionado con la dieta y alimentación de los enfermos.
	Realizar sondajes, disponer los equipos de todo tipo para intubaciones, punciones, drenajes continuos y vendajes, etc., así como preparar lo necesario para una asistencia urgente.
	Custodiar las historias clínicas y demás antecedentes necesarios para una correcta asistencia, cuidando en todo momento de la actualización y exactitud de los datos anotados en dichos documentos.
	Vigilar la conservación y el buen estado del material sanitario, instrumental y, en general, de cuantos aparatos clínicos se utilicen en la institución, manteniéndolos ordenados y en condiciones de perfecta utilización, así como efectuar la preparación adecuada del carro de curas e instrumental, y del cuarto de trabajo.
	Poner en conocimiento de sus superiores cualquier anomalía o deficiencia que observen en el desarrollo de la asistencia o en la dotación del servicio encomendado.
	Mantener informados a sus superiores inmediatos de las necesidades de las Unidades de Enfermería o cualquier otro problema que haga referencia a las mismas.
Orientar las actividades del personal de limpieza, en cuanto se refiere a su actuación en el área de Enfermería.	
Llevar los libros de órdenes y Registro de Enfermería anotando en ellos correctamente todas las indicaciones.	

Fuente: Sellán<sup>9</sup> (Orden de 26 de abril de 1973 del Ministerio de Trabajo)

Los finales de la década de los setenta, supusieron para la Enfermería la llegada a la universidad, este hecho ha constituido un gran logro y un sueño hecho realidad. De un papel de supeditación a la praxis médica, se pasó a compartir el mismo escenario educativo. Recordemos que la formación teórica era impartida hasta la entrada en la universidad por profesores médicos. Las enseñanzas prácticas según el momento socio-histórico eran desarrolladas por las Hermanas de la Caridad o bien en la figura de las Monitoras, enfermeras profesionales laicas, destinadas en las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

El Diplomado en Enfermería, sin duda, trae consigo la posibilidad de planificar un plan de estudios, que contenga otras materias que ayuden a la reflexión sobre el quehacer profesional. El estudio de la persona desde un punto de vista integral, el desarrollo de las asignaturas de la ciencia enfermera, fue posible. El conceptualizar e investigar desde el ámbito disciplinar e interdisciplinar. Pero el camino no ha sido llano sino más bien tortuoso.

Además, debemos tener presente que el modelo imperante en el sistema sanitario español era el modelo biomédico, y esto no ayudó ni a los profesores ni a los alumnos a asumir y transmitir, en los primeros momentos, una visión diferenciada de la Enfermería. El esfuerzo desarrollado por las enfermeras desde los centros educativos ha sido épico. El cambio de orientación curricular parte desde la consideración de que los cuidados enfermeros son el tratamiento que establecen los profesionales para prevenir, resolver o paliar determinados problemas de salud, reales o potenciales que tienen las personas. Es decir, se habla de un tratamiento enfermero y se comienzan a explicar los diagnósticos de enfermería. Por primera vez, las enfermeras son profesoras de las asignaturas teóricas del plan de estudios del diplomado en Enfermería y, su actividad no se reduce solamente a las Salas de Demostración, hoy conocidas como Salas de Simulación.

Las enfermeras españolas comienzan a creer que es posible escapar de la dominación de la medicina. Sin embargo, **este cambio de orientación supone asumir la autonomía a la hora de cuidar y la colaboración con otros profesionales, no la dependencia y la sumisión, como ejes de la actividad profesional.** Durante las décadas de los ochenta y noventa la legislación ha propiciado el desarrollo de los departamentos de Enfermería en los hospitales, las enfermeras pasan de ser Jefes de Enfermeras a asumir la Dirección de la división de enfermería, al mismo nivel que la dirección médica o la dirección de gestión. Un logro importantísimo para la visibilidad y el avance profesional, fue sin duda, el reconocimiento de las Direcciones de Enfermería como órganos unipersonales de dirección de los hospitales del Instituto Nacional de la Salud<sup>11</sup>. Para ocupar este puesto, sólo se establecían como requisitos poseer el título de Diplomado en Enfermería o de Ayudante Técnico Sanitario y tener plaza en propiedad en el Instituto Nacional de la Salud o pertenecer a la Escala de Ayudante Técnico Sanitario, Visitadores. En el ámbito clínico, la promulgación en 1984 del Real Decreto sobre las Estructuras Básicas de Salud<sup>12</sup> establecía los Centros de Salud, y los Equipos de Atención Primaria en los que se contemplaba la figura del personal de Enfermería. Las funciones de este personal sanitario deberían ir encaminadas a entre otras a la promoción de la salud y a la educación sanitaria de la población. Sin embargo, en la realidad asistencial la autonomía para tomar decisiones está impregnada de la cultura hospitalaria tradicional. Que impide o dificulta el trabajo en colaboración, es decir, la toma de decisiones sobre la situación de salud de las personas cuidadas consensuadas por los equipos. Las enfermeras asistenciales, no toman el protagonismo a la hora de decidir lo que es más pertinente para un enfermo, más bien no se tiene en cuenta la complejidad del cuidado enfermero, como criterio fundamental para el ingreso o el alta hospitalaria.

Al igual que en la formación universitaria, las materias son desarrolladas por un equipo interdisciplinar de profesionales expertos en las mismas. Así, la anatomía, la fisiología o la psicología,

fundamentos teóricos y metodológicos, por ejemplo, son impartidas por médicos, psicólogos o enfermeras. En los centros asistenciales sería, igualmente, conveniente que el ejercicio profesional estuviese diseñado en puestos de trabajo para que el profesional más capaz lo desempeñase. No es posible entender racionalmente, cómo una enfermera, hoy pueda estar trabajando en una unidad de Medicina Interna, mañana en Cirugía General y, la semana próxima planificada en la consulta de Maxilofacial. ¿Qué puede hacer esta enfermera? ¿Qué tipo de cuidados proporciona? ¿Quién se preocupa por esta situación, por otra parte habitual, en la clínica?

Todavía, hoy después de un siglo de formación y ejercicio profesional enfermero, no existe un catálogo de puestos de trabajo para las enfermeras. Si, como sabemos, para otros profesionales de las ciencias de la salud. ¿Por qué se perpetúa esta asimetría, todavía, en el ejercicio profesional?. ¿La formación de especialistas enfermeros para qué sirve, es rentable la formación tanto para la administración como para los usuarios del sistema nacional de salud? Llegados a este punto, debemos recordar que la formación Enfermeros Internos Residentes (EIR) está subvencionada por los presupuestos generales del estado. El contrato en formación es pagado por los contribuyentes. Y después no hay puestos de trabajo para estos especialistas. Debemos suponer que ese catálogo de puestos de trabajo, permitirá que el profesional más capaz, es decir, el que posea las competencias requeridas, tendrá un perfil competencial que le permitirá desempeñar con más eficiencia el trabajo. Sin embargo, se recurre a las bolsas de trabajo, por el número que tenga el enfermero en dicha bolsa, para buscar al candidato.

No recuerdo, que hayamos tenido un debate sobre la necesidad del número de enfermeros especialistas necesario en España, al menos, en el ámbito académico. Es más, no se ha debatido sobre la pertinencia, o no, de que todos los enfermeros deban ser especialistas. Si el modelo que impera en la sanidad es el modelo biomédico (todos especialistas), igualmente, vemos a los psicólogos clínicos (todos formados específicamente). Por qué las enfermeras, depende, para qué, si estamos o no estamos al mismo nivel.

Han tenido que transcurrir más de treinta años de presencia en la universidad para poder saltar la barrera que impedía la formación superior en la disciplina de Enfermería. No obstante, en el ámbito académico se puede acceder y cursar el Grado, Posgrado y Doctorado, pero en la clínica no se da, en ningún caso, ese correlato. La enfermera acede a un puesto asistencial y, no hay posibilidad de carrera profesional... Salvo, si se puede llamar carrera profesional a la supervisión de unidad, supervisión de un área, subdirección o dirección. El auténtico profesionalismo no será visible, mientras las condiciones de posibilidad no se den en la praxis. De este modo, las bolsas de profesionales, en nuestra opinión, deberían desaparecer.

En este momento, las enfermeras tienen conocimientos avalados por la titulación universitaria de diplomado o graduado, formación de posgrado (especialidad y/o máster) y doctorado. El ejercicio profesional, tiene y debe ser equilibrado desde la autonomía profesional y el trabajo en equipo, por eso en los distintos ámbitos asistenciales debe plantearse su ejercicio como un miembro más del equipo interdisciplinar. Esto es, con capacidad para tomar decisiones autónomas y compartidas con otros miembros del equipo de salud.

Podemos observar en estos momentos grupos de investigación conjunta de diversos profesionales de la salud. Trabajando codo con codo tanto en investigación básica como aplicada.

Es tiempo ya de trabajar interdisciplinariamente, igualándonos por arriba, es decir, tomando conciencia y ejerciendo la toma de decisiones autónomas desde el conocimiento. Las enfermeras españolas hemos tardado casi un siglo en formarnos, adecuadamente, para asumir el liderazgo de los cuidados. Ese liderazgo incluye que cuando, en cualquier unidad de cualquier hospital, una enfermera decide llamar a un médico, no lo hace porque no sabe qué hacer con el paciente, simple-

mente, ha terminado su cometido y decide que ahora el que debe continuar su trabajo es el médico. Visto así, no existe nada de dependencia y sumisión. Pero sí se demuestra mucho de conocimiento, de decisión y, por supuesto, de trabajo conjunto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rubio y Chacón S. El Instituto Rubio y los Estatutos de su fundador. Madrid: Imprenta del Asilo de Huérfanos del S. C. Insús; 1916.
2. Sellán MC. La psicologización del Cuidado: Krausismo, Psicología y Enfermería. Revista de Historia de la Psicología. 2006; 27 (2-3):127-134.
3. Real Orden de 7 de mayo de 1915 aprobando el programa de los conocimientos que son necesarios para habilitar de enfermeras a las que los soliciten, pertenecientes o no a comunidades religiosas. Gaceta de Madrid, nº141, (21-05-1915).
4. Real Decreto de 12 de enero de 1904 aprobando con carácter definitivo la Instrucción general de Sanidad Pública. Gaceta de Madrid, nº22, (22-01-1904).
5. Real Decreto de 27 de octubre de 1904 aprobatorio del adjunto reglamento para el servicio de Practicantes en los establecimientos de la Beneficencia general. Gaceta de Madrid, nº 301, (29-10-1904).
6. Ley de 27 de febrero de 1908 por el que se la crea el Instituto Nacional de Previsión. Gaceta de Madrid, nº27, (27-01-1908).
7. Real Decreto de 12 de abril de 1910 por el que se establece el Reglamento sobre Puericultura y Primera Infancia. Gaceta de Madrid, (12-04-1910).
8. Real Orden de 11 de diciembre de 1911 que establece los cuerpos de señoritas auxiliares de la Doble Cruz Roja.
9. Sellán MC. La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería española contemporánea. Madrid: FUDEN; 2009.
10. Decreto de 6 de julio de 1955, por el que se prohíbe la coeducación de alumnos de ambos sexos, en las Escuelas de Ayudantes Técnicos sanitarios (A.T.S.). Boletín Oficial del Estado, (23-07-1955).
11. Orden de 28 de febrero de 1985 por la que se establecen los órganos de dirección de los hospitales y la dotación de su personal, regulando la provisión de cargos y puesto correspondiente. Boletín Oficial del Estado, (5-03-1985).
12. Real Decreto 137/1984 de 11 de enero, sobre las estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado, (1-02-1984).

# LA ENFERMERÍA ANTE LOS NUEVOS ESCENARIOS: EL EJERCICIO DE LA PRÁCTICA

## *Nursing in new scenarios: the exercise of practice*

**Cristina Cuevas Santos**

Jefa del Servicio de Enfermería de la Subdirección General de Títulos y Reconocimiento de Cualificaciones. Ministerio de Educación, Cultura y Deportes.

Las últimas décadas han estado marcadas por profundos cambios en la Sanidad, derivados de los cambios ocurridos en el terreno sociopolítico y educativo

La profesión enfermera, a lo largo de los últimos cincuenta años, ha incorporado transformaciones de gran alcance.

El periodo correspondiente a la década de los años 50 se caracterizó por un gran desarrollo de la asistencia sanitaria, materializada mediante la creación de grandes centros hospitalarios, aprovisionados de equipamiento de alta tecnología. Esta época se caracterizó por tener como valor científico dominante, el aspecto técnico. Este hecho generó la necesidad de contar con un colectivo que diese soporte a todas las actividades derivadas de esta innovación y desarrollo sanitario. El perfil requerido era el poseer un alto nivel de conocimientos técnicos, habilidad y pericia para realizar los procedimientos, asegurando un rol colaborador de la profesión médica.

Tres grupos profesionales convivían en España, durante la primera mitad del siglo XX. A partir de 1952, se unificaron los planes de estudios de estos colectivos, dando lugar a una nueva y singular titulación: Ayudante Técnico Sanitario.

La década de los 70 se caracterizó por la incorporación de grandes cambios tanto a nivel sociopolítico como educativo. La Constitución Española de 1978 establece, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos. Se asentaron las bases sanitarias mediante la promulgación de la Ley General de Sanidad, que incorporó entre otros aspectos, la universalidad de la asistencia, y los conceptos de promoción y protección de la salud.

En paralelo, se inició el proceso de transferencias sanitarias a las diferentes Comunidades Autónomas, con la finalidad de aproximar a los ciudadanos la planificación y atención sanitaria.

La evolución en el concepto de salud, los nuevos planteamientos de una atención integral, la importancia de la educación para la salud, avalada tanto por la Organización Mundial de la Salud como por el Consejo internacional de enfermeras, y las directrices de la Comunidad Europea, constataron la necesidad de cambiar conceptos y áreas de actividad de la enfermería.

A nivel educativo, se produjo una situación que supuso un avance fundamental de la profesión: la Ley 14/1970, de 4 de agosto, originó la integración en la universidad de las escuelas de ATS como escuelas universitarias mediante el Real Decreto 2128 /1977 de 23 de julio.

El fuerte compromiso social y profesional de las enfermeras españolas en mejorar su cualificación y con ello, ofertar una mejor prestación de cuidados, fue un mensaje unánimemente transmitido a la sociedad. Las administraciones sanitaria y educativa fueron permeables y sensibles a este posicionamiento profesional, produciéndose la anhelada incorporación a la Universidad, con el establecimiento de nuevos planes de estudios. Este hecho, ha influido de forma notoria en toda la trayectoria de la enfermería española.

Por otra parte, en 1978 se creó el *Instituto Nacional de la Salud* (en adelante INSALUD), como entidad gestora de la Seguridad Social para la administración gestión y de sus servicios sanitarios, dirigida a todos los colectivos incluidos en el sistema de la Seguridad Social (Real Decreto-Ley 38/1978, de 18 de Noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo).

En mayo 1980, el Pleno del Congreso de los Diputados aprueba las propuestas de Resolución de la Reforma Sanitaria. La realidad sanitaria del país distaba de la que la Reforma Sanitaria proponía.

En 1984, el INSALUD, con un concepto diferente del papel y participación de los pacientes, puso en marcha el denominado Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria (INSALUD. Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria. Madrid, 1984), incluyendo como instrumento básico, la creación de la Carta de Derechos y Deberes del paciente.

Esta Carta recogía derechos y obligaciones de los pacientes. Entre los primeros, constaba la libertad de negarse a seguir el tratamiento (salvo excepciones); el derecho a recibir información completa y continuada, a dar su consentimiento previo a cualquier actuación, a no ser objeto de experimentos sin su autorización y a agotar las posibilidades razonables de superación de la enfermedad. Los deberes de los pacientes incluían el cumplimiento de las normas hospitalarias, la utilización adecuada de las prestaciones ofrecidas, el respeto a los profesionales y a los otros enfermos. Dicha Carta fue consignada posteriormente en la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad (art. 10).

Asimismo, el Plan de Humanización incluyó la creación del Servicio de Atención al Paciente dirigido por una enfermera y la Comisión de Humanización como formas de ofrecer protección a los pacientes/familiares frente a la situación de indefensión que la enfermedad genera y controlar el cumplimiento de todos y cada uno de los artículos de la Carta de Derechos y Deberes.

Para introducir en la gestión sanitaria pública una cultura empresarial, el INSALUD publicó en 1984 el "*Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria*". Dicho documento, dirigido por Ricard Gutiérrez Martí, y elaborado entre otros, por las enfermeras Concepción Gómez, M<sup>a</sup> Luisa López Amarante y Blanca Martínez de Salas), introdujo una metodología gestora basada en la *Dirección participativa por objetivos* para toda la red hospitalaria, determinando una doble vertiente: la gestión asistencial y la gestión económica; asimismo, creó una infraestructura informativa sobre la actividad hospitalaria para definir objetivos, asignar los recursos necesarios y medir los resultados concretado en estadísticas asistenciales, clínicas, de relación población-hospital, de personal y económicas.

Del mismo modo, introdujo el control de *calidad asistencial*, mediante la creación de Comisiones de Control de Calidad.

Cabe destacar que el Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria, contenía el referido específicamente a la *Gestión de Enfermería (Anexo 6)*, expresando lo que consideraba puntos esenciales para conseguir una estructura funcional para proporcionar unos cuidados de calidad, estableciendo

un sistema de información y definiendo unos objetivos comunes mediante el establecimiento de criterios unificados.

Dicha *estructura funcional propia*, inexistente en estos momentos, encaminada al asentamiento de la futura División de Enfermería, estaba orientada a:

- Tener conocimiento de la realidad de cada hospital, sobre los recursos humanos, económicos y materiales.
- Conocer los rendimientos
- Instrumentar una metodología de trabajo, mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y avalada documentalmente.
- Recoger los datos para la información y su posterior elaboración.
- Verificar la consecución de los objetivos o exponer las dificultades para lograrlos, mediante Audits específicos de Enfermería orientados a evaluar de forma global la implantación y aceptación en la práctica profesional diaria del Proceso de Atención de Enfermería.

Del mismo modo, se consideró esencial conocer:

1. *Niveles de dependencia de los pacientes*: método basado en el análisis y valoración del nivel de dependencia de los pacientes hospitalizados, mediante la Parrilla de Montesinos modificada, instrumento que establecía tres niveles de dependencia.

Nivel de Dependencia	Clasificación de Pacientes	Sistema de Enfermería
Nivel 1	Pacientes capaces de valerse por sí solos para todas sus necesidades básicas	Mínima vigilancia y tratamiento. Apoyo educativo
Nivel 2	Dependencia parcial de enfermería para cubrir algunas de sus necesidades básicas.	Vigilancia y tratamiento moderado Sistema de compensación parcial
Nivel 3	Dependencia total de enfermería para cubrir necesidades básicas	Sistema de compensación total

*Elaboración propia*

En el cuadro siguiente se muestran los datos de recogida diaria por cada paciente hospitalizado en cada unidad de hospitalización, repetidos periódicamente para detectar posibles cambios asociados a circunstancias y/o distintas épocas anuales:

SERVICIO		1	2	3	4	5	6	7	8
Edad									
Diagnóstico									
ALIMENTACIÓN									
Puede alimentarse solo....	1								
Con ayuda limitada....	2								
Ayuda obligatoria....	3								
HIGIENE CORPORAL									
Se lava solo	1								
Necesita ayuda	2								
Necesita sustitución	3								
LOCOMOCIÓN									
Se desplaza solo	1								
Necesita ayuda	2								



SERVICIO		1	2	3	4	5	6	7	8
Incapacitado	3								
ELIMINACIÓN (G+H)									
Autónomo	1								
Necesita ayuda	2								
Incontinente o sondaje vesic	3								
ORGAN. DE LOS SENTIDOS									
(Vista, oído, equilibrio térmico, alteración sensitiva)									
Bien conservados	1								
Deficientes	2								
Muy deficientes	3								
RELACIONES SOCIALES									
Autónomo	1								
Desorientación	2								
Confuso o inconscientes	3								
VIGILANCIA CLÍNICA		T.A.							
Pulso, temperatura, respiración)									
Cada 24 h-12 h.	1	T.							
Cada 8 h.	2	P.							
Mayor frecuencia	3	R.							
Otros		Observ.							
CAMBIOS POSTURALES	3								
OXÍGENOTERAPIA	3								
CLAPPING	3								
DRENAJES	3								
CONTROL ANALITICO									
Una vez al día	1								
Hasta 3 veces al día	2								
Más de 3 veces al día	3								
DIURESIS									
Cada 24 h-12 h.	1								
Cada 8 h.	2								
Mayor frecuencia	3								
ASPIRACIONES	3								
CURAS									
Una vez al día	1								
Dos veces al día	2								
Más de 2 veces al día	3								
TRATAMIENTO									
Oral	1								
-2 V. I.M.	2								
+2 V. I.M.	3								
I.V.	3								

II. *Cálculo de Plantilla*: identificando los siguientes apartados:

- a) Nivel de dependencia de los pacientes hospitalizados.
- b) Índice de ocupación de la Unidad
- c) Actividades y tareas desarrolladas en las diferentes unidades
- d) Tiempo de enfermería por paciente y día, incluyendo en este tiempo global de todo el equipo (supervisora, enfermeras y auxiliares de enfermería), en cada una de las actividades, categoría profesional de quien las realiza,) y número de veces efectuadas.
- e) Número de enfermeras y auxiliares necesarias por Unidad
- f) Rendimiento de los servicios/unidades

El cálculo del personal necesario en unidades hospitalización y su rendimiento, se hizo, en base a las siguientes fórmulas:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de camas} \times \text{Índice de Ocupación} \times \text{Tiempo Enfermería} \times 365}{\text{Número de horas anuales trabajadas}} = \text{Personal necesario}$$

$$\frac{\text{Tiempo asistido}}{\text{Tiempo contratado}} = \text{Rendimiento}$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de camas} \times \text{Índice de Ocupación} \times \text{Tiempo Enfermería} \times 365}{\text{N}^\circ \text{ de personas (enfermeras+auxiliares)} \times \text{N}^\circ \text{ horas anuales trabajadas}} = \text{Rendimiento}$$

III. *Hoja de observación de Enfermería*: se requiere la cumplimentación de este documento como “*primer paso hacia una instauración posterior de la documentación necesaria para la aplicación paulatina del proceso de atención de Enfermería en los hospitales*” y una *Hoja de Control de Pruebas* diagnósticas de cada paciente, para obtener información del mismo, evitándose duplicidades y pérdida de datos relevantes para los enfermos.

IV. *Creación del Libro de Ingresos y Altas*, donde se recogían datos básicos de todos los pacientes sin necesidad de recurrir a la Historia Clínica individual para obtenerlos y servir de base para la elaboración de datos estadísticos. Este libro, símbolo de toda una época de cambios y adaptación, desapareció con la puesta en funcionamiento del servicio de Admisión y la incorporación de las nuevas tecnologías en los sistemas de información.

La publicación en 1987 del *Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud*, supuso la incorporación de un modelo gerencial orientado a promover una cultura empresarial en el entorno de la Sanidad Pública, impulsando la participación de los profesionales y desarrollando el protagonismo de los pacientes.

Este modelo organizativo se implantó, no sin resistencia por parte de algunos profesionales del sistema. Veían amenazadas sus posiciones de poder o prestigio, por criterios, lenguaje o personas, con formación profesional diferente de la tradicional en algunas ocasiones, considerándoles inadecuados para incurrir en el contexto sanitario; la estructura organizativa quedó configurada por cuatro órganos de alta dirección:

- Gerencia
- División médica
- División de Enfermería
- División de Gestión y Servicios Generales.

La Gerencia, regida por un Director Gerente, como máxima autoridad hospitalaria, y las tres divisiones configuradas con el mismo nivel jerárquico y responsabilidades definidas.

Las responsabilidades asignadas al Director de Enfermería, como máximo responsable de la División, fueron las siguientes:

- Dirigir, coordinar y evaluar el funcionamiento de las Unidades y servicios de la División de Enfermería y del personal de las mismas.
- Promocionar y evaluar la calidad de las actividades asistenciales, docentes e investigadoras.
- Funciones que expresamente le delegue el Director Gerente en relación con sus áreas de actividad.

Este marco normativo, publicado diez años después del ingreso de la titulación enfermera en la Universidad, otorgó a las enfermeras españolas el liderazgo formal de la División de Enfermería, con el reconocimiento y autonomía largamente demandados, situando su autoridad y toma de decisiones al mismo nivel directivo que el resto de las divisiones existentes en la estructura hospitalaria.

**Repercusión en el ejercicio clínico:** En ese contexto, los equipos directivos de enfermería, integrados por supervisores de unidad, supervisores de área, subdirectores y directores, asumieron el liderazgo para garantizar el cuidado a las personas atendidas a lo largo de las distintas etapas del ciclo vital, y en las situaciones derivadas de los problemas de salud, identificando sus capacidades y estableciendo métodos de ayuda para compensar sus limitaciones, guiarles, apoyarles física y/o psicológicamente, enseñarles y promover un entorno favorable a su desarrollo.

Partiendo de un concepto de organización flexible e innovadora, la aportación de las enfermeras era clave, siendo consideradas como *“personal frontera” entre la organización y los usuarios, por su participación e influencia en todos los procesos, tanto a nivel operativo, de gestión, como en la coordinación e intervención de toda la actividad sanitaria.* En base a ello, la evolución de los centros sanitarios debía estar encaminada necesariamente a constituirse en *Centros de Cuidados* abiertos a la sociedad, con clara orientación al paciente/familia, asegurando un nivel de eficiencia, competencia y evaluación de resultados.

Existen numerosas experiencias de la contribución de los gestores enfermeros en la mejora de la práctica clínica, sustentado por la formación continua y los hallazgos científicos. A modo de ejemplo de la actuación emprendida por los directivos, se exponen los datos más relevantes de la actividad desplegada en la División de Enfermería en el Hospital Universitario La Paz de Madrid, a lo largo de 20 años, en la etapa comprendida entre 1.984 y 2.004:

## I. ORGANIZACIÓN

*Definición de la Filosofía del Departamento de Enfermería:* Desde que en 1984 se publicara el Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria, que ya mencionaba la futura creación de las Divisiones de Enfermería, los responsables del departamento de enfermería del precitado hospital, fueron preparando el trayecto hacia el futuro cambio legislativo. La entrada en vigor de la Ley General de Sanidad en 1986 aceleró este proceso.

Uno de los pasos más importante del equipo directivo de Enfermería, consistió en elaborar en el mismo año 1984, un documento de trabajo definiendo la Filosofía del Departamento, iniciando, de este modo, el trazado de una estructura técnico-administrativa que posibilitara la implantación y posterior afianzamiento del Proceso de Atención de Enfermería (en adelante P.A.E.), como metodología científica propia de la disciplina enfermera.

Dicha filosofía, entendida como el marco de referencia del quehacer del departamento y de cada uno de sus miembros, fue definida como el *“conjunto de convicciones y creencias fundamentales que orientan la organización y prestación de los servicios de Enfermería, en base a los cuales se establecen las prioridades y objetivos y se desarrollan las funciones de nuestra profesión.”*

En función de estos principios, se establecieron los siguientes objetivos generales del departamento:

- Proporcionar una atención de calidad a la totalidad de pacientes que demandan cuidados de Enfermería.
- Crear y mantener una estructura técnico-administrativa de Enfermería que permita una actuación racional, oportuna y efectiva.
- Mantener el nivel de competencia profesional.
- Desarrollar una mentalidad investigadora en el personal.

Asimismo, se definieron las políticas educativa y de investigación<sup>31</sup> *“basadas en los criterios de igualdad, justicia, participación y desarrollo técnico”* y orientadas a favorecer una atención de calidad.

Del mismo modo, se definió la estructura funcional del departamento de Enfermería, responsable de la *“organización y ordenamiento de las funciones y actividades necesarias para cumplir con la Filosofía, objetivos generales y desarrollo de los programas de trabajo de enfermería”* en los distintos Servicios y Unidades del Hospital.

Cabe destacar que entre las responsabilidades asignadas a la Directora de Enfermería y a los Supervisores, constaba el *“favorecer la formación de los estudiantes de enfermería, planificando, orientando y evaluando a los mismos con el profesorado de la Escuela”*

*Modificación del sistema de Enfermería. Asignación de Plantilla:* El sistema de enfermería asignado, era el denominado funcional, consistente en organizar y distribuir el trabajo con relación a las tareas a realizar.

El objetivo prioritario del nuevo equipo directivo de Enfermería fue asegurar la prestación de cuidados de enfermería integrales y continuados. Para ello, se estableció:

- La asignación a cada enfermera de un grupo de pacientes, de modo que se responsabilizase de todos los cuidados requeridos por éstos, en contraposición a la realización de tareas aisladas.
- El establecimiento de una sistemática de trabajo y un cronograma de actividades por Unidad. Constituyeron, en aquella etapa innovadora, la elaboración e instauración de los denominados Protocolos de Actividades de Enfermería.

En paralelo se realizó, a partir de un estudio de cargas de trabajo y la elaboración de un documento de valoración de los pacientes, la distribución de la plantilla de enfermería por Niveles de Dependencia en todas las Unidades de Hospitalización para adecuar su dimensión a la carga de trabajo.

## II. CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA Y CALIDAD PERCIBIDA

Ante la inexistencia de pautas de trabajo homogéneas, comportando diferencias en las intervenciones y dificultad para evaluar las mismas, previa solicitud de participación activa por parte

del colectivo mediante convocatorias abiertas a todo el equipo, se constituyeron grupos de trabajo. Entre los documentos elaborados destinados a unificar criterios y asentar las bases del proceso enfermero, cabe destacar:

- *Protocolos Generales de Actuación del Personal de Enfermería*, "qué hacer, como hacerlo y cuando hacerlo", en los temas relacionados con la satisfacción de las necesidades básicas de los pacientes.
- Definición en 1987 del Modelo de Cuidados, decidiendo aplicar el *Modelo de Cuidados de Dorothea Orem* para orientar la práctica profesional, adoptando su filosofía y su forma de entender la disciplina y los cuidados.
- Elaboración del primer *Dossier de Cuidados de Enfermería*, diseñado por un grupo de enfermeras, con la participación del profesorado de la Escuela Universitaria de Enfermería "La Paz", describiendo cada uno de los documentos que integraban el Dossier, así como las normas para su correcta cumplimentación.
- Introducción de la *Hoja de Enfermería* en la Historia Clínica individual.
- Establecimiento de objetivos específicos relacionados con el desarrollo de diversas fases del Proceso de Atención de Enfermería, así como la cumplimentación correspondiente:
  - Valoración sistematizada y documentada de necesidades en las primeras 24 horas.
  - Elaboración de Planes de Cuidados, así como evaluación por turno del Plan de Cuidados, grado de dependencia y demanda de los pacientes.
  - Evaluación escrita al término del Proceso de Atención de Enfermería que contenga valoración de la situación del paciente y recomendaciones de cuidados.

A finales de 1990 el 90% de las Unidades de Hospitalización trabajaban ya con el dossier de cuidados, a excepción del Alta de Enfermería que mantuvo una cumplimentación no homogénea en las distintas Unidades.

- Elaboración del *Manual de Técnicas y Procedimientos* en 1987 y posteriores revisiones, para unificar criterios y proporcionar un entorno de seguridad a los pacientes y al equipo de enfermería.
- Creación, en 1989, del *Departamento de Garantía de Calidad de enfermería*, como órgano directivo, para impulsar la mejora de los cuidados y evaluar la calidad de los mismos mediante el diseño y realización de Audits de Enfermería, con el fin de identificar áreas de mejora. En 1.997 la Dirección se puso en marcha un *Plan de Mejora de la Calidad Percibida* por el Usuario, integrando este aspecto en la planificación de cuidados.
- Elaboración y aplicación de *Protocolos de cuidados*, incluyendo *cuidados generales* dirigidos a adulto, niño, mujer gestante y anciano, *cuidados específicos* y los derivados de determinados problemas de salud.
- Participación activa en la elaboración y puesta en marcha de las *vías clínicas*, mediante la *inclusión de los planes de cuidados* en las mismas, en un enfoque de trabajo interdisciplinar, orientadas a reducir la incertidumbre de los pacientes/familiares mediante la información previa de la posible evolución.
- *Ampliación de las Unidades de Hospitalización Padres-Hijo*, como soporte estructural y conceptual del mantenimiento del vínculo paterno-filial, con una orientación integradora, basada en la comunicación y estrecha cooperación con la familia.
- Elaboración de guías de cuidados a través de grupos de trabajo compuestos por enfermeras del Hospital y de Atención Primaria.

*Objetivos de calidad*, establecidos a partir de 1.989:

- Control de la tasa de infecciones postquirúrgicas mediante la adecuada preparación prequirúrgica del enfermo según protocolo.
- Prevención, y control de complicaciones asociadas a la cateterización venosa.
- Medidas de prevención, control y reducción de complicaciones asociadas a pacientes con sondaje vesical.
- Medidas de prevención, control y tratamiento de pacientes con úlceras por decúbito.

### III. FORMACIÓN CONTINUADA

- Establecimiento de Sesiones generales de Enfermería, abordando temas de interés general.
- Establecimiento de Sesiones de Enfermería en la distintas Unidades.
- Formación impartida por el profesorado de la Escuela de Enfermería sobre fundamentos teóricos y metodológicos de enfermería, dirigida a los equipos. Cabe destacar el marco de colaboración institucional Hospital-Escuela, para asentar la metodología de trabajo y el Modelo de Cuidados.
- Impulso del Departamento de Formación Continuada, ya existente con enfermeras adscritas al mismo en dedicación exclusiva desde 1979.
- Diseño y difusión de Plan de Formación anual, orientado a dar respuesta a la detección de necesidades formativas identificada por los profesionales en armonía con las líneas estratégicas institucionales. Evaluación de la formación impartida, identificando el grado de aplicación en el puesto de trabajo de las capacidades adquiridas con la actividad formativa y su mantenimiento temporal.
- Fomento de la formación en Servicio

### IV. FORMACIÓN PREGRADO Y POSTGRADO

- Colaboración de la División de Enfermería, con el profesorado de los respectivos centros educativos, en el aprendizaje clínico de estudiantes de Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Auxiliares de Enfermería.
- Dirección compartida entre la Dirección de Enfermería del Hospital y la Dirección de la Escuela Universitaria de Enfermería La Paz de los Títulos Propios de la Universidad Autónoma de Madrid, referidos a ámbitos profesionales de gran complejidad e impacto en la atención proporcionada:
  - Diploma Superior de Enfermería de Quirófano (1.100 horas)
  - Diploma Superior de Enfermería de Urgencias (490 horas)
  - Diploma Superior de Gestión de Enfermería (315 horas)

### V. TRABAJO EN EQUIPO

El alto nivel de colaboración de los profesionales de enfermería en el diseño e implantación de líneas de calidad queda reflejado en la participación de comisiones, como, a modo de ejemplo, las enumeradas a continuación:

- *Comisión del Dossier de Enfermería*: dirigida a la actualización del Dossier de Enfermería y seguimiento del mismo.
- Comisión del Manual de Técnicas y Procedimientos: para la elaboración y actualización de protocolos.

- *Comisión de úlceras por presión*: dirigida a elaboración de normas y difusión de las medidas para el abordaje de pacientes con riesgo y/o desarrollo de úlceras..
- Edición y difusión (1999) de "*Pautas de Actuación del Personal de Enfermería*", elaborado por todos los colectivos y por profesores de la Escuela de Enfermería .

## VI. LIDERAZGO DEPARTAMENTAL

- Creación y organización de las "I y II Jornadas Nacionales de Supervisión" (1987 y 1989) como foro de encuentro y necesidad de profesionalización de los puestos directivos. Contaron con la participación de más de 500 profesionales
- Participación masiva de los profesionales de enfermería en los foros científicos de ámbito nacional e internacional

## VII. DESARROLLO DIRECTIVO

La actitud general y el fuerte liderazgo de los Supervisores de Unidad y de Área áreas reflejó una gran madurez y compromiso profesional, participando activamente en los siguientes apartados:

- *Evaluación del Desempeño*, iniciada en 1985, con modificaciones posteriores basadas en un modelo de gestión por competencias (95% de la Plantilla de Enfermería).
- Elaboración del *Perfil de competencias técnicas específicas*, vinculadas a las diversas áreas de trabajo.
- *Programa de Acogida de los Nuevos Profesionales y de los Nuevos Supervisores* (desde el año 2.002 )
- *Mentores-Tutores ( Supervisores de Unidad experimentados con formación específica para favorecer la integración de Supervisores nuevos)*
- Coparticipación con el departamento de Recursos Humanos en :
  - *Assessment Centre* (entrevista estructurada, predictiva de la capacidad potencial directiva, realizada a candidatos a Supervisión).
  - *Evaluación 360º* (realizada a supervisores que, de forma voluntaria quieren tener unida a la evaluación de su jefe inmediato, la opinión de otros supervisores y de sus colaboradores directos).

Para concluir, en lo anteriormente expuesto se ha pretendido reflejar algunas actividades desarrolladas y asentadas en la comunicación y la aspiración a mejorar y avanzar permanentemente, comportando un modelo de actuación orientado a impulsar un entorno favorable para las personas, llevando a cabo un **enfoque directivo orientado al cuidado**.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Cuevas C., Cap. 12, "Gestión de cuidados" en Ayuso D., Grande R., et al "La Gestión de Enfermería y los Servicios Generales en las Organizaciones Sanitarias" Díaz de Santos. Madrid.2006
- Escuela de Enfermería La Paz "Principios, funcionamiento y Plan de Estudios" Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General. Madrid. 1988
- Evangelista M. "Medicina y Sociedad. La Reforma Sanitaria"; Ediciones Sanidad y Seguridad Social. Instituto Nacional de la Salud. Madrid. 1981.
- Gutiérrez R, et al. "Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria" Subdirección General de Atención Hospitalaria. Instituto Nacional de la Salud. Madrid. 1984.

- Hospital Universitario La Paz (Madrid). Filosofía del Departamento de Enfermería (documento interno).
- Hospital Universitario La Paz (Madrid).Memorias de la División de Enfermería General (documento interno).
- Hospital Universitario La Paz (Madrid). Servicio de Atención al Paciente. "Carta de Derechos del Niño Hospitalizado"
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de ATS como Escuelas Universitarias de Enfermería.
- Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.
- Real Decreto-Ley 38/1978, de 18 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo.





# LA ENFERMERÍA ANTE LOS NUEVOS ESCENARIOS EN EL ÁMBITO DE LA EDUCACIÓN

## *Nursing in new scenarios in the field of education*

Pilar Tazón Ansola  
Presidenta de la CNDE

### INTRODUCCIÓN

En primer lugar quisiera agradecer a la organización su invitación a esta mesa y la posibilidad que me brinda de poder compartir con todos ustedes las oportunidades que este nuevo marco formativo aporta al desarrollo académico de Enfermería así como a los retos que nos enfrenta esta nueva situación.

Nos encontramos en los últimos años en Europa en un proceso de intenso y constante debate sobre la estructura de los estudios y enfoques formativos, el famoso Plan Bolonia, que culminó su primera fase de implantación en el año 2010 y que empieza en este momento a dar los primeros resultados.

El nuevo Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) ha supuesto un conjunto de reformas que se han llevado a cabo en las Universidades para converger hacia un espacio europeo común, trabajando sobre la necesidad de clarificar los conceptos de calidad de la docencia en una línea coherente con las líneas básicas del EEES: el desarrollo de las competencias del alumnado como objetivo fundamental del proceso enseñanza-aprendizaje y la orientación del mismo hacia la innovación y creatividad.

Ello ha supuesto entre otros cambios la modificación de la estructura actual de las Titulaciones. Así la formación Universitaria ha quedado estructuralmente configurada en tres niveles de desarrollo académico: Grado, Máster y Doctorado.

En el caso de la formación en enfermería en la imagen se puede observar el nuevo itinerario académico/profesional.

Pero además de un cambio estructural el nuevo escenario académico ha supuesto un cambio de enfoque importante centrado en:

- Programas centrados en el estudiante
- La satisfacción de las demandas del mercado laboral y de la sociedad
- El desarrollo de competencias



- La movilidad de estudiantes
- Los Créditos Europeos en base al trabajo del alumnado.
- La calidad de la oferta formativa

El diseño de la nueva titulación ha supuesto en la Universidad un proceso de revisión profunda de la manera de formar con el fin de que sus egresados sean capaces de responder de manera más adecuada a las complejas exigencias de nuestro cambiante y diverso mundo actual. Reflexión que sigue realizándose en el despliegue de la titulación y en la valoración de los resultados obtenidos para la acreditación, proceso en el cual nos encontramos.

Cuando analizamos el perfil de egreso de los titulados este hace referencia a: destrezas de autonomía (como la auto-conciencia, la voluntad de aprender, la auto-promoción, creación de redes), las competencias personales (habilidades interpersonales, habilidades de comunicación, el equipo de trabajo), las habilidades generales (tales como la resolución de problemas, flexibilidad, idiomas extranjeros) y las habilidades específicas en este caso en el ámbito de la enfermería. Enfoque vinculado en el marco de la formación a las competencias transversales y por lo tanto a la formación integral.

Hablamos pues del desarrollo profesional de los graduados que esta interconectado con la calidad educativa, los logros educacionales, el currículo, los objetivos, los métodos de enseñanza, y los métodos de evaluación. Conceptos que estaban totalmente integrados en los requerimientos exigidos que el Ministerio de Educación para la elaboración de los nuevos planes de grado.

Es verdad que la formación universitaria fue concebida como un proceso orientado más al desarrollo intelectual y cultural, a la acumulación de conocimientos que al ejercicio de funciones profesionales específicas. Por eso choca tanto la actual presión hacia el profesionalismo. Algunos responsables universitarios lo tienen a menos, como si ello significara convertir la universidad en una academia que preparara para el empleo. Estamos ante un asunto complicado y conflictivo que ha suscitado debates apasionados en nuestras universidades y que requiere como apunta el profesor Zabalza un análisis para evitar que acabe derivando a planteamientos excesivamente reduccionistas y funcionales.

## OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO DE LA FORMACIÓN

### Mejora en el Diseño Curricular. De los descriptores a las competencias

Desde sus inicios los planes de estudios han ido evolucionando conceptualmente, estando organizados en un inicio por descriptores, por objetivos generales posteriormente, hasta el diseño de competencias de los actuales estudios de Grado.

Desde este enfoque, el marco pedagógico por competencias ha supuesto sin duda, una nueva forma de afrontar la enseñanza universitaria. La creación del EEES ha supuesto una crisis importante en nuestros planteamientos docentes y de gestión y por lo tanto una oportunidad para orientar los mismos hacia el aprendizaje y la mejora. Los currículos académicos ya no pueden configurarse como asignaturas independientes, deben planificarse de manera integrada y coordinada.

En un primer momento parecía que dicho enfoque encajaba con la formación que enfermería venía realizando, sin embargo a pesar de tener un camino recorrido hemos tenido que pararnos a reflexionar sobre diferentes aspectos que han sido claves en el diseño de la nueva titulación.

Se deberá preparar al alumnado para afrontar, con la mayor satisfacción posible, las diferentes situaciones laborales y vitales que el desarrollo profesional va a plantearle. Las organizaciones esperan no solo el nivel de educación específica sobre los puestos de trabajo, sino también de otros atributos y habilidades personales.

Cuantas veces en nuestras exposiciones hemos remarcado como un gran avance en la formación enfermera el conjunto de conocimientos, saber hacer, habilidades y actitudes que permiten a los profesionales desempeñar y desarrollar su rol. Pero hablar de competencias no supone siquiera la suma de estos elementos, actualmente referirnos a la competencia supone referirnos a un cierto nivel de complejidad.

Tomando en cuenta los diferentes niveles de complejidad parece obvia la importancia que esta idea tiene para la enseñanza universitaria. Según indica el profesor Zabalza *"El primer nivel de competencia dice poco a la formación elevada que debe desarrollarse en la universidad. Los últimos niveles requieren de una experiencia profesional ya consolidada y, por tanto, sólo podrán alcanzarse a través de la formación continua. El juego formativo universitario, al menos en la formación de grado, se ubica mejor en los niveles intermedios. Por eso los actuales planteamientos formativos insisten en la necesidad de aprendizaje autónomo en el trabajo en equipo y la búsqueda de soluciones originales a los problemas"*

Teniendo en cuenta todas estas reflexiones asumimos el diseño de la nueva formación por competencias basada en las siguientes asunciones básicas Houston (1985):

*"El programa de formación se define a partir de la práctica de profesionales efectivos, lo que se ha venido posteriormente en denominar buenas prácticas".* Los programas no pueden estar basados en materias. El eje que estructura el programa es la cuestión de qué debe conocer, qué debe ser capaz de hacer o asumir como compromiso un profesional del ámbito de la enfermería.

*"Los objetivos o metas del programa vienen definidos como el dominio de las competencias seleccionadas. Los alumnos han de demostrar, durante o al final de dicho programa, que dominan las competencias señaladas".*

*"Todo el proceso de enseñanza y orientación del alumno está centrado en las competencias o dirigido a su dominio. Los conocimientos y experiencias que se incluyen en el programa de formación se justifican por su aportación a la consecución de las competencias. La pregunta previa a la inclusión de cualquier contenido formativo es: ¿en qué medida ayuda a la consecución de las competencias señaladas?"*

*"La cuestión del aprendizaje no viene marcada por el tiempo transcurrido sino por el dominio adquirido en las competencias incluidas en el programa y planificadas de forma progresiva. Las competencias no se promedian entre sí, sino que su dominio deben ser alcanzado y demostrado progresivamente".*

Por eso se precisa un tipo de perspectiva más amplia de las competencias de forma que per-

mitan diseñar un proceso formativo más rico y completo. En ese sentido, son más interesantes visiones de las competencias que cubran un espectro más amplio de propósitos formativos.

Esa reconceptualización se ha hecho patente, sobre todo, en el cambio de consideración acerca del papel que juega el practicum en la formación inicial en el diseño de la titulación.

El practicum es el hilo conductor en torno al cual se estructura todo el currículum de Enfermería. No se realiza “después de la teoría” sino que a través de él se asimilan los contenidos de las materias que conforman el currículum básico de formación. El practicum es el punto de inicio de los aprendizajes que los estudiantes llevan a cabo, por tanto, los contenidos de las diferentes materias deben construirse no a partir de una descripción del estado de la persona y de ahí derivar reglas para cuidarlo, sino en el análisis y cuestionamiento de los esquemas conceptuales y de acción que aparecen cuando la enfermera profesional se enfrenta a los problemas de su práctica.

Ciertamente, el conocimiento aprendido en el aula tiene un valor instrumental, pero a condición de que sea integrado por el estudiante en su marco de referencia como un elemento más, no como el único elemento, de su saber práctico. Así cada asignatura deberá conocer y llevar integrados en la misma los resultados de aprendizaje vinculados al practicum.

### **Completo desarrollo académico: Del Grado al Doctorado**

Las nuevas perspectivas de formación rompen un techo inalcanzable hasta este momento en el desarrollo académico en Enfermería. Cualquier profesional de enfermería, diplomado o grado, podrá realizar la totalidad del desarrollo académico sin que sea necesario recurrir a otras disciplinas cuando se quiera acceder a una formación académica superior, con lo que ello supone en el avance de la Disciplina Enfermera

El RD 1837 de 2008 por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado, señala en su artículo 43 que “En España, la formación básica de enfermera responsable de cuidados generales es la que conduce a la obtención del título universitario oficial de Diplomado en Enfermería, establecido por el Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, o a la obtención del título de Grado establecido de acuerdo con las previsiones contenidas en la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, conforme a las condiciones del Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008. Dichos títulos permiten el ejercicio de las actividades profesionales a que se refiere el artículo 7.2.a) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias”

El Real Decreto 1393/2007 de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, indica que “los títulos universitarios oficiales obtenidos conforme a planes de estudios anteriores a la entrada en vigor del presente real decreto mantendrán todos sus efectos académicos y, en su caso, profesionales”. De igual manera, en la misma disposición adicional se lee que “quienes estando en posesión de un título oficial de Diplomado, Arquitecto técnico o Ingeniero técnico podrán acceder a las enseñanzas oficiales de Máster sin necesidad de requisito adicional alguno, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 17” (condiciones de admisión establecidas por las universidades). Así mismo, en el artículo 19 se indica que “para acceder al programa de Doctorado en su periodo de formación, será necesario cumplir las mismas condiciones que para el acceso a las enseñanzas oficiales de Máster” y para acceder al Programa de Doctorado en su periodo de investigación “ será necesario estar en posesión de un título oficial de Máster Universitario” o “haber superado 60 créditos incluidos en uno o varios Másteres Universitarios” o “estar en posesión de un título de Graduado o Graduada cuya du-

ración, conforme a normas de derecho comunitario sea de, al menos, 300 créditos”; dejando a criterio de las universidades el establecimiento de “los procedimientos y criterios de admisión al correspondiente Programa de Doctorado en cualquiera de sus periodos”. Aunque este programa aún está en vigor hasta el 2017 (año en el que dejará de estar vigente y en el que están matriculados muchos enfermeros en la actualidad), desde hace algo más de un año, no se admiten alumnos en dichos programas de doctorado verificados bajo este RD.

El Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado, es el que ha venido a sustituirlo, y bajo el que se están verificando los últimos programas de doctorado. No obstante, los requisitos de acceso al programa de doctorado (RD 99/2011), han sido recientemente modificados por el Real Decreto 43/2015, de 2 de febrero. Dicho RD, en su artículo segundo: Modificación del Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado, expone que queda modificado el apartado 1 del artículo 6 del Real Decreto 99/2011 de la siguiente manera: Con carácter general, para el acceso a un programa oficial de doctorado será necesario estar en posesión de los títulos oficiales españoles de Grado, o equivalente, y de Máster universitario, o equivalente, siempre que se hayan superado, al menos, 300 ECTS en el conjunto de estas dos enseñanzas.». En este sentido, tanto diplomados en enfermería como los graduados, podrán acceder al programa de doctorado a través de un máster universitario y que al menos, la suma entre ambas titulaciones sea de 300 ECTS.

El Libro Blanco de Enfermería, en el que se recoge el estudio de las horas de dedicación de los planes de estudios de Diplomado en Enfermería y su conversión a ECTS, concluye que la media nacional dedicada a contenidos comunes obligatorios alcanzaba los 207,9 ECTS. Esto se explica por estar sometidos los estudios de enfermería a la Directiva Europea. A ello hay que añadir los créditos cursados en algunos casos con la optatividad y en todos con la “libre configuración”. Es por ello que la Conferencia Nacional de Directores de Centros Universitarios de Enfermería propuso en dicho documento el reconocimiento de créditos del título de Diplomado en Enfermería en 210 ECTS.

Trasladando dicha disposición transitoria, se extrae que el título de Grado en Enfermería otorgará las mismas atribuciones profesionales para el ejercicio de la profesión de enfermero que el de Diplomado en Enfermería y éstos titulados podrán acceder a las enseñanzas de Máster sin necesidad de ningún requisito adicional. Y que obtenido éste o habiendo cursado 60 créditos incluidos en uno o varios Másteres, podrá acceder al Programa de Doctorado en su fase de investigación.

## RETOS A LOS QUE NOS ENFRENTA EL NUEVO MARCO UNIVERSITARIO

### Exigente Diseño curricular que hay que hacer sostenible

Como citaba anteriormente el nuevo diseño curricular ha supuesto un importante nivel de complejidad y exigencia que tendrá que ser evaluado en los próximos años y que deberá ser coherente y sostenible. Ello supondrá no descuidar en ningún momento los siguientes aspectos:

- *El liderazgo de los responsables de los centros y compromiso del profesorado.* Las competencias de la titulación están marcando la formación de los estudiantes y son el hilo conductor de la formación y no la suma de competencias de materias. Por ello se deberá mantener y coordinar el marco común en el cual el profesorado deberá desarrollar su materia.
- *La evaluación y mejora del desarrollo de instrumentos de evaluación del practicum* que definen la formación progresiva y los resultados de aprendizaje a su vez integrados en el curriculum de las materias.

- El papel de las tutoras /instructoras de prácticas (profesionales de enfermería) clave desde el diseño hasta la evaluación de la propia titulación. El conocimiento práctico es casi imposible que pueda ser transmitido en el aula, es experiencial, de aquí que la profesional de enfermería adquiera un papel central en los procesos de enseñanza del saber práctico. Su función consiste, más que controlar la aparición de errores en la aplicación que el alumnado realiza del conocimiento aprendido en el aula, en una conversación reflexiva con aquélla acerca de las acciones de cuidado, los procedimientos de la asistencia y el sentido que les otorga.
- La formación del profesorado y de las profesionales que realizan la formación práctica de los estudiantes. Asumir esta responsabilidad implica que las Facultades de Enfermería no sólo redefinan su proyecto educativo, sino que promuevan de manera congruente acciones en los ámbitos pedagógicos que se traduzcan en modificaciones reales de las prácticas docentes en los diferentes escenarios, tanto en la Universidad como en los centros sanitarios.
- Aplicar los sistemas de Gestión adecuadamente para que nos permitan conocer cómo hacemos las cosas y como mejorar los resultados obtenidos

### **Adaptación constante a los cambios normativos y legislativos**

En los últimos años se están produciendo constantes cambios legislativos y normativos en la modificación de las enseñanzas universitarias, la creación de centros, los estudios de Master y Doctorado, criterios de acreditación y reconocimientos del profesorado, etc, que están generando gran incertidumbre y la necesidad de ajustar constantemente los diseños curriculares de las diferentes titulaciones.

Así el pasado 3 de Febrero se publicó el RD 43/2015, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007 por el que se cambia la ordenación de las enseñanzas universitarias. En un primer momento se dispuso que los planes de estudio de las titulaciones de grado deberían tener 240 créditos. El real Decreto 99/2011 de 28 enero por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado establecía a su vez que para el acceso a un programa oficial de doctorado era necesario estar en posesión de título de Grado o equivalente y de Master. Sin embargo en los países de nuestro entorno se puede acceder a los estudios de Doctorado con titulaciones de Grado de 180 créditos y con Másteres de 120 créditos. Esta discrepancia dificulta la internacionalización de los egresados por lo que se modifica la ordenación con una nueva norma que dice que las titulaciones de Grado podrán tener un mínimo de 180 créditos y un máximo de 240, lo cual supone volver a modificar toda la estructura curricular de las enseñanzas.

En este nuevo escenario la Ley Orgánica 4/2007 de 12 de abril, en su artículo 7 señala que "Las universidades públicas estarán integradas por Escuelas, Facultades, Departamentos, Institutos Universitarios de Investigación y por aquellos otros centros o estructuras necesarios para el desempeño de sus funciones".

Hasta dichas reformas la denominación de los centros estaba vinculada al nivel de estudios superiores oficiales que se impartían, existiendo una diferenciación entre Facultades (Licenciaturas, Doctorado) y Escuelas Universitarias (Diplomaturas). A partir de la actual legislación desaparece la denominación de Escuelas Universitarias y se incorpora como nombre de centro las "Escuelas". A la luz de los textos legales el cambio de denominación puede ir hacia cambiar el nombre de "Escuela Universitaria de Enfermería" a "Escuela de Enfermería" o a "Facultad de Enfermería".

Aunque en muchos casos, son las políticas universitarias quienes marcan las decisiones en la denominación de los centros, las escuelas han asumido mayoritariamente la denominación de Facultad de Enfermería. En algunos casos al tener vinculadas más titulaciones, se ha modificado el nombre de Escuela por Facultad manteniendo la denominación de todas las titulaciones adscritas

(Facultad de Enfermería, Fisioterapia, Podología y Terapia Ocupacional), y en otros casos se ha utilizado el nombre de Facultad de Ciencias de la Salud para cobijar a todos los estudios vinculados a estas ciencias.

El hecho de que muchas de las escuelas estén optando por la denominación de Facultad viene dado por un lado por el hecho de equipararnos al resto de centros universitarios, y quizá también por un anhelo histórico y las connotaciones y carga simbólica que tiene la denominación. Un viejo aforismo dice que lo que tiene nombre existe y lo que no tiene nombre no existe. El lenguaje constituye para nosotros una herramienta básica y poderosa, y las Facultades de Enfermería representan todos los avances conseguidos.

Existen por otro lado motivos académicos que aconsejan en muchos casos los cambios de denominación expresados en nuevas estructuras para crear departamentos, mejoras en la investigación y diversas atribuciones y competencias.

Desde esta realidad, muchas escuelas modificarán su denominación. Ahora bien no deberemos poner en dicha denominación, aunque tiene su importancia, toda la carga de reconocimiento que hemos perseguido y que hemos conseguido porque correremos el riesgo de llamarnos de diferente forma pero no avanzar. La equiparación con el resto de disciplinas, a nivel académico y avance científico, lo dará el enfoque adecuado de la formación, reflexionando sobre los perfiles de egreso y las necesidades de avances en la investigación del cuidado que mejoren la calidad del mismo.

### **El techo de Cristal: Acreditación y Reconocimiento del Profesorado Universitario**

Desde la CNDE existe en este momento una preocupación importante en relación al proceso de acreditación de los profesores de enfermería, especialmente a la luz del RD 1312/2007 por el que se regula el acceso a las plazas de los profesores/as universitarios/as. Concretamente por la elevada tasa de fracaso en la concesión de acreditaciones relacionadas con el programa PEP, Ayudante Doctor (AD), Contratado Doctore (CD) y el programa ACADEMIA (Titulares de Universidad (TU) y Catedráticos de Universidad (CU) en nuestra área de conocimiento.

Los resultados de los procesos de evaluación actuales indican que la tasa de éxito/fracaso ante la evaluación de TU y CU, es idéntica a la de otras titulaciones universitarias. Sin embargo, es llamativo el bajo porcentaje de profesores que se presenta a dichas evaluaciones.

En relación a la evaluación de Contratado Doctor el número de profesores que se presentan a esta acreditación era muy superior al de otras titulaciones, sin embargo, la tasa de fracaso es llamativamente superior al de otras disciplinas. Aunque no se disponen de datos objetivos que justifiquen esta situación, algún dato parece apuntar a un tema de formato y de saber presentar los méritos a la comisión evaluadora.

Enfermería es una disciplina universitaria con título de grado medio desde 1978. Este hecho concluye que enfermería sea una disciplina muy joven con una corta trayectoria académica. El acceso a la universidad como diplomatura, título de grado medio, supuso un gran avance para nuestra área, aunque totalmente insuficiente, puesto que no se tenía acceso a programas de doctorado. Este aspecto originó que muchas enfermeras tuvieran que realizar una segunda titulación de grado superior en el ámbito de las ciencias sociales, como antropología, sociología, humanidades, etc., o que finalmente tuvieran que ocupar otras áreas de conocimiento no propias de enfermería, ya que las propias de enfermería estaban ocupadas por profesores de otras áreas de conocimiento.

Un segundo título en licenciatura les facilitó el acceso a programas de doctorado, en su mayoría de Ciencias Sociales (Antropología, Psicología, etc.) y no de ciencias de la salud. En este sentido nos encontramos con enfermeras con una clara formación investigadora en el campo de ciencias



sociales, dando lugar a una nueva área investigadora, ciencias socio-sanitarias, que les lleva a utilizar las herramientas investigadoras propias de este ámbito. Este hecho provoca que muchas enfermeras difundan la investigación que realizan publicando tanto en el ámbito de las ciencias sociales como en el ámbito de las ciencias de la enfermería.

Este aspecto, y según los criterios actuales de evaluación de la ANECA aplicados al área de enfermería, es claramente penalizador, pues aunque los profesionales de enfermería investiguen en una única línea, su trabajo proyecta una doble mirada y, provoca que su currículum investigador pueda parecer poco coherente. Esta situación claramente penaliza y dificulta la obtención de una evaluación favorable de su currículum investigador. Hemos de tener en cuenta que las ciencias sociales utilizan bases de datos e índices de calidad de las publicaciones en parte diferentes a los de las ciencias de la salud, por lo que al evaluar a las enfermeras bajo los criterios de las ciencias de la salud, hace que muchas enfermeras no cumplan los requerimientos mínimos.

Cabe destacar que el hecho de que haya enfermeras con publicaciones en el ámbito de las ciencias sociales, no sólo se debe a la doble titulación (enfermería-antropología; enfermería-humanidades; enfermería-sociología; etc.) y haberse formado en programas de doctorado de ciencias sociales, sino que las ciencias socio-sanitarias es un ámbito muy propio de la disciplina enfermera. Enfermería es una ciencia que no sólo se ocupa de aspectos fisiológicos y biomédicos, sino que además, es propio de la enfermería el estudio de la respuesta humana desde una mirada más amplia, contemplando los aspectos referidos a la salud integral. La respuesta humana también es analizada por disciplinas sociales, por lo que no es de extrañar que muchas enfermeras investiguen desde una mirada más antropológica y social. Este hecho queda refrendado por la presencia del área de conocimiento "Nursing" en JCR tanto en Science Citation Index (SCI) como en Social Sciences Citation Index (SSCI). Este dato justifica que enfermería sea una disciplina que abarque también un ámbito de las ciencias sociales. Sin embargo, cabe destacar que en el ámbito de las ciencias sociales, puntúan positivamente las revistas indexadas en SCI JCR, y SSCI JCR. En cambio, en el ámbito de las ciencias de la salud, sólo son válidas para la obtención de puntuación favorable, las revistas indexadas en SCI JCR. Este hecho es penalizador y reduccionista en nuestra disciplina.

No ocultamos que enfermería tiene una menor trayectoria investigadora que otras disciplinas del ámbito de las ciencias de la salud como medicina, y por lo tanto, menor trayectoria de publicación en revistas de impacto internacional y revistas indexadas en JCR. Pese a esta aparente limitación, no lo consideramos así, sino que este hecho es la constatación de que el ámbito de estudio de la enfermería es un ámbito mixto socio-sanitario. En la actualidad no se contempla la acreditación mixta entre los dos comisiones de evaluación o áreas de conocimiento. No obstante, los profesores de nuestro ámbito están adaptándose a los nuevos criterios de evaluación, y están haciendo un gran esfuerzo por publicar bajo los criterios definidos para la obtención de acreditaciones. Sin embargo, estos cambios no se producen a corto plazo, sino tras un largo recorrido y aprendizaje en esta línea. Además, el número de revistas JCR en nuestro ámbito es claramente inferior al de otras disciplinas bajo la misma área de evaluación, como por ejemplo medicina. Esto dificulta la publicación en revistas en igualdad de condiciones. Actualmente es algo casi excepcional que un profesor/a enfermero/a se acredite como CU y TU por su vía ordinaria (no la vía extraordinaria reconocida para los titulares de escuela universitaria que han ejercido cargos unipersonales de gestión y posteriormente se han doctorado) bajo la comisión de evaluación de ciencias de la salud. Es necesario analizar en profundidad la trayectoria investigadora de los profesores de enfermería y hacer propuestas y nuevos planteamientos a la comisión evaluadora.

En nuestros días, se está potenciando y alentando la investigación en grupos multidisciplinares, desde el ámbito político y científico. El área de enfermería es una disciplina con conocimiento

compartido entre varias áreas conocimiento, como son la medicina, el trabajo social, la psicología, la antropología, la pedagogía, etc. Por ello es frecuente que los profesores e investigadores publiquen trabajos en colaboración en revistas de Psicología, Sociología, Medicina, Antropología, Pedagogía, etc. La publicación multidisciplinar en revistas de otros ámbitos no exclusivamente del campo biomédico no se debe penalizar y debe ser evaluada conforme a los criterios propuestos en este documento para Ciencias de la Enfermería, independientemente del área o categoría a la que pertenezca la revista donde se publiquen los resultados. Es por ello que las políticas y sistemas de evaluación deben tener criterios coherentes con la disciplina y asequibles a corto y medio plazo, teniendo en cuenta las peculiaridades de la disciplina.

En los próximos años tendremos un reto importante por un lado deberemos seguir trabajando en diferentes propuestas para la evaluación de méritos al tiempo que propone que estas orientaciones sobre criterios específicos, exclusivos para el ámbito de la enfermería, se contemplen en la evaluación de la actividad investigadora a partir del año 2014 y se incluyan en la correspondiente convocatoria anual como criterios propios para la disciplina enfermera como una nueva área de evaluación.

Todo lo anteriormente expuesto tiene a su vez una situación paralela en la obtención de meritos de investigación. En relación al tema de los sexenios es también manifiesta la preocupación con la reciente publicación del BOE nº 290 publicado el 1 de diciembre de 2014, Resolución de 26 de noviembre de 2014, de la Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora, por la que se publican los criterios específicos aprobados para cada uno de los campos de evaluación BOE RD 2014 sobre los méritos requeridos para obtener sexenios. Requerimientos que suponen un alto nivel de actividad investigadora.

Dicha situación hace que el profesorado que no tenga reconocidos dichos meritos no podrá participar en los paneles de comisiones de evaluación, o participar en tribunales de tesis. Además, las universidades que no tengan suficiente número de doctores con sexenios tendrán dificultades para la verificación de los programas de doctorado de la cual depende el número de plazas que se podrán obtener de doctorandos cada año limitando y poniendo números clausos a los programas de doctorado. Esto supondrá un problema, pues limitará el número de personas en los programas de doctorado.

## CONCLUSIONES

El nuevo escenario académico sin duda ha supuesto un avance importante para la Formación de Enfermería, mejorando el diseño curricular desde la reflexión en competencias desde un enfoque de formación integral.

El grado en enfermería ha supuesto además la consecución de una necesidad reivindicada desde hace tiempo de poder desarrollar la formación en cuatro años lo que nos permite responder de forma coherente a los requerimientos de la Directiva Europea a la vez que nos equipara al resto de titulaciones.

Las escuelas de enfermería como escuelas universitarias y muy vinculadas al ámbito profesional siempre se han caracterizado por su gran implicación y vinculación al proceso docente, sin tener que responder "específicamente" a indicadores altos de investigación. Ahora nos llega el tiempo de investigar, gestionar e impartir una docencia de calidad lo cual requerirá una gran dedicación y esfuerzo que deberemos equilibrar, sin olvidar que tanto la investigación, como la gestión, además de al servicio del avance de la disciplina están al servicio de la docencia.

Eso requerirá tiempo, tiempo para que los grupos de profesorado evolucionen hacia equipos docentes y de investigación a medida que adquieran la capacidad de autoorganización. Todo ello

supone un cambio cultural, ir a la estructura profunda de las organizaciones y modificarla hasta el punto de que permita, mediante los procesos y movimientos que en ella se impriman, impulsar la consolidación de otras formas de hacer y trabajar.

Comenzamos en una nueva etapa del desarrollo de la formación en enfermería y por lo tanto del avance de la profesión desde la posibilidad de alcanzar los mayores niveles de desarrollo científico y académico, pero debemos responder con humildad a dicho reto sabiendo que estamos situadas en una posición de grandes posibilidades de avance. Hemos acogido este nuevo escenario como una gran oportunidad, liderando el mismo de forma competente en un marco institucional delimitado por metas claras y unos alineamientos éticos y científicos con la profesión de enfermería.

Hemos comenzado una nueva etapa y deberemos intentar que todos los cambios se integren con coherencia. Queda mucho camino por recorrer y deberemos recorrerlo con rigor, humildad y prudencia y así seguiremos avanzando, como lo hemos hecho hasta ahora en la consecución de logros como los que hoy podemos celebrar.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bernués Vázquez L, Peya Gascons M (Coords). Libro Blanco. Título de Grado en Enfermería [internet]. Madrid. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación; 2004 [acceso septiembre de 2011]. Disponible en: [http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco\\_jun05\\_enfermeria.pdf](http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf).
- Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Diario Oficial de la Unión Europea, L 255 (30 de Septiembre de 2005).
- Directiva 2006/100/CE del Consejo de 20 de noviembre de 2006 por la que se adaptan determinadas directivas en el ámbito de la libre circulación de personas, con motivo de la adhesión de Bulgaria y Rumanía. Diario Oficial de la Unión Europea
- Houston, W.R. (1985): "Competency-based Teacher Education", en T. Husen y T. Neville Postlethwaite. (Edits.): *International Encyclopedia of Education*. Oxford: Pergamon. Pags. 898-906.
- Orden de 3 de julio de 2008, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Boletín Oficial del Estado, núm. 174,(19 de julio de 2008).
- Ordenación de las profesiones Sanitarias. Ley 44/2003, de 21 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 280, (22 de Noviembre de 2003)
- Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél. Boletín Oficial del Estado, núm. 278, (20 de noviembre de 1990) pp. 34410 a 34411.
- Real Decreto 1312/2007, de 5 de octubre, por el que se establece la acreditación nacional para el acceso a los cuerpos docentes universitarios. Boletín Oficial del Estado, núm. 240 (6 de octubre de 2007) pp. 40653 a 40659.
- Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Boletín Oficial del Estado, núm. 260 (30 de Octubre de 2007).
- Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio

de la profesión de abogado. Boletín Oficial del Estado, núm. 280, (20 de noviembre de 2008), pp 46185 a 46320.

Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado. Boletín Oficial del Estado, núm. 35, (10 de febrero de 2011), pp 13909 a 13926.

Real Decreto 43/2015, de 2 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, y el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado. Boletín Oficial del Estado, núm. 29 (3 de febrero de 2015), pp 8088 a 8091.

Vargas Zuñiga, F. La formación por competencias: Instrumento para incrementar la empleabilidad. [internet] . AreaRH.com. Formación; 2010 [acceso septiembre de 2011] Disponible en: <http://www.areasrh.com/formacion/formacionporcompetencias.htm>

Zabalza Beraza, M. La formación por competencias: Entre la formación integral y la empleabilidad [internet] . Hollywood. Buenas Tareas; 2010 [acceso septiembre de 2011] Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/La-Formacion-Por-Competencias-Entre-a/1316635.html>



# INVESTIGACIÓN, PEDAGOGÍA Y PRACTICIDAD DE LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

## *Research, Teaching and practicality of the history of nursing*

Carmen González Canalejo  
Universidad de Almería

*Así pues, la historia, en sus dos sentidos-la investigación llevada a cabo por el historiador y los hechos del pasado que él estudia-, es un proceso social, en el que participan los individuos en calidad de seres sociales....El proceso recíproco de interacción entre el historiador y sus hechos, lo que he llamado el diálogo entre el pasado y el presente, no es diálogo entre individuos abstractos y aislados, sino entre la sociedad de hoy y la sociedad de ayer....Hacer que el hombre pueda comprender la sociedad del pasado, e incrementar su dominio de la sociedad del presente, tal es la doble función de la historia<sup>1</sup>.*

Cuando se ha construido la historia de la enfermería, los historiadores han partido, en términos generales, de cuál ha sido el papel de los cuidadores y cuidadoras como protagonistas clave de la promoción de la vida y mantenimiento de la salud, a fin de hallar los primeros signos de identidad<sup>2</sup>. Tras seguir la evolución de los cuidadores y de los cuidados como resultado del devenir histórico, cabe explicar el por qué—como en cualquier otra disciplina—, es necesario el estudio y conocimiento de la historia. Si a todo ello le añadimos que la historia, a menudo se ha construido desde una perspectiva más androcéntrica que de género, y como testigo clave de los acontecimientos más que de la identidad de los individuos, pronto nos daremos cuenta de que, todavía quedan muchas aristas que aún no han sido resueltas.

---

1 CARR, E. H. *What is History?*, 2nd. Edn. Revisión de R.W. Davies (Edt.), Harmandsworth: Penguin, 1987.

2 Las historiadoras e historiadores de la historia de la enfermería siguen con su inestimable labor de publicar fuentes que revelan la estrecha relación de los cuidados y los cuidadores desde los tiempos más remotos. A los nombres ligados a la historiografía como Carmen Domínguez Alcón, Francisco Ventosa, Magdalena Santo Tomás, José Siles, Manuel Amezcua, Amparo Nogales, Francisca Hernández, Juana Hernández Conesa o los hermanos García Claret entre otros, cabe añadir un grupo de jóvenes investigadores a quienes sigue interesando la labor historiográfica enfermera.

Desde el planteamiento en el que me sitúo, el primero de los procesos que voy a analizar es argumentar para qué sirve la historia y cómo la enseñamos. En una segunda línea de análisis, abordaré la historia de la enfermería como materia investigada e investigable. Concluyo con algunas observaciones que tratan de responder a las preguntas planteadas e identificar algunas líneas de investigación y problemas todavía presentes en la historiografía enfermera.

## 1. UTILIDAD Y ENSEÑANZA DE LA HISTORIA

Para qué sirve la historia ha sido una de las preguntas más analizadas por investigadores pertenecientes a las distintas ramas del conocimiento. En la historia de la enfermería S. Nelson y, anteriormente, Collière<sup>3</sup> han planteado que la historia puede explicarse, como mínimo, desde dos enfoques: el papel de los cuidadores/as como testigos de algún acontecimiento o protagonistas de cambio de algo, y el papel de la historia en el desarrollo identitario (identidad de los individuos, grupos a través de las generaciones). Sin embargo, hay un enfoque tradicionalmente utilizado en la enfermería, que ha sido planteado no por historiadores académicamente formados, en el que la historia de esta profesión ha girado en torno al papel de la Iglesia y de las órdenes religiosas y, también, de grandes personajes—generalmente femeninos—. Esta tendencia basada en un modelo individualista y, a menudo, carente de método historiográfico ha durado décadas y ha estado muy generalizada en Europa y Norteamérica.

Como puede verse, hay un “desencuentro” entre el modo de historia entendida por los académicos y la forma en la que ésta se ha construido por la profesión enfermera. Por otro lado, tradicionalmente los planes de estudios han incluido breves introducciones a la historia de la enfermería que tienen como objetivo proporcionar una visión sintetizada a los estudiantes, generalmente en el primer curso de su formación. En estos momentos, sigue siendo relativamente infrecuente que los estudiantes tengan una asignatura completa de seis créditos de la historia en su grado. En España, lo habitual es impartir algunos contenidos sobre la evolución de la profesión, hablar de Florence Nightingale, del origen de la creación de las primeras escuelas en España, y poco más, dada la escasez de tiempo que en los planes de estudios se ha otorgado a esta materia.

Como consecuencia, el currículo de enfermería en el primer curso pone todo su peso en la ética, los modelos teóricos, en la metodología y habilidades de la práctica, cosa que también es importante. Pero, lamentablemente, los estudiantes no tienen un contenido sólido y suficiente de conocimiento de la historia, porque el objetivo curricular es centrarse en la práctica y el aprendizaje de habilidades, más que en el proceso histórico identitario.

En este sentido es digno de elogiar al profesorado que en el seno de sus departamentos ha luchado por justificar la historia como una parte esencial de la currícula, así como hacer algo interesante por innovar la enseñanza de la misma. Esto plantea la pregunta, cuál es la historia que debemos enseñar y cómo involucrarnos para que el proceso de enseñanza-aprendizaje garantice las competencias mínimas de desarrollar la capacidad crítica en los estudiantes y afianzarlos en eso tan importante como es el desenvolvimiento analítico o el poder comprender y explicar un acontecimiento de forma comprensiva, ya sea de manera oral o escrita. Realmente ¿tiene la historia que ser aburrida, haciendo “memorizar” a los estudiantes una secuencia de hechos encadenados con unas fechas-clave? ¿Por qué molestarnos en explicar el pasado? ¿Explicamos una historia global, conectada con los acontecimientos políticos y sociales explicada desde las relaciones de género y con otros escenarios y protagonistas? ¿o se trata de una historia lineal, centrada única y exclusiva-

---

3 COLLIÉRE, F., Promover la vida, Madrid, Interamericana, 1993; NELSON, S. “Historical amnesia and its consequences-The need to build histories of practice”, en *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2009, Out-Dez; 18(4): 781-7.

mente en lo “especializado”, donde cuidados y cuidadores son categorías aisladas en un contexto sin conexión ni conflictividad político-social?

En cuanto al perfil del profesorado que imparte esta materia ¿Es ésta su línea de docencia y de investigación? ¿Cualquier profesor puede impartir la historia? ¿Estamos preparando a jóvenes investigadores capaces de tomar el relevo para afrontar el reto de producir historiografía de calidad y enseñar la historia a través de talleres y otras metodologías activas? En los programas de doctorado, ¿hemos introducido líneas de investigación y metodología historiográfica?

Conviene recordar que algunos de los aspectos a los que me voy a referir, han sido abordados por los historiadores de la enfermería, sin embargo, necesitan ser revisados o tratados más profundamente.

### 1.1. Mujeres y hombres en la historia de la enfermería.

Uno de los procesos históricos pendiente de revisar es el educativo. Este fenómeno, muy analizado en la historiografía enfermera, todavía tiene algunas aristas referentes a las primeras décadas del siglo XX que necesitarían ampliarse como, por ejemplo, visibilizar la sexualización de los roles que tan implícitamente marcaron la formación de las alumnas. Hagamos uso de la historia comparativa: el caso español no fue el único en el que las enseñanzas estuvieron impregnadas de un carácter doméstico, carentes según los coetáneos de aquella época de un contenido científico capaz de equiparar la práctica de los cuidados a la realizada por los médicos y practicantes. Además del hecho de necesitar autorización del padre o marido para acceder a los estudios, a las alumnas se les impuso no olvidar su “condición de mujer” a la que la sociedad las había adscrito, teniendo que simultanear las enseñanzas prácticas con tareas de limpieza de instrumentos, quirófanos, e incluso, limpiar las salas de los pacientes. Esta cuestión llegó a exasperar a Florence Nightingale de tal modo, que en palabras de Camaño- Puig<sup>4</sup>, ésta llegó a reconocer, que los primeros años de funcionamiento de la escuela de Londres fueron desalentadores, porque las estudiantes fueron utilizadas en las prácticas para resolver este tipo de tareas y esto les quitaba tiempo para asistir a las clases teóricas.

Respecto a la temática educativa, hay una cuestión que ha sido tratada como son los manuales dedicados a las enseñanzas de las primeras enfermeras. En su mayoría, dichos manuales fueron escritos por médicos quienes jugaron un papel importante en la formación de las aspirantes a enfermería, quedando patente los estereotipos creados en relación a los requisitos físicos, culturales, morales y técnicos que debía reunir la “Enfermera Moderna”<sup>5</sup>, proveniente de una formación de escuela creada *ad hoc*. Se trata, también, de una nueva fase que marcó la línea divisoria entre la vieja y la nueva enfermería, que coincidiría con el modelo de la “Nueva Mujer” de la época de entreguerras. Sin embargo, hay aspectos sutiles que no han conseguido despertar demasiado interés por parte de los historiadores como son los discursos doméstico y patriarcal, los cuales formaron parte de las enseñanzas, tutorizando a las enfermeras y colocándolas en una posición de subalternidad.

La influencia del movimiento higienista, ya consolidado en la segunda mitad del siglo XIX, fue determinante para que, los manuales utilizados en las escuelas de enfermeras se centraran dentro del contexto higiénico, cuyo paradigma estaba impregnado de una visión positivista, tal y como ordenaban los cánones científicos de aquella época. Los aspectos sociales que abarcaba esta corriente envolvieron las enseñanzas de las mujeres que aspiraban a ser enfermeras. Su práctica no dejó de lado los aspectos “curativos” de la medicina a la que habían estado tradicionalmente

4 CAMAÑO-PUIG, R. Professionalisation of nursing in England and Spain: A comparative study, Vantaa (Finlandia), Laurea publications, 2005.

5 Tal vez el manual de aquella época que más resalte estos estereotipos sea el de PIJOAN, B. La enfermera Moderna, Barcelona, Librería Síntesis, 1916.



ligadas y se combinaría con el nuevo modelo asistencial basado en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades industriales y, en definitiva, la mejora de la calidad de vida de la ciudadanía. El higienismo como elemento clave de la formación de las “nuevas enfermeras” y la influencia de éste en el modelo de escuela de la mítica Florence Nightingale, queda ampliamente documentado en la historiografía anglosajona y, en menor medida, en la española e italiana<sup>6</sup>.

Pero si subordinadas se educaron a las enfermeras respecto a los médicos y de los hombres sanitarios en general, todavía no se ha investigado lo suficiente sobre aquellas que fueron protagonistas de cambios en muchas provincias españolas, cuyos nombres continúan sin ser rescatados para la memoria histórica. Se ha reconstruido en gran parte, la historia local de los hospitales y las órdenes religiosas pero aún sigue faltando mucha historia local que reconstruya la mentalidad de las relaciones de género del colectivo sanitario local, sin la cual es imposible reconstruir una historia general desde una perspectiva amplia y no hegemónica.

Con la mirada puesta en las mujeres y los hombres de la historia de la enfermería, conviene resaltar algunas cuestiones en las que se ha pasado de puntillas como es el análisis de las aspiraciones secularizadoras que mantuvieron algunos de los protagonistas de la historia, a partir de la segunda mitad del siglo XIX. Un ejemplo claro es la falta de referencias a la militancia política republicana de Federico Rubio, así como su pertenencia al proyecto krausista de la Institución Libre de Enseñanza y su relación con los círculos masónicos. Estos aspectos, escasamente han sido del interés de los historiadores de la enfermería, tal y como demuestra el hecho de que únicamente han sido tratados por un par de autores, siendo sólo uno de estos trabajos de fecha reciente<sup>7</sup>. De todo ello se deriva que el eje progresista y secularizador que articula a protagonistas significativos de la enfermería contemporánea con el movimiento protofeminista de la época de entresiglos que impulsó a la escuela de Federico Rubio y las posteriores escuelas del Montepío, han sido fenómenos tímidamente analizados.

Sin pretender realizar una amplia reflexión sobre los problemas que entraña la biografía -que ya han sido expuestos por otros colegas- trataré de analizar de forma somera, algunas de las dificultades presentes en el trabajo de biografar tanto a éste como a otros personajes e intentar conectarlos con las preocupaciones sobre el género. En el papel importante que éste y otros biografiados tuvieron en la modernización y profesionalización de la enfermería, cabría preguntarse ¿Mantiene Federico Rubio o Joaquín Pi y Arsuaga el mismo perfil que otros médicos de su época? ¿Qué razones les motivaron a impulsar un proyecto profesionalizador para incorporar a las mujeres a unas enseñanzas laicas? Una vez que las enfermeras obtuvieron sus títulos oficiales en el año 1915, ¿manifestaron éstas deseos y aspiraciones de igualdad en el reconocimiento científico y social?

---

6 BALLY, M.E. *Florence Nightingale and the nursing legacy*, Beckenham, Reino Unido, Croom Helm, 1986; BISHOP, W.J.; GOLDIE, S., *A Bio-bibliography of Florence Nightingale*, Londres, Dawson's of Pall Mall for the International Council of Nurses, Londres, 1962; ULRICH, B. *Liderazgo y dirección según Florence Nightingale*, Barcelona, Masson, 1996; ATTEWELL, A. "Florence Nightingale", en *Perspectivas. Revista trimestral de educación comparada*, UNESCO, París, Vol. XXVIII, nº 1, 1998, pp.173-189; NIGHTINGALE, F. *Notas de enfermería*, Barcelona, Masson-salvat, 1990; KEELE, M. *Florence Nightingale in Rome: Letters Written by Florence Nightingales in Rome in the Winter of 1847-1848*, Philadelphia, 1981; SCHUYLER, C. "The Nightingale Program for Educating Professional Nurses and Its Initial Interpretation in the United States", en: Fitzpatrick, M. L. (Ed.), *Historical Studies in Nursing*, New York and London, Published by Teachers College Press, 1977, pp.31-54.

7 SILES, J., *Historia de la Enfermería*, Alicante, Editorial Aguaclara, 1999; MIRÓN, R.y GONZÁLEZ, C., "Los profesionales de la sanidad andaluza: Masonería, discurso y represión (1868-1945)", en José Miguel Delgado y Antonio Morales (Coords.), *Gibraltar, Cádiz, América y la masonería* Tomo I, Gibraltar Centro de Estudios de la Masonería Española-Gobierno de Gibraltar, 2014, pp. 313-351.

Las biografías de los personajes de la enfermería tanto de los varones como de las mujeres que han sido tratadas, a menudo han ofrecido una semblanza más que una biografía en sí misma, que tiende a convertirse en un relato literario, encorsetado en una acumulación exclusivamente de datos, desconectado de los fenómenos históricos. De tal modo que se cuenta con pocas biografías profundas, capaces de proporcionar datos fiables y conexiones, que contextualicen bien la actividad del biografiado/a e integre sólidamente su discurso con otras voces de su sociedad. Hay que sumergir a los estudiantes no solo en la valoración de las aportaciones científicas del personaje. Conviene articular su contexto histórico y ligarlo a la historia de las mujeres enfermeras para que les haga comprender bien los porqués de la posición científica, política y actitud social en la que se sostuvo el/ biografiado/a.

Otro tema no menos importante es la necesidad de revisar la incorporación laboral de las que obtuvieron esta titulación, la cual cabe contemplarla como un proceso de relaciones de hombres y mujeres en un mismo escenario, con los conflictos y pactos que ello conlleva. Como rasgos característicos que abarca este proceso, cabe destacar el discurso doméstico, el tardío reconocimiento de los títulos, y la mentalidad patriarcal a la hora de que las primeras tituladas se incorporaran al escenario sanitario<sup>8</sup>. Implica, también analizar una práctica observada por algunos como un cúmulo de órdenes que desarrollaban enfermeras sin ninguna clase de criterio como ayuda hacia los médicos, más que como una infinidad de actividades con fundamento teórico, al objeto de cuidar y promover la vida de los asistidos. Ello ha invisibilizado el papel científico de las mujeres que accedieron a esta profesión.

Para finalizar este punto de revisión de aspectos poco tratados desde la perspectiva de las relaciones de género, cabe indicar otro fenómeno poco analizado, como ha sido las protestas del colectivo enfermero, especialmente, las protestas lanzadas por las enfermeras. Éstas últimas adquieren unas características propias e identitariamente feministas al reivindicar de forma sistemática igualdad de salarios y reconocimiento social en discursos explícitos que éstas mantuvieron desde los años veinte del pasado siglo<sup>9</sup>.

## 2. BALANCE Y PROBLEMAS HISTORIOGRÁFICOS: ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE NUEVAS TENDENCIAS Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Antes de entrar en el abordaje de las líneas de investigación y algunos problemas historiográficos que limitan la producción, queremos previamente hacer una llamada de atención al esfuerzo que desde los años ochenta han realizado los historiadores e historiadoras de la enfermería, cuando al calor de la historia social comenzaron a publicar los primeros trabajos y a desarrollar las primeras tesis doctorales en España. Publicaciones que, como se puede comprobar, fueron paralelas en el tiempo a la de otros países del entorno<sup>10</sup>.

---

8 Para una ampliación de este punto, puede verse nuestro trabajo: *Las cuidadoras. Historia de las practicantass, matronas y enfermeras (1957-1931)*, Almería, Diputación de Almería (área de la mujer)- Instituto de Estudios Almerienses, 2006.

9 Un trabajo pionero en esta línea que acabamos de argumentar es el de VIGIL, M<sup>a</sup>. D., "La sublevación de las enfermeras", *Vindicación feminista*, nº 1, I-VII, 1976, pp. 40-41.

10 Un trabajo pionero publicado en el país vecino fue el de CHARLES, G. *L'infirmierie en France d'hier à aujourd'hui*, Paris, le Centurion, 1979. Ya en los años ochenta cabe citar a CALAMANDREI, C. *L'assistenza infermieristica; storia, teoria, metodi*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1983; DOMINGUEZ, C. *Los cuidados y la profesión enfermera en España*, Madrid, Pirámide, 1986; SALIMBENI, F. "La tradizione assistenziale infermieristica della Chiesa e dei suoi i ordini religiosi", in *Studium*, nº 1, gennaio-febbraio 1987; EHRENREICH, B. and ENGLISH, D. *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras*, Barcelona, La Sal, ed. en castellano, 1988; DONAHUE, P. *Historia de la Enfermería*, versión española, Barcelona, Doyma, 1988.

Los trabajos de carácter científico más general se remontan a mediados de los años ochenta. Hasta esta fecha, la anemia de los trabajos españoles publicados era más que evidente. Entonces se trató de salvar este vacío historiográfico con algunos trabajos traducidos al castellano que tenían una escasa calidad metodológica y con una visión anglosajona de la historia de la enfermería que poco se identificaba con la realidad española y los países mediterráneos; si bien cabe decir que la traducción del trabajo de Ehrenrich y English en forma de cuadernos agrupados, visibilizó por vez primera las distintas formas de exclusión y manipulación vividas por las comadronas y enfermeras en contacto con la institución médica<sup>11</sup>.

Una de las españolas pioneras en su aportación a la historiografía enfermera fue Carmen Domínguez Alcón<sup>12</sup>, cuya tesis doctoral fue publicada en el año 1986 sobre *los cuidados y la profesión enfermera en España*. La citada autora puso de relieve las ideologías de género en la profesión y analizó con metodología historiográfica el trabajo de las enfermeras en el seno de los hospitales marcando así la diferencia en relación con otros trabajos de tipo divulgativo de la historia, más que de resaltar los aspectos científicos de la misma. La década de los ochenta finalizó con la constitución en el año 1989 del Seminario Permanente de Historia de la Enfermería en el que un núcleo de profesorado de esta materia comenzó a publicar una serie de artículos cortos en revistas como *Rol y Enfermería Científica*. El “despegue” historiográfico ya había comenzado.

## 2.1 El empuje de los años noventa.

Los primeros años de los noventa se iniciaron con un avance en los planes de estudios de enfermería que fueron marcando de forma progresiva la tendencia de separar la materia de Historia de la Enfermería, la cual estaba hasta entonces englobada en la Enfermería Básica o Fundamental. En muchas universidades se va a configurar en una asignatura propia con denominación y descriptores específicos. Si bien este aspecto fue positivo para el estudio y la enseñanza de la historia, como contrapartida cabe decir que, como siempre es una constante en la historia de la enfermería española, las circunstancias y singularidad de cada Centro produjeron una disparidad muy diversa tanto en créditos como en contenidos que hoy día aún se mantiene.

No obstante, el interés científico y la producción historiográfica en aquellos años experimentaron una amplia proporción, en parte, gracias a la celebración de congresos, jornadas y seminarios y a la aparición de nuevas revistas especializadas como la revista *Hiades* (1994) y *Cultura de los Cuidados* (1997). Para estas fechas, la Index de enfermería también ofrecía a los historiadores la oportunidad de publicar artículos de historia de corta extensión. A lo largo de esta década, se celebraron un total de ocho eventos científicos, incluyendo cuatro congresos nacionales de Historia de la Enfermería. Surgen en esta segunda etapa, un núcleo de investigadores e investigadoras de segunda generación que a lo largo de la siguiente década van a continuar contribuyendo con nuevas aportaciones poniendo el acento en la construcción identitaria de la enfermería.

En lo que al análisis del género se refiere, en esta segunda etapa, cabe mencionar a historiadoras como Magdalena Santo Tomás<sup>13</sup> que ha reconstruido la historia medieval y ha puesto el acento en la visibilidad de la práctica de los cuidados en una etapa de la historia donde el protagonismo

---

11 B. EHRENREICH B. y ENGLISH, D. *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos. Política sexual de la enfermedad*, Barcelona, la Sal, edicions de les dones, 1988.

12 DOMÍNGUEZ, C., *Los cuidados y la profesión enfermera en España*, op. cit

13 SANTO TOMÁS, M. “La vida familiar y el cuidado”, en *Libro de actas del II Congreso Nacional de Historia de la Enfermería*, Málaga, 1995. SANTO TOMÁS, M. y GONZÁLEZ, R., “Les soins donnés aux malades dans la Castille du bas Moyen Age: L’Hôpital Royal de Burgos prototype de un hôpital castillan. En: Jean Doufour y Henri Platelle (Dir.), *Fondations et Oeuvres charitables au Moyen Age*, Troyes (France), Editore CTHS, 1999, pp. 281-292.

de las mujeres es raro y excepcional. Quiero señalar tras estas referencias, que los estudios, seminarios y congresos sobre la Historia de las mujeres se suceden, donde va siendo cada vez más habitual encontrarse contribuciones de historiadoras enfermeras que vienen trabajando sobre la citada línea de género<sup>14</sup>.

De la producción y los proyectos de los distintos grupos de trabajo surgidos desde entonces, puede decirse que la dimensión esencial de la historia de la enfermería está muy reconstruida en cuanto a lo que la historia contributiva se refiere. Temáticas como el origen y funcionamiento hospitalario, el trabajo con los enfermos, las órdenes religiosas o la localización y descripción de manuales sigue siendo el grueso de la historiografía. Desde los primeros años del presente siglo ha surgido una tercera generación de investigadores que han centrado su atención en nuevas temáticas como la recuperación de la memoria histórica a nivel de colectivo enfermero, la guerra civil española, la enfermería durante el franquismo y el exilio.

## 2.2 Algunos problemas historiográficos: las nuevas tendencias

A este propósito conviene analizar algunos problemas historiográficos que ahondan sus raíces en quiénes y cómo se ha escrito la historia de la enfermería. De ello se deriva qué historia es la que estamos enseñando; si es una historia global y construida como historia social, desde el abordaje de las relaciones de género o, por el contrario, es una historia de la enfermería excluyente y hegemónica que ha demostrado severas limitaciones<sup>15</sup>. Puede constatarse que la historia de las enfermeras no fue un tema de interés para los historiadores, como tampoco lo fueron las matronas o practicantas. Esta es una constante ya señalada por la historiografía de las mujeres que se extiende, también, a las médicas<sup>16</sup>.

La imagen de las enfermeras creadas por la historiografía de los años cincuenta del siglo XX, se ha construido a raíz de falsas teorías decimonónicas que sostenían un mayor "instinto" de las mujeres para el auxilio o el cuidado de los enfermos. Ello ha dado como fruto el mito de las mujeres "naturalmente" enfermeras y ha creado la falsa idea de que de este oficio estuvo feminizado desde los tiempos más remotos. La socióloga Norma Ferro<sup>17</sup> desmontó a finales de los noventa, el mito de que las mujeres poseyeran un mayor instinto para el cuidado siendo esta idea producto de las ideologías de género que han influido en la falsa creencia de las mujeres como únicas protagonistas del cuidado.

A estas alturas del siglo XX todavía estábamos ante una historiografía de corte positivista que, prácticamente, puso el acento en la descripción de la omnipresencia de las órdenes religiosas al cuidado de los enfermos, en el trabajo en los hospitales o en la identificación de las actividades y competencias desarrolladas por la enfermería más que por las enfermeras. Como resultado de estos enfoques, se ha invisibilizado el papel de las que accedieron a esta profesión con aspiraciones emancipadoras y fueron preparadas bajo un modelo educativo construido al calor de la Institución Libre de Enseñanza y bajo la influencia de proyectos progresistas amparados por el movimiento profeminista español.

---

14 Como ejemplo, cabe citar los trabajos recientes de historia de la enfermería desde la perspectiva de género e historia de las mujeres, presentados por un núcleo de investigadoras en el XVI Congreso de Historia de la Medicina celebrado en colaboración con el CSIC, Madrid, junio de 2014. Véase las actas del congreso accesible a través de la web: [http://www.sehm.es/pages/libro\\_congreso\\_sehm2014\\_final](http://www.sehm.es/pages/libro_congreso_sehm2014_final)

15 FONTANA, J., *La Historia después del fin de la Historia*, Barcelona, Crítica, 1992.

16 ORTIZ, T., *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*, Oviedo, KRK Ediciones, 2006,

17 FERRO, N., *El instinto maternal o la necesidad de un mito*, Madrid, ed. Siglo XXI, 1998.

Como suele ser habitual en toda labor historiográfica, la escasez de fuentes primarias es otro de los problemas con los que los historiadores se encuentran en relación con las épocas más tempranas. Ello contribuye a que existan periodos de la historia menos explorados. Si bien el área de contemporánea ha tomado un gran impulso en la última década con un número sustancial de tesis doctorales, sin embargo, todavía faltan mayores esfuerzos en el periodo medieval, historia moderna, y muy especialmente, de la historia antigua y clásica. Es obvia la necesidad de captar la atención de investigadores/as que estén interesados por descubrir y analizar restos materiales que aporta la arqueología, y ello sólo se conseguirá si desde el interés científico de la enfermería apostamos por entrar en programas diversos de doctorado donde hay expertos en la materia y asociarnos para trabajar en colaboración con investigadores de estas ramas.

En cuanto a las herramientas como la microhistoria, prosopografía, iconografía o la historia oral, siguen siendo útiles para el tratamiento de las fuentes a la hora de analizar cualquier acontecimiento, personaje u otros fenómenos del pasado histórico. En relación a las nuevas tendencias cabe destacar la historia de las emociones, como perspectiva de análisis y como forma de aproximación a los procesos históricos con acento preferente en lo emocional. En España se acaba de abrir un debate entre los historiadores para dar a conocer los primeros trabajos autóctonos fruto de esta tendencia que aborda la capacidad analítica de lo emocional a la hora de analizar y explicar los procesos históricos, sociales y culturales. Se exploran emociones humanas como el dolor y el sufrimiento, la ansiedad ante la enfermedad o la muerte, por lo que pensamos que es muy aplicable a la historia de la enfermería.

Para finalizar, como respuesta sintetizada a las preguntas formuladas las cuáles hemos venido analizando a lo largo de estas páginas, cabe concretar que la utilidad de la historia estriba en ser un elemento clave para el actual desarrollo de la identidad enfermera. Como ya ha quedado ampliamente demostrado, la amnesia histórica es peligrosa. El reto está en reconstruir una historia científica, metodológica y objetiva que nos enseñe a sacar del olvido a los hombres y mujeres corrientes, es decir, a los sujetos sociales que han cuidado a la humanidad y así poder visibilizar los rasgos esenciales que conforman la identidad enfermera.

Desde estos posicionamientos sabremos qué historia debemos enseñar. La nueva didáctica marca el abordaje de las metodologías activas, a través de seminarios, cine, debates, conferencias y talleres donde los grupos reducidos de estudiantes pueden aprender la historia a través de análisis de textos pormenorizados, de prácticas archivísticas, y a través de un problema histórico que se les plantea para que ellos puedan extrapolar soluciones, aprender a explicar los errores del pasado y extrapolarlos a la conflictividad del presente. Y ésta es la base en la que se sustenta la didáctica actual de la historia. En este sentido, la misión del docente que domina esta materia es demostrar a los estudiantes la practicidad de la historia como conocimiento útil para prever la conflictividad socio-sanitaria y proporcionar impulsos democráticos al sistema de salud.

## CONCLUSIONES

El hecho de plantearnos para qué sirve la historia no tiene otro objeto que lanzar algunas claves que puedan arrojar luz a algunos de los problemas teórico-prácticos presentes en la enseñanza e investigación de la historia de la enfermería.

Basadas en la idea francamente reciente, de sumarse a la enseñanza de la historia desde los modelos propuestos por las actuales corrientes historiográficas y de las metodologías activas que propone la pedagogía moderna, las historiadoras e historiadores de la enfermería a quienes han interesado estos enfoques han pretendido, no antes de la última década, rescatar un sujeto social que aparecía subalterno y con escaso poder identitario.

Como todo despegue que se inicia más tarde, la construcción de la historiografía enfermera tiene su proceso de modulación que necesita, todavía, de mayores esfuerzos en investigaciones

globales que incorpore de manera transversal en su enseñanza, la historia de las mujeres, la memoria histórica colectiva o la conflictividad vivida en el ámbito laboral y colectivo. De esta forma, se podrá situar la importancia de la enfermería en el punto objetivo de la historia social y en el ámbito sanitario que les corresponde.

Finalmente conviene recordar, como elemento clave para el debate, la necesidad de desentrañar las claves de las ideologías de género que han excluido del ámbito historiográfico, la cientificidad de la praxis de las enfermeras, lo que responde a un proceso de revisión historiográfica todavía pendiente.

## BIBLIOGRAFÍA NO REFERENCIADA

- Aróstegui J. La investigación histórica: teoría y método. Madrid: Crítica; 1995.
- Austin J. et al. History of nursing source book. New-York: Putnam's Sons; 1977.
- Bartoloni S, González C. Scuole e manuali di formazione per L'infermiera moderna. Italia e Spagna (1880-1925). Revista di Storia Contemporanea (Roma) 2011; Vol. XI (21-22):39-61.
- Cabré M, Ortiz T. (eds). Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Barcelona: Icaria; 2001.
- Castillo S. (coord.) La historia social en España. Actualidad y perspectivas. Madrid: Siglo XXI; 1991.
- Herrera F. Archivos y hemerotecas. Espacios para la investigación en la Historia de la Enfermería. Híades. Revista de Historia de la enfermería (Alcalá de Guadaíra) 2008; Vol. 1 (10):71-110.
- Collière M F. Promover la vida. Madrid: Interamericana; 1993.
- Domínguez C. Los cuidados y la profesión enfermera en España. Madrid: Pirámide; 1986.
- Duby G, Perrot M. Historia de las mujeres. núm. 5. El siglo XX. Madrid: Taurus; 2001.
- Fontana J. La Historia después del fin de la Historia. Barcelona: Crítica; 1992.
- González C. Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la "cuestión social" (1857-1936). Dynamis (Granada). Dossier: Science, industry and charities around diphtheria serotherapy in France and Germany 2007; Vol. 27: 211-235.
- González C, Martínez F. (eds.). La transformación de la enfermería. Nuevas miradas para la historia. Granada: Comares; 2010.
- Hernández F. (coord.). El trabajo de investigación sobre la Historia de la Enfermería en España en los siglos XVI y XVII. Actas del I Congreso Nacional de la historia de la enfermería en España. Barcelona: Fundació Uriach; 1996.
- Hernández E. Los caminos de la historia. Cuestiones de historiografía y método. Madrid: Síntesis; 1995.
- Ortiz T. Androcentrismo y género en medicina a lo largo de la historia. Atención Primaria 2000; Vol. 26 (1): 185-187.
- Scott J. Feminismo e Historia. La Correa feminista (México) 1996; n°. 15: 109-121.



## CLAVES PARA AFRONTAR EL FUTURO PROFESIONAL

### *Keys to cope with the professional future*

**Rocío Cardeñoso Herrero**

Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria. Enfermera de Atención Primaria de Salud. Servicio Cántabro de Salud. Santander. Cantabria. España.

#### ADAPTÁNDONOS A LOS CAMBIOS Y MANTENIENDO LA ESENCIA

##### “EL PRESENTE ES YA EL FUTURO”

Sin duda, hablar de futuro, siempre es estimulante, porque implica esperanza, ilusión, y este es el toque final que me gustaría dejar en este estupendo Congreso, el cual me siento muy orgullosa de poder clausurar, en nombre de los enfermeros cántabros, como Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería, y espero también, que como Presidenta del mismo, ser la voz del colectivo enfermero nacional e internacional, que durante estos días ha participado en el mismo.

Sin embargo, cuando hablamos del futuro de nuestra profesión enfermera, no podemos dejar de pensar en claves del pasado, de nuestra historia, ya que éste condiciona nuestro presente, y ambos, han de servir de referencia para planificar el futuro inmediato. Estas premisas deben tenerse en cuenta, puesto que nos ayudarán a mantener nuestra esencia, la razón de ser enfermeros como nuestro “norte” profesional. “En nuestra historia están las causas de la mayoría de las situaciones actuales y sólo buscando los motivos que las originan se pueden modificar y mejorar atendiendo a las necesidades sociales”. Por tanto, puede decirse, que no es posible hablar de retos y de futuro sin estudiar el pasado y ponderar el presente. (1)

Como Presidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria, he tenido la suerte de ver y entender la enfermería en todas sus dimensiones, asistencial, docente, de gestión sanitaria, social y política, y esta circunstancia me ha permitido apreciar lo apasionante que es ser enfermera, puesto que percibir el respeto y la estima de la sociedad, que nos valora como un pilar necesario en el ámbito de la salud. Desde mi puesto actual me corresponde estar cerca de toda la dimensión enfermera, (sin duda la que mas feliz me hace sentir es la enfermería asistencial, mi pasión y de la que mas me enorgullezco), pero ahora también, es mi deber mantener unas líneas claras respecto al desarrollo de la profesión. Para ello, es fundamental marcar un camino, que ha de construirse entre todos, pero sabiendo siempre a donde queremos llegar, el lugar que ocupamos actualmente y manteniendo viva nuestra esencia, el cuidado en toda su dimensión humanística.

Ahora bien, dado que hablar de futuro es siempre inquietante, y aunque los logros de los últimos años, como la implantación de los estudios de Grado y el acceso al doctorado, la puesta en



marcha de las Especialidades, el desarrollo de “la prescripción enfermera”, la gestión de las unidades clínicas, la incorporación de las nuevas tecnologías al cuidado, la investigación, la metodología de trabajo enfermera, o la bioética, han sido muy importantes para el desarrollo profesional, en el marco de esta Conferencia, pretendo hacerlo con todos ustedes en clave de progreso y a través de algunos conceptos, que nos hagan reflexionar y fomenten un debate interno, vivo y continuo dentro de la profesión. Así, para clausurar este Congreso de Historia de la Enfermería en el que celebramos nuestro Centenario, me gustaría hablar del tiempo venidero en desde la perspectiva de los valores, a partir de dimensión más reflexiva de algunos aspectos como el reencuentro, la humanización, la autonomía, el autoempleo en el ámbito de nuevas competencias, la política y la presencia pública social de los enfermeros.

Es esencial tener en cuenta, que ser capaces de crecer adaptándonos a los cambios y a las necesidades de la sociedad actual, sin perder nuestra esencia, debe de ser nuestro gran reto y sin duda, esa es ha de ser la referencia con la debemos construir el futuro de la profesión enfermera porque como decía Charles Darwin, “No es la especie mas fuerte ni la mas inteligente la que sobrevive, sino la que mejor responde a los cambios”.

## REENCUENTRO PROFESIONAL, HUMANIZACION DEL CUIDADO

En un mundo totalmente globalizado, vivimos cambios vertiginosos y constantes, en el que las nuevas tecnologías han cambiado la forma en la que nos relacionamos, convivimos, nos expresamos. Estas transformaciones han afectado a las sociedades repercutiendo también en la atención sanitaria y por tanto, en el proceso de atención de los profesionales de la salud, y la manera en que estos se relacionan con las personas, pacientes y familias.

Los profesionales de la Enfermería, además de tener que adaptarse a mutaciones expuestas, hemos experimentado un gran cambio a nivel formativo, competencial y de funciones en nuestra profesión. En aproximadamente cuarenta años, hemos pasado de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) a Diplomado Universitario en Enfermería (DUE), Especialista, Grado, Doctor. Estas circunstancias nos obligan hacer un alto en el camino para establecer un “reencuentro”, que nos ayude a tener claro a todas las generaciones y procesos formativos de enfermeros, cual es la razón de nuestro ser profesional, de manera que podamos avanzar con paso firme y a su vez, dejando patente a políticos, gestores y la propia sociedad, nuestro nuevo rol competencial, el cual ha de sustentarse un valor indiscutible, la humanización del cuidado como como nuestro “Norte Profesional”. (2)

Indudablemente, no podemos permitirnos que la profesión se divida entre enfermeros asistenciales, docentes, gestores o investigadores, todos somos fundamentales y complementarios. Por ello, debemos establecer líneas de comunicación efectiva que nos sirvan para el crecimiento y el Futuro de nuestra gran profesión porque la unión hace la fuerza, y nuestro objetivo real, el que da sentido a nuestra existencia, es estar al servicio de la sociedad, de las necesidades de las personas, aportando al contexto sanitario el rol que nos hace únicos como profesión, los cuidados integrales y holísticos, que son imprescindibles para superar cualquier proceso de enfermedad, y que constituyen nuestra máxima responsabilidad.

En un mundo rápido y complejo, carente de tranquilidad y reposo, en el que las personas son muy vulnerables en los procesos de falta de salud, y en el que el refuerzo emocional es imprescindible para la sanación, el valor humanizado del cuidado, se convierte en un punto central. Por tanto, tenemos que seguir al lado del paciente, acompañándole en su proceso de vida, ayudándole a tomar decisiones que favorezcan su salud, ayudar a su adiestramiento para el autocuidado, estando a pie de cama, siempre disponibles, 365 días al año, 24 horas al día. Los enfermeros somos el referente siempre presente y cercano, disponible cuando hace falta “a toque de timbre” acudimos

a la llamada de manera inmediata, y estamos ahí, para escuchar, para consolar, para ayudar para CUIDAR con mayúsculas. Este es el cuidado humanizado, el que engrandece nuestra profesión, el que hace que seamos la profesión sanitaria más valorada por la sociedad.

Pero hablar de futuro implica reflexionar, pararnos, tomar aire, mirar hacia atrás, hacia delante, y hacer un proceso de interiorización de lo que ahora somos competencialmente hablando, de nuestro nuevo rol profesional, que nos permita situarnos, independientemente del lugar en el que estemos desempeñando nuestro rol profesional. En concreto, en un reencuentro que retome y unifique nuestra identidad enfermera y desde el que nos planteemos nuestra responsabilidad para la continua mejora de la humanización del cuidado y por ende, de la atención sanitaria. Esta ha sido siempre nuestra máxima responsabilidad, en el pasado, en el presente y por supuesto, de una manera mucho más incisiva en el futuro. Un proceso, que ha de sustentarse en la adquisición y renovación de los conocimientos, generando, a través de la investigación, evidencias científicas sustentadas en una práctica profesional rigurosa, ética e impregnada de nuestro rasgo más característico, una actitud centrada en el valor de la persona humana en toda su dimensión.

Los profesionales de enfermería somos los encargados de mantener, dentro del sistema sanitario el cuidado humanizado, velar por que se respete la dignidad del paciente y su libertad. Esta situación conlleva intervenir y liderar los procesos, tomar decisiones, que favorezcan políticas sanitarias más humanizadoras, velando porque se tomen aquellas decisiones que salvaguarden los derechos de las personas fundamentalmente, en los momentos más delicados cuando han perdido su salud. (3)

No podemos olvidar, que nuestra esencia es el cuidado, entendiendo este como: “Una forma de expresión, de relación con el otro ser y con el mundo, como una forma de vivir plenamente”. Además, cuidar significa comportamientos y acciones que envuelven conocimientos, valores, habilidades y actitudes, emprendidas en el sentido de favorecer las potencialidades de las personas para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir.” (3)

## LA AUTONOMIA E INDEPENDENCIA PROFESIONAL

Como ya exponíamos con anterioridad, en los últimos años se ha producido una evolución exponencial y formativa de los enfermeros, lo que obliga a hacer una amplia revisión de los cambios competenciales y de cómo se ha ido acomodando la atención asistencial al nuevo rol enfermero. Porque de nada sirve avanzar académicamente si seguimos teniendo las mismas funciones, responsabilidades, y competencias, o dicho de otra forma, para que ser Grado en Enfermería si seguimos teniendo las mismas funciones que cuando éramos ATS. Sin duda vamos muy rápido pero a la vez, muy despacio, tenemos que unificar velocidades, asumir nuestro rol y nuestra responsabilidad y exigir ese cambio.

El desarrollo de la disciplina enfermera tiene sentido, si quienes la ejercen, están convencidos de su autonomía profesional, solo a través de ella es posible obtener el reconocimiento, la satisfacción, los resultados y energía para seguir avanzando. Es un indicador de nuestra profesionalización y está relacionada con la calidad de vida de los enfermeros, el entusiasmo por su trabajo, los ambientes de práctica profesional positivos, y las percepciones de la calidad del cuidado. (4)

La autonomía es sinónimo de independencia, libertad y responsabilidad, constituye un criterio de calidad de cuidados, imprescindible para enriquecer al sistema sanitario de nuestro saber enfermero. En relación a este aspecto, debemos tener claro dos cuestiones, la primera, que no asumirla, está privando a los pacientes de la atención holística e integral, que permita obtener los mejores resultados en salud, y la segunda, que se está produciendo una dicotomía entre la teoría de la formación enfermera y la de la práctica. Por tanto, debemos tenerlo en cuenta para corregirlo de

manera inmediata y evitar que estos “vicios” se mantengan trabajando hacia una normalización de nuestro rol autónomo dentro del funcionamiento del sistema.

Ahora nos corresponde exigir y trabajar por un cambio en el modelo de atención sanitaria en el que se incorporen ya las nuevas competencias enfermeras que nos ayuden a promover la autonomía profesional que nos corresponde. Esto nos permitirá buscar un punto de encuentro entre los enfermeros docentes, asistenciales y gestores, para trabajar internamente en promover los cambios necesarios que faciliten el desarrollo efectivo y pleno de nuestro papel profesional. Aquí ha de centrarse precisamente nuestro futuro, trabajando en conjunto, reorganizando los servicios de atención sanitaria para incorporar a los enfermeros dentro de su rol autónomo y dentro del equipo multidisciplinar, como máximo responsable de la dirección y gestión de cuidados, junto con todas las decisiones que se generen entorno al desarrollo del propio plan de cuidados del paciente.

La autonomía, nos lleva al autoempleo y su ejercicio, a la emancipación real en nuestro campo de competencia del cuidado, lo que favorecerá una imagen más clara de nuestra identidad enfermera en el contexto social. Así, a medida que avancemos en nuestro rol autónomo, nos hacemos mas presentes en la sociedad y cubrimos el espacio que nos corresponde como gestores de cuidados, y esto nos ayudará a avanzar en el desarrollo de actividad privada y de la generación del autoempleo.

El pleno empleo, que en enfermería ha existido hasta hace unos años, ha condicionado nuestro campo desarrollo laboral, ya que prácticamente, el sistema público de salud absorbía al 100% de los recién graduados. Esta situación, ha hecho que no fuera necesario explorar otros campos, y eso empobrece, resta imaginación y creatividad en el crecimiento de una profesión a la vez que provoca una pérdida de visibilidad y presencia social, además de encasillar la actividad enfermera. Las crisis siempre traen oportunidades, y es los que ha empezado a pasar en enfermería, muchos compañeros están trabajando en otros países como opción de salida profesional, pero cada vez existen más, que están empezando a poner sus propios negocios, ofreciendo cuidados de enfermería en el ámbito privado. En concreto, el ámbito de los Valoraciones de personas dependientes, la planificación de los cuidados y atención a domicilio, cuidados estéticos, cuidados de alimentación natural, cuidados para la deshabituación tabáquica, desarrollo de diferentes terapias naturales, son algunos de los campos en los puede ejercer la Enfermería, fuera del ámbito público, y que responden a las nuevas demandas sociales.

Por otra parte, el desarrollo de las especialidades de enfermería también nos ayuda a crecer en este campo, así como la aprobación del decreto de la llamada “prescripción enfermera”. En definitiva, se trata de poner imaginación, y ofrecer a la sociedad lo que nos demanda, y no tiene cubierto dentro de la cartera básica de servicios el sistema público de salud. En este sentido, sería muy importante dentro de la formación básica, que las universidades avanzaran en un plan de empleabilidad para los graduados en general, y para los enfermeros en particular, asegurando un transito entre la formación académica y la vida laboral. Es fundamental, que las nuevas generaciones tengan claro su rol autónomo y a su vez se planteen su vida profesional en el campo del autoempleo. Sin duda, será muy bueno para todos, tanto para la sociedad, como para la propia profesión, y ayudará a construir un nuevo rol social de lo que significa ser enfermero. (5,6.)

## ENFERMERAS EN EL ÁMBITO DE LA POLÍTICA

Las enfermeras, por diferentes razones, siempre hemos estado lejos de la política, huyendo de ella, sin identificarnos ni implicándonos en su desarrollo. Así, si miramos la situación actual, encontraremos, que podemos contar con los dedos de las manos los profesionales de Enfermería que ejercen puestos de responsabilidad política desde su ser enfermeros/as. (8)Esta ausencia em-

pobrece a la sociedad e impide que podamos aportar nuestra visión enfermera en el desarrollo no solo de políticas sanitarias, sino a todos los niveles de la política. Este es un campo que no deberíamos olvidar puesto que nuestra especial formación, que integra conocimientos sanitarios desde una dimensión holística e integrativa, permite que tengamos una visión biosicosocial y emocional de los problemas de los ciudadanos y la manera de abordarlos.

Asimismo, en estos últimos años, llevamos oyendo hablar de la necesidad de un cambio de modelo sanitario puesto que el actual está centrado y organizado para responder a la demanda de los problemas agudos, mientras que estamos cada vez más, en una sociedad más envejecida y con patologías crónicas. Todo indica, que este cambio de modelo se debe centrar en el desarrollo de políticas de promoción de la salud, incorporando planes de prevención, que favorezcan el autocuidado para poder frenar el impacto y crecimiento de las enfermedades crónicas, y a su vez, modificarlo, por uno que esté centrado en las personas y en sus condicionantes de enfermedad, lo que exige cambios en las estructuras, y en la organización de acceso a los servicios.

En este giro que tiene que ir dando el sistema sanitario, los cuidados y autocuidados, van a ser el pilar básico de acción, exigiendo cambios de políticas a las más altas escalas, en aquellos ámbitos en los que se aprueban y discuten las leyes. Esto es fundamental, y es ahí donde debería haber una alta representación de los enfermeros, después de todo, somos el colectivo profesional más numeroso del país y los máximos responsables de la dirección, y ejecución de los cuidados.

Como muestra de la repercusión y trascendencia que tiene para la sociedad y para nuestra profesión, la presencia enfermeros en el desarrollo de la política, sirva la actuación de la Diputada y Enfermera por Convergència i Unió (CIU), Dña. Concepción Tarruella, en relación a la Ley del Medicamento. En este sentido, la aprobación de la modificación del artículo 77.1 de la ley del medicamento no hubiera sido posible si Tarruella, no hubiera estado como parlamentaria, ya que fue quien desde su Grupo Parlamentario y desde la Comisión de Sanidad del Congreso, propuso y luchó duramente para su modificación, aprobándose como todos sabéis el texto actual:

“...los enfermeros, de forma autónoma, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación. El Gobierno regulará la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica por los enfermeros, en el marco de los principios de la atención integral de salud y para la continuidad asistencial, mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, de elaboración conjunta, acordados con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeros y validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. El Ministerio de Sanidad y Política Social con la participación de las organizaciones colegiales, referidas anteriormente, acreditará con efectos en todo el Estado, a los enfermeros para las actuaciones previstas en este artículo”.

Como todos sabemos, el Real Decreto que regula esta Ley, lleva ya más de 5 años de retraso, y seguramente, parte de la causa de esa demora sea también, por la falta de enfermeros en puestos de presión política.

Por tanto, “Tener impacto global; intentar participar en las agendas nacionales donde se desarrollan políticas de salud. Debemos demandar reconocimiento porque somos el grupo mayoritario dentro de los profesionales de la salud” (8)

Desde el propio CIE, (Consejo Internacional de Enfermería) su director ejecutivo David Benton, establece como prioridad para el desarrollo de la enfermería mundial, la participación de los enfermeros en los más altos niveles de liderazgo político, “Siempre el rol mas frecuente de enfermería ha sido la de implementar políticas y programas, mas que participar y dar la perspectiva de enfermería, experiencia, conocimiento y habilidades para la formulación de políticas y planificación del sistema de salud.”

El problema como puede apreciarse, no solo afecta a la enfermería española, pero si es un reto también para nosotros. La incorporación de enfermeros en el ámbito político, va a venir condicionada por nuestra capacidad de desarrollar nuestro rol autónomo, favoreciendo a su vez la incorporación en las políticas sociales de la visión enfermera con una perspectiva muy humanista en su desarrollo e implantación. Además, esto ayudará también, a que el desarrollo formativo, competencial, y funcional vaya mucho mas parejo favoreciendo el crecimiento más rápido e interactivo de la profesión de enfermería,

Para finalizar, hacerlo como no, con Florence Nightingale, quién dijo al final de su vida:

“Podemos tener esperanza que cuando todas estemos muertas y nos hayamos ido, vendrán líderes que hayan experimentado personalmente el trabajo duro y cotidiano de involucrarse en las dificultades y la alegría de organizar reformas en enfermería y que lideraran mas allá de lo que jamás hayamos hecho”

Estoy segura, que Florence estaría orgullosa de ver a donde hemos llegado la profesión enfermera hoy en día y también, tengo ilusión y confianza en lo que nos depara el futuro, en el que los nuevos líderes que están por llegar nos llenarán de orgullo, el mismo, que sentimos todos nosotros como enfermeras y enfermeros en la conmemoración de estos cien años de profesión.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- “*Pasado, presente y futuro de la Enfermería: una aptitud constante*” Matesanz M.A 7(2):243-60. (2009). Rev. Adm. Sanit. [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pident\\_articulo=13139761&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=261&ty=121&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=261v07n02a13139761pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13139761&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=261&ty=121&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=261v07n02a13139761pdf001.pdf)
- 2- “*La tecnología: importancia y repercusión en la calidad del cuidado humanizado de enfermería.*” Rojas I.L Vol. 1 n° (2012) Rev. Evidencias <http://www.husincelejo.gov.co/pub/UNIDAD%20DE%20DOCENCIA/REVISTA%20VOL%201%20NUM%201/3%20ARTICULO.pdf>
- 3- “*Cuidados de la salud: paradigma del personal de enfermeros en México. La reconstrucción del camino*” García ML. abril-junio 13(2) (2009) Pesquisa research investigación <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a08.pdf>
- 4- “*La autonomía en la práctica de enfermería*” Tapp D. Vol. 5 n° (2005) Rev. Aquichan <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2051901>
- 5- “*La universidad española ante la empleabilidad de sus graduados: estrategias para su mejora*” Suárez Lantarón B. Vol.25 n° (2014) Rev. Española de orientación y psicopedagogía. <http://revistas.uned.es/index.php/reop/article/view/13522>
- 6- MAÑAS ALCÓN, E (2006) “*Impacto en la economía española de las profesiones colegiadas: un estudio sobre la producción y el empleo*” Instituto de Estudios Económicos [http://www.researchgate.net/profile/Elena\\_Manas-Alcon/publication/267401438\\_Impacto\\_en\\_la\\_economia\\_espaola\\_de\\_las\\_profesiones\\_colegiadas\\_un\\_estudio\\_sobre\\_la\\_produccion\\_y\\_el\\_empleo/links/548eb9c30cf2d1800d844a92.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Elena_Manas-Alcon/publication/267401438_Impacto_en_la_economia_espaola_de_las_profesiones_colegiadas_un_estudio_sobre_la_produccion_y_el_empleo/links/548eb9c30cf2d1800d844a92.pdf)
- 7- “*Los cuidados, la enfermera y la política*” Minguéz Arias J.sep 2013 1(3) Enfermería comunitaria Rev. SEAPA. <http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/verano2013/Los%20cuidados%20la%20enfermera%20y%20la%20politica.pdf>
- 8- Quiroga A. (2013) “*Rol de Enfermería en las políticas Publicas*” Conferencia, dirección nacional de maternidad e infancia. Ministerio de sanidad Argentina [http://www3.sap.org.ar/descargas/neonatologia2013/presentaciones/quiroga\\_roldeenfermeria.pdf](http://www3.sap.org.ar/descargas/neonatologia2013/presentaciones/quiroga_roldeenfermeria.pdf)

The background is a light gray illustration. At the top, a banner reads "100 años" next to a drawing of a magic lamp. Below the banner, a crowd of stylized human figures is depicted. In the foreground, a person is shown in a wheelchair, and a baby is crawling. The overall theme is related to a 100th anniversary and human progress.

## CAPÍTULO 2

# *Las profesiones sanitarias a finales del siglo XIX y principios del XX*



# CUÁNDO NACE EN ESPAÑA LA ENFERMERA O CUIDADORA SOCIAL

*When the public health nurse comes into being in Spain*

Amillano Urdiain, M<sup>a</sup> Asunción (Sor Jesús)  
Siervas de María

**PALABRAS CLAVE:** Cuidadora de Salud Pública/ Asistencia continua domiciliada a los Enfermos/ Historia de la Enfermería

**RESUMEN:** Don Miguel Martínez Sanz, Párroco en Madrid, descubre que, un exministro, no consigue una enfermera de hospital para cuidar a su hija, en casa, a tiempo pleno. Lo impiden sus reglamentos. Reflexiona cómo poner remedio a este fallo.

Don Miguel tiene conocimientos homeopáticos y farmacéuticos. Maneja guías francesas para curar enfermedades y folletos ingleses para prevenir contagios, practicar un “pronto socorro”, etc.

Elige seis señoras influyentes y una joven de clase media. Las forma, y el 15 de agosto de 1851, funda la nueva Institución, con votos y reglas escritas por él. Ese mismo día lo publica en “El Católico”.

**KEY WORDS:** Public Health Nurse/ Domiciliary personal care to the Sick/ Nursing History

**SUMMARY:** Father Miguel Martínez Sanz, a Parish Priest in Madrid discovers that a prominent man is not able to get hold of a hospital nurse to look after his daughter at his home on a full-time basis. The regulations in force do not allow it. He ponders on how to find a solution to this deficiency..

He has homeopathic and pharmaceutical knowledge, he is able to use English and French medical guides and leaflets to cure ailments and to prevent the spread of disease.

He chooses six influential women and a young working class woman. He trains them and on 15th August 1851, a new religious institution gets established, along with the vows and rules written by him. This event gets published on the same day on the newspaper: “El Católico”.



## COMUNICACIÓN

Gracias a los miembros del Comité Científico por permitirme tomar parte en este XIV CONGRESO NACIONAL Y IX INTERNACIONAL DE LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA. Soy Sierva de María Ministra de los Enfermos. Y deseo compartir algunos datos sobre **cuándo nace en España la Cuidadora Social**.

Fijémonos en el siglo XIX. Todo evoluciona rápida y convulsivamente: llámese político, social, científico, industrial... Hay guerras y revueltas callejeras... heridos... y epidemias: tifus, viruelas, paludismo, cólera... que gritan la necesidad de más "cultura de la salud" y "mejores cuidados a los enfermos".

La Ilustración y los Gobiernos son partidarios de la Hospitalidad y la Asistencia Domiciliaria. La Iglesia en general con los Visitadores Vicentinos, los Religiosos Camilos, Las religiosas de Nuestra Señora de la Esperanza de la Sagrada Familia de Bordeaux y algunas personalidades episcopales ayudan, pero no es suficiente.

Fernando VII, re-implanta con Real Decreto del 12 de julio de 1816 lo que 30 años antes estableció su abuelo Carlos III y aprueba el Reglamento de Hospitalidad Domiciliaria. Pero estos decretos duran poco.

En 1845, la Reina madre, M<sup>a</sup> Cristina, funda la Real Asociación de Beneficencia Domiciliaria, en Madrid, con más de 100 voluntarias para 18 Juntas Parroquiales. Lo imita toda España y las Colonias de ultramar.

Llevan ayudas materiales a los necesitados. No van, exclusivamente, a ejercer una asistencia continuada al enfermo.

Esta Asistencia Personalizada, a Domicilio, nace en 1851 y su posición en La Historia empieza a conocerse en este siglo, el XXI, cuando Sor Francisca Hernández Martín del Comité Científico por España en la Escuela de Enfermería de la Complutense; la Investigadora María Elena González Iglesias y el Doctor Documentarista don Carlos Álvarez Nebrada "sacuden el polvo" a nuestros archivos y salen algunos datos en los últimos Congresos Internacionales.

¿QUÉ DICE LA HISTORIA? Que... a primeros de junio de 1851, un ilustradísimo sacerdote, Párroco del distrito de Chamberí-Madrid: don Miguel Martínez Sanz, oye que, un exministro no consigue una Hermana de la Caridad que cuide su hija en casa, porque sus reglamentos lo prohíben. El percibe ahí la voz divina: "*Si eso pasa a un rico ¿qué será de los pobres labradores en campos ajenos que tu ayudas? ¡Tiene que ponerse remedio!*" ¿Cómo?

El maneja la *Guía Medical* francesa, (editada para curar las epidemias de la época); folletos ingleses sobre higiene personal y ambiental...; modos y medidas profilácticas para practicar un "pronto socorro"<sup>1</sup> etc. Fundará una Institución femenina, la primera en nuestra Hera<sup>2</sup>, para **atender exclusivamente a los enfermos, de forma continuada**, esmerada y gratuita, donde se encuentren.

Elige (como los Servitas de Milán) a seis señoras distinguidas y una joven de clase media: Manuela Torres Acosta, decididas a dar su vida a Dios, sin perder de vista que es al mismo Cristo a quien sirven y honran en el enfermo. Se llamarán *Siervas de María Ministras de los Enfermos*<sup>3</sup>.

---

1 Apuntes Manuscritos del Padre Miguel Martínez, en Archivo General Siervas de María Roma.

2 Afirmación de Madre Josefa Díaz y de otras Siervas contemporáneas en el libro *Santa María Soledad vista por sus Hijas*, por Pablo VI en la homilía de la canonización de Madre Soledad y ratificación por P. Panedas en su libro *Con María junto a la cruz* (tesis doctoral 1984); p. 466-67. Nota 28.

3 Apuntes Manuscritos del Padre Miguel Martínez, en Archivo General Siervas de María Roma.

Dos meses de intensa formación en el arte de cuidar y curar, y el 15 de Agosto, ante el Cardenal de Toledo, pronuncian sus votos, y reciben el Reglamento redactado por Don Miguel, publicado el mismo día en "El Católico"<sup>4</sup>.

LOS PRINCIPIOS son durísimos. Cuatro abandonan y dos mueren muy pronto. Llegan otras que, desean vivir este hermoso carisma con la joven Madre Soledad, única restante del grupo fundador<sup>5</sup>. Su trabajo es muy valorado. A finales de año el periódico *La Ilustración*, pondera su "esmerada abnegación", y reclama apoyo público a "tan piadoso Instituto"<sup>6</sup>. Al año siguiente, 1852, pasan cuatro al Hospital de la Tercera Orden. En 1853 tres al de Getafe, (aquí va Madre Soledad). En 1854 al de Ciudad Rodrigo. Madre Sacramento, las solicita para el pabellón de mujeres en el Hospital de San Juan de Dios (Después lo administrarán 11 años, hasta



que vuelvan los Religiosos<sup>7</sup>.) Para abril del 1853 las 7 Siervas han dedicado a 495 pacientes 5.460 noches y días.<sup>8</sup> Esta alternancia domicilio-hospital acrecienta su saber, y su experiencia médica y técnica. Madre Soledad, (muy dotada para cuidadora) sobresale en el aprendizaje. Ella es quien formará a las que llegan no solo en lo referente a cualidades y virtudes que pide el Reglamento sino en cuanto pueda ayudar su eficacia ministerial, por ejemplo, cómo desinfectar una habitación o una casa ... Rebajar la fiebre... Tratar un forúnculo... Preparar una cataplasma analgésica... Curar un catarro... Y mil detalles más que surgirán en las asistencias. "Parecía que había estudiado medicina"<sup>9</sup>.

El bienio 1854-56 es el de la prueba: Don Miguel se va a Fernando Poo, en 1855, llevándose cuatro Siervas. Deja de Superiora General a Madre Soledad. El Cardenal de Toledo nombra en su lugar al Agustino Padre Gabino Sánchez<sup>10</sup>, experto en el cuidado de los enfermos<sup>11</sup> pero más, en cómo

4 "El católico" periódico de la tarde 15. 8. 1851 da la noticia y la repite el de Valencia en p. 3: con el título: **Reglamento** *Se establece en el barrio de Chamberí una casa de beatas, de Siervas de María Ministras de los Enfermos* con sus 16 Artículos.

5 Libro de Fundaciones y Apuntes Historiales de los primeros 40 años de la Congregación en Biblioteca Nacional española.

6 El periódico "Universal" del 6 de diciembre de 1851

7 Libro de Fundaciones y Apuntes Historiales de los primeros 40 años de la Congregación.

8 Libro de *Estadística*, Archivo General Siervas de María Roma, 30, I, 1853 y Documento, Archivo Eclesiástico Toledo. Carpeta I, *Siervas de María* - Carta al Cardenal. Bonel y Orbe 1, 4, 1853.

9 Testimonios de Madre Josefa Díaz, Sor Amparo Martínez, y muchas otras personas contemporáneas, para el proceso de beatificación de Madre Soledad, Archivo General Siervas de María Roma, caja I, carpeta 1.

10 Documento en Archivo General Siervas de María Roma.

11 Carta del Padre Gabino a las Siervas de María: Archivo General Siervas de María Roma y trascritas por el P. Ayape en su libro "Madre Soledad CARTAS" página 131 a 149 "...ocupaciones tan obligatorias no me permites estar con vosotras a toda hora y al lado de cada enfermo"... "ya me ha visto el cólera pasar al



se adquiere esa visión de fe, que descubre a Cristo en los demás, especialmente en los que sufren.

Sube el rechazo religioso. El Gobierno decide disolver las Siervas de María; dejarlas sin hábito como **"Asociación de Asistentas de Enfermos a Domicilio"**. La Reina Isabel II se opone pero la Orden se toma.

Antes de ser publicada, el cólera de 1855 ataca Madrid. Enferma el Gobernador y pide a las Siervas le atiendan en su casa. Estas lo hacen, noche y día con hábito sin ver en él al "enemigo", sino a "Cristo enfermo". Se encargan de todo cuanto a él atañe, sin permitir (por prevención) que nadie ayude. Sana rápidamente. Está admirado de la formación de las enfermeras, y la calidad de los cuidados recibidos... ¿Y la Orden?, se anula<sup>12</sup>. Pero el cólera sigue. Madre Soledad visita a las hermanas en los domicilios para llevarles medicinas, desinfectantes, ropa limpia, etc. Encuentra las casas en cuarentena. Se presenta al Gobernador, quien

le escucha y le concede, por Decreto, trato de médicos, puestos donde descansar, y diligencia a la puerta para actuar con rapidez<sup>13</sup>.

Están construyendo las vías férreas. Hay muchos accidentes. Las Juntas Municipales las llaman, y sin dejar de atender en los domicilios acuden a los Hospitales cantonales como Reinosa, Ávila, Carcagente etc. Hay tantos heridos que instalan Ambulatorios de sangre, como en Pie de Concha, donde equipos pequeños de Siervas se encargan de las *primeras curas* y del traslado a los Hospitales Arévalo, Osuna, Nava del Rey, Medina del campo, Valencia, Santander, Almería, Segovia... etc.

Las madres tienen que trabajar de lavanderas, limpiadoras y en lo que sea. No hay dónde dejar los niños mientras trabajan; se abren para ellos, como en Pamplona...; Lazaretos de pobres, Colegios como el de Doña Ernestina, San Isidoro de Madrid etc. Todos los Obispos y las Juntas reclaman este servicio personalizado, esmerado y gratuito que ofrecen las Ministras de los Enfermos.

El 1858 vuelve el cólera a Fuenlabrada. Gracias a Dios, a las disposiciones tomadas y la experiencia adquirida tres años antes, las 15 Siervas cortan rápidamente los contagios y cesa la epidemia<sup>14</sup>.

---

*lado de los enfermos muchas semanas sin desnudarme, muerto de cansancio y de sueño hacer con ellos de confesor, de médico y cirujano a falta de éstos, y gracias a Dios, jamás he sentido la novedad más pequeña".*

12 Cf. En Memoria leída por el Padre Toribio Minguela 1889 y transcrita por P. Panedas en su libro *Con María junto a la cruz* Apéndice I. página 601. Y en *Apuntes Históricos* página. 209.

13 Decreto en el en Archivo General Siervas de María Roma y en el periódico "El Clamor Público" del 4/5/1855, página 3, *Más vale que no hagan falta*.

14 Cf. En Memoria leída por el Padre Toribio Minguela 1889 transcrita P. Panedas en su *libro Con María* Apéndice I. junto a la Cruz y en el libro *Apuntes Históricos* p. 209.

En 1859 el Conde de Belascoain, en nombre de la de Beneficencia para La Casa de Socorro del Tercer Distrito de Madrid;<sup>15</sup> dos meses después, la Junta Municipal para la Casa de Socorro de Madrid “*porque saben ya, con satisfacción, que una Sierva está prestando asistencia en la Casa del Tercer Distrito*”<sup>16</sup>. Unos años más tarde, 1865 el cólera invade España; más de 40 Siervas distribuidas desde diferentes puntos estratégicos, escriben páginas de verdadero heroísmo.

Quince años de fundación, 1866, y el Gobierno les otorga la condecoración del Diploma de la Cruz de segunda clase de la Orden Civil de la Beneficencia<sup>17</sup>. Al siguiente 1867 el Papa Pío nono otorga el “*Decreto que alaba y recomienda el referido Instituto*”<sup>18</sup>.

En 1872 el Arzobispo de Valencia don Mariano Barrio pide una Comunidad en la capital, llegan en plena revolución, Don Mariano las recibe asustado pero Madre Soledad se presenta en la Junta y explica al Presidente a qué viene, y éste le anima a que establezca la comunidad pero que empiece ya a curar los heridos en las barricadas<sup>19</sup>. Aquí las conoce Mons. Orberá Obispo de Cuba y consigue Hermanas para cuatro comunidades en ultramar.

Pero es en la epidemia de 1885, cuando las Siervas rayando ahora las 500 (entre profesas y novicias), se dispersan en parejas por toda la península, entre 156.503 contagiados y 61.521 muertos. Solo en Valencia, son 7.784 los atacados y 4.919 los muertos. Ellas mismas montan a las afueras de la ciudad un hospitalito de campaña el que, de julio a noviembre, atienden a 753 coléricos.

En Aranjuez cae contagiada la novicia Piedad Urabayen. En 30 años de servicio, es la primera que muere contagiada. Desde Chamberí, Madre Soledad, organiza las ayudas no solo, con dinero, ropa y “lo que necesiten en cada centro,” sino que les escribe alentadoras cartas, llenas de prudentes consejos y sabias medidas frete al cólera. En las colonias de ultramar, la hospitalización y las Juntas se habían establecido como en España y las Siervas fueron igualmente valoradas por su asistencia a los enfermos a domicilio, en Lazaretos, Hospitales y Barracones.

Desde Cuba, a puerto Rico y el conjunto de las Antillas se extienden a toda América.

La historia de esa expansión es impresionante, porque es provocada por las guerras (separatistas, independentistas, etc. colonialistas...) que dejan desolación, miseria total, epidemias, y enfermos amontonados en refugios bajo tierra y en inmundos barracones. En Las Lajas (Habana) el Alcalde pide a través del Prelado, Siervas de María para atender a los epidemiados de su pueblo. El Obispo les entrega su carruaje pero, el Alcalde viendo el peligro de los insurrectos, dispone que les acompañe una guerrilla de soldados. La epidemia duró tres meses, las cuidadoras se turnaban cada ochos días, para reponerse. Solo en ese pueblo llegaron a cuidar 1.800 atacados<sup>20</sup>. No se contagió ninguna cuidadora.

Tras el éxito de Las Lajas el Sr. Obispo, trató con algunos médicos y personas principales y establecieron el dispensario de San José, donde se cuidó a los niños con alimentos y medicinas y como

15 Solicitud del 11 de septiembre de 1859 y respuesta autógrafo de Madre Soledad Al Señor Conde de Belascoain de la Beneficencia 24 de mismo mes en Archivo General Siervas de María Roma y trascritas el Padre Ayape en su libro “Madre Soledad CARTAS”, página 2.

16 Documento de *la Junta Municipal* firmado por el Duque de Sexto el 12 de noviembre de 2853 en Archivo General Siervas de María Roma Archivo General Siervas de María Roma y Transcrito en *Apuntes Historiales* página, 8.

17 Documento, 4 y 3 en Archivo General Siervas de María Roma.

18 Documento en Archivo General Siervas de María Roma, y Apuntes historiales p. 97-98.

19 Sus testimonios en el libro *Madre Soledad vista por sus hijas*. y de Padre Minguella en “*Con María junto a la Cruz*”, P. Panedas página 257-58.

20 Apuntes Historiales páginas. 293 y 457.

el Obispo era el presidente de esa obra, suplicó a la Superiora de la Habana le diese una Hermana para hacer las medicinas de los niños y otra para supervisar y repartir los alimentos. Comenzó a crecer el número de los atendidos... y el de Hermanas, para no enfermar por el exceso de trabajo. Llegaron a atender a 9.000 niños<sup>21</sup>. Pero los muchos datos que guardamos de la Historia de la Cuidadora Social en toda América, la dejamos para otro Congreso. Sólo como dato de ese aprecio al servicio de las Ministras de los Enfermos, cito su alcance ministerial de 1851 a 1890 (39 años, desde la fundación), *Libro de estadística* primera página: Hermanas existentes 905; comunidades 103; pacientes asistidos 60.538; noches de asistencia 624.900, y días 383.342<sup>22</sup>.

A finales de siglo las Siervas dejan de atender Escuelas, Colegios y sin dejar los Hospitales, centran su preferencia en la asistencia domiciliada a los enfermos. Actualmente somos 1.465 Hermanas ubicadas en 119 comunidades y distribuidas por todo el mundo. Nada más por hoy Muchas gracias.

---

21 *Ibíd.*, página. 460.

22 Libro de Estadística, Archivo General Siervas de María Roma.

# HISTORIA DE LA PRIMERA ESCUELA DE ENFERMERAS CON PROGRAMA OFICIAL EN ESPAÑA, 1915

## *History of the first school of nursing with an official program of studies in Spain, 1915*

Sor Consuelo Barreno Pascual  
Diplomado de Enfermera

**PALABRAS CLAVE:** Escuela de Enfermeras/ Siervas de María Ministras de los Enfermos/ Historia de la Enfermería.

**RESUMEN:** En 1914, nuestra Escuela de Enfermeras en Madrid se actualiza al programa oficial aprobado en 1915.

En 1920 se abre un consultorio gratuito para los pobres en la misma Escuela, lo que facilita el ejercicio práctico de la Enfermería.

En 1931, se consigue de la Cruz Roja la instalación en nuestra casa, de un puesto de socorro. Las tensiones políticas y la revuelta en la Universidad Central, hacen que las Siervas de María se presenten en Francia e Inglaterra a los exámenes de Enfermería (1936).

En 1941, se actualiza la Escuela con dos años exigidos de escolaridad. Es remodelada y aprobada oficialmente por OM del 7 de junio de 1955. Cerró sus puertas en el curso 1979-1980 ante las nuevas exigencias ministeriales; en ella se formaron numerosas enfermeras religiosas y laicas.

**Key Words:** School of Nursing / Handmaids of Mary – Ministers to the Sick/ History of.

**SUMMARY:** In 1914, our Nursing School in Madrid gets modernized to comply with the program of studies that gets approved in 1915. In 1920, with the authorization of the Healthcare Board, a free dispensary is opened, which facilitates the students' training exercises and benefits the poor.

Furthermore, in 1931 an aid station is installed by the Red Cross by request of the superiors. Due to the political tensions and the revolt at the Central University, the Handmaids of Mary have to take their nursing exams in France and England.

In 1941, the study program gets updated to offer the two years of studies demanded by the Ministry of National Education, and on 7<sup>th</sup> June 1955 the school is officially authorized by Ministerial Decree.

The School admitted 993 students and 879 of those qualified as nurses. During the period of 1979-1980 the school closes due to new ministerial demands.

## INTRODUCCIÓN

Desde que el 1 de mayo de 1915 se creó por R.O. el “título oficial de Enfermería para toda España” a instancias de las Siervas de María, éstas continuaron estudiando en la Escuela de Chamberí y obteniendo su título oficial en la facultad de Medicina de Madrid.

Madre Fernanda Iribarren es elegida Superiora General en 1916. Crece el prestigio de la Escuela y va evolucionando, aumenta notablemente el alumnado, ven la necesidad de tener un libro de texto para cada alumna, lo que se consigue en 1920, imprimiendo los apuntes que tenían escritos a máquina y con el título de “Manual práctico de Asistencia a los Enfermos para uso de las Siervas de María”. (En 1928 segunda edición)

## I.-CONSULTORIO GRATUITO PARA LOS POBRES

En este mismo año 1920 a petición del Dr. Barajas, con la autorización de la Junta de Sanidad, se abre un consultorio gratuito para los pobres, que facilita el ejercicio práctico de la enfermería unido al teórico, que abraza además del ejercicio de la especialidad de otorrinolaringología otras especialidades y aún enfermedades generales, las estudiantes podían realizar sus prácticas, logrando así el perfecto desarrollo de la escuela de enfermeras. A consecuencias del régimen político, el Colegio Oficial de Médicos de Madrid en 1932 publicó cierto reglamento cuyas leyes afectaban a los Institutos de Consultas públicas gratuitas, por lo que en enero de 1933 se cerró nuestro consultorio. Los datos del consultorio durante estos 11 años son:

- Enfermos asistidos ..... 9.532
- Curaciones practicadas ..... 32.965
- Operaciones ..... 1.126<sup>2</sup>

Del 1930 al 1934, a pesar de las dificultades por el frecuente cambio de programa de estudio, siguen examinándose en la Facultad de San Carlos de Madrid.

## II.-AUTORIZACIÓN POR LA CRUZ ROJA DE PONER UN PUESTO DE SOCORRO

Mientras tanto el 13 de enero de 1931 la Madre Nieves Aizcorbe, Superiora Provincial de Madrid escribe al Sr. Comisario Regio Presidente de la Asamblea Suprema de la Cruz Roja “*ofreciendo nuestra casa de Chamberí, nº 13, para un puesto de socorro u hospital de sangre*”<sup>3</sup>. No olvidemos que las Siervas de María que estudian en el Vaticano en la Escuela de San José y vienen a Madrid, hacen sus prácticas en un hospital de sangre que Benedicto XV instala en una galería del mismo Vaticano.

Con fecha 20 de enero de 1931 el Secretario General de la Cruz Roja Juan P. Criado Domínguez responde a la Madre Nieves Aizcorbe que acepta el generoso ofrecimiento<sup>4</sup>. A raíz de lo cual 20

---

1 “Manual práctico de enfermeras para uso de las Siervas de María”, Original de las Siervas de María, Archivo General, Roma

2 Historiales Archivo Provincial Siervas de María, Madrid

3 Carta de Madre Nieves Aizcorbe del 13 de enero de 1931 al Sr. Comisario Regio Presidente de la Asamblea Suprema y la Cruz Roja: “*ofreciendo nuestra casa de Chamberí, nº 13, para un puesto de socorro u hospital de sangre...en caso de alteración en el orden público u otras circunstancias que lo hicieran preciso poniendo a su disposición para la asistencia de dichos enfermos o heridos, las religiosas enfermeras profesionales que fuesen necesarias*”. Archivo General Siervas de María, Roma.

4 Carta del Secretario General de la Cruz Roja Juan P. Criado: “*Su Excelencia, en uso de las facultades que le son propias acepta el generoso ofrecimiento de esa comunidad, autorizando la instalación en su casa residencia de esta corte, siempre que las circunstancias lo demanden, un puesto de socorro con carácter*

Siervas de María fueron adscritas a la Cruz Roja con fecha 21 de enero de 1931<sup>5</sup>. De este modo tanto las hermanas diplomadas como las estudiantes podían ayudar en los casos que se presentaran en el puesto de socorro, y éstas últimas, ampliar y perfeccionar sus prácticas de enfermería.

### III.-CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS CATÓLICAS EN ROMA - 1935

Para el Congreso de Enfermeras católicas, religiosas y seglares de todo el mundo, celebrado en Roma, los días 25 al 28 de agosto de 1935, las Siervas de María tuvieron parte activa<sup>6</sup>. Para este evento, se elaboró una Memoria que fue presentada al Congreso, en la que hicieron partícipes en la asamblea del régimen de estudios en nuestro Instituto desde los inicios hasta la creación de la escuela oficial en España, con la aprobación de la R. O. del 7 de mayo de 1915<sup>7</sup>. De este evento se hizo eco la prensa, encomiando a las Siervas de María<sup>8</sup>.

### IV.- PREOCUPACIÓN Y SOLUCIÓN ANTE LAS TENSIONES EN LA UNIVERSIDAD CENTRAL

Volviendo al año 1935, nuestra Superiora Provincial de Madrid, Nieves Aizcorbe, veía cómo subía la tensión en la Universidad Central y telefoneó al Decano de la Universidad de Zaragoza, para ver si podían presentarse allí a examen, obteniendo respuesta afirmativa, dividió el grupo: 9 se examinaron en Madrid y 11 en Zaragoza.

En 1936: se examinaron:

- En enero 4 hermanas en Marsella
- En Marzo 2 hermanas en Londres
- En Marzo 12 hermanas en París
- En Junio 12 hermanas en Salamanca
- En julio 8 hermanas en Zaragoza<sup>9</sup>

En los años 1937 y 1938 no se examina ninguna.

En 1939 se inician en Zaragoza los estudios y exámenes, obteniendo el título 5 hermanas. Más tarde en 1941, se reanudan los estudios en Madrid con dos años de escolaridad, previa inscripción de las alumnas en una escuela oficial, lo que se consigue del Ministerio de Educación Nacional para nuestra escuela, el 28 de diciembre del mismo año, puesto que respondía a los fines que indicaba la aludida Orden<sup>10</sup>. (B.O.E. de 28 mayo de 1942 lo corrobora)<sup>11</sup>.

Esta Escuela obtiene **550 títulos de enfermería** de Siervas de María, desde el inicio hasta 1953<sup>12</sup>.

---

*transitorio*". Documento Original en Archivo General Siervas de María, Roma

5 Documento original en el Archivo General Siervas de María, Roma.

6 Carta de Madre Fernanda al Excmo. Nuncio Apostólico con fecha 13 de julio de 1935. Archivo General Siervas de María, Roma.

7 Memoria presentada al Congreso Internacional de Enfermeras Religiosas y Laicas, Roma – Agosto 25 – 29, 1935, leída por Sor Bonifacia Goñi, Secretaria General. Memoria que se conserva en el Archivo General Siervas de María, Roma.

8 "Un congreso internacional de enfermeras católicas" es el título del Artículo en el Periódico ABC del 20 de septiembre de 1935: "...el Instituto de las Siervas de María ha creado en Madrid una Escuela de Enfermeras y ha establecido para las prácticas una clínica-ambulatoria provista de material necesario..."

9 Libro Históricas de Madrid, Archivo Provincial Siervas de María, Madrid

10 Documento original. Se conserva en el Archivo General de las Siervas de María, Roma

11 B.O.E. periódico original del día 8 de junio de 1942. Archivo General Siervas de María, Roma.

12 Archivo Provincial Siervas de María, Madrid



## V- ESCUELA OFICIAL DE AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS FEMENINA

El proyecto deseado de Madre Fernanda Iribarren llegó a su culmen con la ampliación y remodelación de la Escuela Oficial existente desde 1915, con el nuevo nombre dado por el Ministerio de Educación Nacional "Escuela Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios".

a) El expediente que se extendió para obtener del Ministerio de Educación Nacional el reconocimiento fue prolijo y complicado, pero al fin quedó aprobado<sup>13</sup>.

b) La Bendición del Local tuvo lugar el 25 de junio de 1953. El acto fue presidido por el Sr. Arzobispo<sup>14</sup> y al que asistieron numerosas personalidades y doctores. De entre ellos mencionamos: El Doctor Don Ramón Moreno González, Sub-director de la Escuela<sup>15</sup>, el Doctor Don Mariscal Zúmel, Don Félix Pérez Estables, Párroco de El Pardo, el Doctor Castro que encomió "las condiciones pedagógicas de la Escuela" y el Ilmo. Sr. Orcoyen, Decano de la Facultad de Medicina de Madrid que dio la enhorabuena y manifestó su satisfacción de ver que "las religiosas van respondiendo a los deseos que la Facultad tiene de elevar a una altura superior la carrera de enfermeras, preparando locales competentes y ateniéndose a las últimas normas legales"<sup>16</sup>.

c) La aprobación de la Escuela según la Orden Ministerial se obtuvo el 7 de julio de 1955<sup>17</sup>. Publicado en el (B.O.E. el 19 de julio de 1955). Si bien la Aprobación fue en 1955, los exámenes de ingreso comenzaron a funcionar en 1954.

d) Descripción del edificio

El edificio consta de tres plantas, cabe señalar la 3ª que comprende: tres espaciosas



13 El expediente constaba de los siguientes documentos: "Instancia de la Superiora Provincial de Madrid solicitando lo que deseaba. Aprobación Eclesiástica de la Escuela. Planos, fotografías e historia de la misma. Relación del material de enseñanza, Reglamento para el régimen pedagógico y administrativo de la Escuela. Documentos acreditativos para que las alumnas puedan hacer sus prácticas en los Centros señalados. Testimonios notoriales y certificados académicos del cuadro de Profesores, más su historia cultural y profesional. Expediente que fue aprobado. Historiales Escuela ATS, Archivo Provincial Siervas de María, Madrid.

14 Discurso del Sr. Arzobispo, recalcó "la necesidad de que las religiosas amplíen más y más sus conocimientos técnicos profesionales que las hagan competentes al lado del enfermo, teniendo presentes las palabras del actual Papa S.S. Pio XII: Por los servicios que prestan al cuerpo, llevar una luz al alma". Historiales de la Escuela de ATS, Archivo Provincial Siervas de María, Madrid.

15 Discurso del Doctor Ramón Moreno González: "que fue el primero en pronunciar un discurso alusivo al acto, recordando que unos días antes había sido proclamado santo el Papa Pío X, el pionero de la Escuela Ambulatorio en el Vaticano". Historiales Escuela ATS. Archivo Provincial, Siervas de María, Madrid.

16 Historia Escuela ATS. Archivo Provincial, Siervas de María, Roma.

17 Decreto Oficial: "... En conformidad con lo dispuesto en el decreto del 27 de junio de 1952 y orden ministerial del 4 de agosto de 1953, este ministerio ha resuelto reconocer con carácter oficial la escuela de enfermeras de la Congregación de Siervas de María, Ministras de los enfermos, establecida en Madrid, Plaza de Chamberí, 7.... El Decano B.L. Velázquez". Documento original, Archivo Provincial Siervas de María Madrid.

salas de prácticas; asistencia directa al enfermo, quirófano y laboratorio, las tres debidamente equipadas para el fin que se pretende<sup>18</sup>.

#### e) Organización de la Escuela

Para el buen funcionamiento de la Escuela, se organizan:

1. Las materias de teoría, según el programa oficial: Moral y Religión, Anatomía y Fisiología, Patología, Higiene, Enfermedades Infecciosas, Cirugía, Ginecología, Pediatría, Geriatría, Microbiología, Laboratorio, Farmacia, etc.
2. Centros para las prácticas: Gran Hospital de la Beneficencia General del Estado, Clínica "Rúber", Clínica "La Milagrosa", Sanatorio "San Pedro", Clínica del Trabajo
3. Actas de Exámenes<sup>19</sup>. Cabe señalar que las alumnas del 3º curso, de 1957, **17 Siervas de María** fueron las primeras en adquirir el Título de A.T.S. en nuestra escuela.
4. Actas de Reuniones<sup>20</sup>, en las que trataban de los horarios, puntuación de los exámenes, formación, etc.

De este modo y con estos inicios, la Escuela de ATS ha venido impartiendo sin interrupción sus enseñanzas hasta finalizar el curso de 1979.

En 1970, año en que la Congregación vibra y goza con motivo de la canonización de Madre Soledad, cambia de nombre el título de la Escuela por el de "*Escuela de Ayudantes Técnicos sanitarios femenina Santa María Soledad*"(B.O.E.) Firma con fecha del 2 de abril de 1970 Villar Palasi<sup>21</sup>.

## VI.- PERSONAL DOCENTE DE LA ESCUELA DESDE EL INICIO HASTA SU CIERRE<sup>22</sup>

**Directores:** 1º Profesor Dr. Don Fernando Castro desde 1954 hasta su muerte el día 15 de abril de 1967 y 2º Profesor Dr. Don Valentín Matilla desde el 18 de mayo de 1967 hasta la clausura de la Escuela en 1980

**Profesoras de Moral y Religión:** 11 sacerdotas; **Profesores de las demás asignaturas:** 15 Doctores; **Jefes de Estudio:** 7 Siervas de María; **Secretarías y monitoras:** 9 Siervas de María

El número de Matrículas asciende a 993 de las cuales han conseguido el Título de A.T.S. 879. De éstas 644 son religiosas y 232 seglares. Son 65 las Congregaciones que ha pasado por la Escuela. **219 títulos consiguieron las Siervas María.**

Con la unificación de las carreras de Enfermería, Practicantes y Matronas en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios y después al Diplomado de Enfermería, viene la apertura de Escuelas de Enfermería dependientes de las distintas Universidades, las religiosas se forman conforme a los planes de cada momento en las distintas universidades españolas y extranjeras.

Las Siervas de María cerramos nuestra Escuela de Madrid en 1980.

---

18 El edificio consta de tres plantas: "1ª Planta comprende un pasillo central con 18 amplias celdas repartidas a ambos lados y dos cuartos de baño. 2ª planta está el despacho del Director con cuarto de aseo; despacho para secretaría con sus archivadores y enciclopedia Espasa completa; el aula principal de 20 m. de largo por 6'75 m. de ancho, provista de pupitres individuales, y lo que ya se tenía: esqueleto natural completo, figuras anatómicas y abundantes láminas. 3ª planta: comprende tres espaciosas salas de prácticas; asistencia directa al enfermo, quirófano y laboratorio, las tres debidamente equipadas para el fin que se pretende". Historiales Escuela ATS, Archivo Provincial, Madrid.

19 Libro de Actas de Exámenes. Archivo Provincial Siervas de María, Madrid

20 Libro de Actas de Reuniones. Archivo Provincial Siervas de María, Madrid.

21 Historiales Escuela ATS, Archivo Provincial Siervas de María, Madrid.

22 Ibid.



# ANÁLISIS DE DOCUMENTOS DE NIGHTINGALE DIRIGIDOS A ENFERMERAS. "NOTAS DE ENFERMERÍA" NO ES PARA ENFERMERAS

*Analysys of Nightingale's documents about Professional  
Nursing. "Notes on Nursing" is not for professionals*

Mónica Cordeiro Rodríguez

Estudiante de Grado en Enfermería, Universidad de Valladolid

**PALABRAS CLAVE:** Florence Nightingale, documentos, enfermería

**KEY WORDS:** Florence Nightingale, documents, nursing

**RESUMEN:** Florence Nightingale escribió a lo largo de su vida muchísimos documentos que reflejan su visión del papel de la enfermera, tanto a nivel doméstico como profesional. Hasta el momento, en España se han considerado y analizado ampliamente los textos traducidos a la lengua castellana, sobre todo "Notas de Enfermería". Sin embargo, los discursos recogidos en esta obra no van dirigidos a las enfermeras profesionales, como la propia Nightingale admite. En este trabajo se recoge su visión con respecto a varios aspectos de la Enfermería como disciplina profesional.

**SUMMARY:** During her lifetime, Florence Nightingale wrote a lot of documents which reflect her view on the role of the Nurse, both private and professional. In Spain, only the texts which are translated into the Spanish language had been considered and analysed so far, especially "Notes on Nursing". However, this book is not addressed to professional nurses, as Nightingale admits. In this paper, it is presented a view of what she thinks about several issues related to Nursing as a professional discipline.

## INTRODUCCIÓN

Florence Nightingale es una figura importante y un referente para el colectivo enfermero a nivel mundial. Sin embargo, sigue siendo difícil el acceso a información relativa a su persona para enfermeras no anglófonas. Nightingale fue una escritora prolífica, además de libros sobre enfermería y hospitales, escribió miles de documentos que se conservan en archivos estatales británicos o de universidades anglosajonas.

Al llegar a la edad adulta, y a causa de su profundo sentimiento religioso, Nightingale se cuestiona una y otra vez qué es lo que podría hacer en este mundo para servir a Dios. Sin embargo, partiendo de la cuestión religiosa como excusa para buscar un sentido a su vida se puede deducir que Nightingale es una mujer con inquietudes y ansias de conocer poco frecuentes para las mujeres de su época. Tras la lectura de varios documentos escritos por la autora se puede ver su afán de notoriedad y de dejar un legado para las generaciones sucesivas.

Es innegable la dedicación de Florence a la Enfermería y sus aportaciones son de un valor incalculable. Sin embargo, se puede percibir de sus escritos que la enfermería para ella es el medio y no el fin.

## OBJETIVOS

- General: analizar documentos originales de Florence Nightingale con la finalidad de extraer sus ideas más relevantes acerca de la enfermería profesional.
- Específicos:
  - analizar las ideas principales recogidas en los textos estudiados relacionándolas con el contexto histórico en el que fueron escritas.
  - ahondar en la personalidad de la autora a través de sus escritos.

## FUENTES

Florence Nightingale escribió una serie de documentos a modo de diario, que recogen sus pensamientos e inquietudes, los cuales hoy todavía se conservan y que reflejan su más profunda intimidad. Además, hay una serie bastante amplia de escritos que se dirigen a las estudiantes de enfermería y a enfermeras de su escuela londinense. En estos textos, Nightingale da su particular visión sobre la enfermería y aconseja a las enfermeras y estudiantes sobre múltiples aspectos de su trabajo y de su formación. En este trabajo se recogen las traducciones de varios fragmentos. Se han analizado 6 discursos originales escritos por Florence Nightingale entre mayo de 1872 y Mayo de 1888, así como un documento escrito durante su estancia en Kaiserswerth en 1851 de esos documentos y se relacionan con la vida de Florence Nightingale y con su visión de la Enfermería.

## METODOLOGÍA

Mediante la investigación cualitativa se procederá a la lectura, traducción y análisis crítico de la documentación escrita por Florence Nightingale relacionada con las profesiones sanitarias, realizando hipótesis de trabajo relacionadas con su pensamiento enfermero.

## RESULTADOS

### *1.-Influencia de la religión en los documentos escritos por Florence Nightingale*

La importancia de la religión cristiana en la vida de Florence Nightingale es incuestionable. Al

menos en sus escritos, ya sean públicos o privados, Nightingale tiene muy presente la figura de Dios, tomando muchas veces a Jesucristo como último modelo de comportamiento a seguir.

Esta influencia divina como motor de su vida se puede ver especialmente reflejada en una especie de curriculum vitae que Nightingale escribió en 1851 cuando comenzó su formación con las Diaconisas de Kaiserswerth. En este documento Florence afirma: *"Dios me ha guiado por caminos que no sabía que existían. Lo que Le debo no podría expresarlo en estos pocos minutos, pero le doy gracias por traerme aquí"*.

En general, toda la documentación examinada está plagada de referencias religiosas. Florence Nightingale usa numerosos ejemplos extraídos de la religión cristiana (como parábolas o vivencias de Jesucristo) para retratar los comportamientos que considera adecuados para las enfermeras formadas en la escuela del St. Thomas'. Estos ejemplos, a veces disfrazados de sermones religiosos, pretenden en realidad llevar a las estudiantes y enfermeras hacia una práctica mucho más profesionalizada. Aunque como se ha dicho, los documentos están plagados de estas referencias religiosas, en este trabajo se han prescindido de ellas para retratar únicamente el ámbito más profesional.

## **2.-Corrección y estilo**

Nightingale usa un lenguaje común y su discurso es distendido, transmitiendo una sensación de cercanía al interlocutor, para que vea en ella un modelo a seguir.

Los documentos examinados pretenden ser un discurso inspirador y totalmente adaptado al receptor. En este caso, Florence se dirige a estudiantes de enfermería y a enfermeras profesionales formadas en su propia escuela. No se debe dejar de lado que algunas de ellas, a pesar de estar aprendiendo una profesión, a veces no sabían leer ni escribir con fluidez. Y como prueba, en uno de los discursos que Nightingale les dirige afirma: *"...una de nuestras supervisoras me comentó la semana pasada que tenía a su cargo una buena enfermera a la cual debería de proporcionársele un buen puesto, pero que lamentablemente no sabía ni leer ni escribir lo suficientemente bien para ello."*

La mayoría de los documentos carecen de cualquier tipo de estructura organizativa, la autora pasa de un tema a otro sin transiciones ni introducciones. Esto hace que sea un poco difícil seguir el discurso. De la misma manera, los textos están plagados de referencias a personalidades que las alumnas y enfermeras seguramente conocían y que muchas veces se presentan como referentes.

## **3.-Definición de Enfermería y aptitudes de la enfermera**

En "Notas de Enfermería", Florence Nightingale enuncia una definición de Enfermería, o mejor dicho del cuidado, dirigido a amas de casa en la que no se recoge el carácter profesional.

En cambio, en documentos dirigidos a enfermeras profesionales, Nightingale da una definición mucho más concreta: *"bajo las órdenes del médico (la enfermería) consiste en curar y prevenir tanto las enfermedades como las lesiones, desde un punto de vista quirúrgico y médico.* En esta definición, pone de relieve la figura del médico como factor determinante en la práctica enfermera, pero le da un papel fundamental a la hora de llevar a cabo la prevención de la enfermedad.

Además, Nightingale enumera los atributos que debe tener una enfermera y así se completa la definición:

- La enfermera debe interesarse por sus pacientes desde un punto de vista espiritual, además, Nightingale afirma que esta característica no es cuestión de experiencia o edad: *"La enfermera debe de mostrar interés real, profundo, religioso, personal y maternal por cada uno de sus*

*pacientes. Y este interés "maternal" se puede ver en chicas de 21, hemos tenido supervisoras de no más de esa edad que presentaban ese interés, y señoras de 40 que no lo presentan"*

- La enfermera debe interesarse por la evolución de los pacientes que están a su cargo a través de la observación: *"... (La enfermera debe tener) un gran interés desde el punto de vista práctico (intelectual, si quieren) en el caso, en cómo va evolucionando. Este aspecto el que define a una verdadera enfermera. Si no tenemos en cuenta lo interesante que la enfermería es en realidad, los pacientes podían ser como muebles, y nosotras las limpiadoras. Esto nos insta a comenzar a observar (a los pacientes) desde el primer caso que tengamos".*
- La tercera característica indispensable en una buena enfermera es el gusto por la administración y por la organización: *"... el tercer (atributo) es el gusto por la administración, esto significa aprender a gestionar la planta correctamente y mantenerla fresca, limpia y ordenada, además de mantener el orden, la puntualidad, de informar de sus casos con absoluta precisión al médico o al cirujano, reportándolos antes a su supervisora".*

#### **4.-Sobre las asociaciones de enfermeras y la profesión enfermera**

En la década de 1880 surgen en el Reino Unido las primeras asociaciones de enfermeras y matronas. Precisamente en 1887 se forma la British Nurses' Association (BNA), primera organización de enfermeras a nivel mundial. Florence Nightingale expresa su opinión sobre las asociaciones de enfermeras y sobre la proclamación de la Enfermería como profesión en un texto que data de mayo de 1888:

*"Últimamente estamos escuchando hablar mucho de las asociaciones. Ciertamente es imposible vivir aislados: dependemos de otros para conseguir lo que queremos y otros dependen de nosotros.*

*Cada hospital en sí mismo es una asociación. Nosotros en esta escuela somos una asociación en el sentido estricto, regulada –o al menos lo intentamos – bajo principios generosos, trabajamos con una organización para conseguir nuestro propio éxito y el de nuestras enfermeras. Para hacer este éxito posible, debemos usar nuestra independencia personal para avanzar y no quedarnos quietas.*

*No podemos olvidar que el individuo hace la asociación, que la asociación depende de cada uno de sus miembros. Una asociación de enfermeras no puede sustituir a la enfermera individual, ya que es ella la que debe, en la medida de sus posibilidades, dar vida a la asociación mientras que la asociación le brinda ayuda".*

Esto es; para ella es inevitable unirse a la tendencia del asociacionismo, pero sin olvidar los valores individuales de la profesión y no dejándose llevar por la corriente, si no conservar la esencia de la profesión: *"Tenemos nuestras queridas cabezas. ¡Gracias a Dios por ellas! Que cada una de nosotras seamos un miembro activo de acuerdo con nuestras habilidades. Es el individuo lo que importa, más que la ley o la regla"*

En cuanto a la certificación formal de la formación afirma: *"Lo importante es lo que es la enfermera de forma individual y lo puede hacer en sus prácticas y en su trabajo, no lo que pone en la certificación que ha conseguido".*

Respecto al reconocimiento de la enfermería como profesión Nightingale es especialmente crítica, afirmando que sólo los pacientes pueden juzgar si una enfermera cumple con las expectativas de la misma: *"He de tener influencia moral sobre mis pacientes. Y esto sólo puedo hacerlo siendo la persona que parezco, especialmente ahora que todo el mundo ha sido educado y los pacientes pueden convertirse en mis críticos y jueces. Mis pacientes me están observando. Saben en qué*

*consiste mi profesión, mi vocación: me debo al bien de los enfermos. (Los enfermos) se preguntan: ¿actúa esa enfermera de acuerdo con su profesión? Esto no es una mera suposición, es un hecho. Es una llamada de atención para nosotras, para que cada enfermera de forma individual actúe de acuerdo a nuestra profesión.*

En relación con la consideración de la enfermería como una profesión, Nightingale se muestra muy reacia a aceptar esta consideración, poniendo por encima de esto los valores individuales de la enfermera:

*Hoy en día oímos mucho sobre el hecho de que la enfermería se ha hecho una 'profesión'. Pero para mí esta no es la cuestión, si no si yo estoy viviendo de acuerdo con mi profesión. Sin embargo, no puedo estar siempre ansiando el reconocimiento de mis pacientes en relación con mis servicios. Por el contrario, el mejor servicio que puedo prestar a un paciente es que no se dé cuenta del mismo porque no tiene necesidades que cubrir.*

*Debo ser una verdadera enfermera – en la práctica, no solo de nombre, no ser lo que dice en un libro, no una respuesta, no un mecanismo o tan sólo la pieza de un mecanismo llamado asociación".*

### 5.-Temas concretos sobre la práctica enfermera

- Importancia de la formación y el aprendizaje continuos: es un tema recurrente en toda la documentación examinada. Nightingale quiere que las enfermeras formadas en la escuela sean "perfectas" y considera que el aprendizaje continuo es el medio de llegar a ello. En un fragmento en el que comenta las mejoras realizadas en la escuela en cuanto a la formación teórica impartida afirma: *"nuestra directora, que siempre se está esforzando por nosotras, ha hecho algunos cambios en la escuela que nos pondrán en el camino, esperemos, de convertirnos en "perfectas"*.

En otro texto, dedica gran parte del discurso a poner de relieve la necesidad de la formación y el aprendizaje continuos para una buena práctica enfermera:

*"Para nosotras las enfermeras, la Enfermería es algo en lo que, a no ser que estemos progresando cada año, cada semana, os doy mi palabra de que estaremos retrocediendo"*.

En un documento posterior, añade que es importante además la implicación individual de la enfermera con sus pacientes lo que la hará buena en su trabajo: *"Lo importante es lo que una enfermera puede hacer durante su formación y su práctica de manera individual, no la titulación que posee"*. Continúa afirmando: *"una mujer que piensa: ahora ya soy una enfermera completa y experimentada, ya he aprendido todo lo que debía, os doy mi palabra de que no sabe lo que es una enfermera y nunca lo sabrá, ya ha retrocedido"*.

De la misma manera, hace referencia a la importancia de la experiencia en la Enfermería, pero siempre que se acompañe de una formación y aprendizaje continuados. Para justificar esta idea, se pone de ejemplo a sí misma como una de las enfermeras más experimentadas y afirma que regresaría a la escuela del St. Thomas' si le fuera posible: *"Tengo más experiencia en todos los países y en diferentes tipos de hospitales que casi nadie (no había oferta formativa en mi juventud como la que tenéis ahora). Sin embargo, si recuperara la fuerza para caminar volvería a empezar desde el principio. Vendría a pasar una año formativo al St. Thomas' Hospital bajo las órdenes de vuestra admirable supervisora (y me atrevo a afirmar que encontraría en mí la máxima obediencia a cada una de nuestras reglas), y seguro que aprendería cada día, aprendería lo máximo para –enriquecer– mi experiencia pasada"*.



En este sentido, también pone con ejemplo a Agnes Jones, que se había formado en la escuela y que había muerto siendo directora de enfermería de la Liverpool Workhouse Infirmary. Para ello, cita lo que la directora había escrito durante su último año de vida: *"me gustaría quedarme en este puesto durante 40 años, Dios mediante, pero en cuanto tuviera vacaciones me iría al St. Thomas', aprendería mucho más ahora que ya tengo más experiencia"*.

En otro texto vuelve a poner de relieve la importancia de la práctica para la enfermería: *"no queremos sólo conocimiento, sino práctica. Sólo sabemos una cosa, si sabemos hacerla"*.

- **Responsabilidad:** para Florence Nightingale, el buen funcionamiento de la práctica enfermera reside en que las enfermeras sean responsables de su propio trabajo y organizadas, sin entorpecer el trabajo de los demás: *"La esencia de toda buena organización es que todas deben de ser responsables de su propio trabajo de manera que se ayude, y no se entorpezca, a que las demás realicen el suyo"*.
- **Pensamiento autónomo:** *"la formación será inservible, a no ser que cada una pueda aprender a sentir y meditar por sí misma"*
- **Importancia de ser una persona coherente con los pacientes:** *"Y los pacientes rápidamente se dan cuenta de su una enfermera es congruente, si es quién dice ser. Y si no lo es, no vale de nada (su práctica)"*.
- **Obediencia:** es una virtud fundamental que debe tener la enfermera a la hora de realizar su trabajo. En varios textos menciona la importancia de que una enfermera siga las normas con disciplina. Florence, en este sentido, compara a la enfermera con un soldado: *"Obedecer significa hacer lo que nos manden, y hacerlo con prontitud. Para la enfermera, así como para el soldado, no es la cuestión si está acostumbrada a obedecer, o si piensa que es lo correcto. La cuestión es que debe obedecer con prontitud. No estamos al mando, si no que estamos bajo control. La obediencia con prontitud es lo primero, es resto es el sinsentido habitual. Venimos al trabajo a trabajar"*

## CONCLUSIÓN

La vida y el legado de Florence Nightingale son apasionantes. Se han escrito innumerables obras sobre su vida y su trabajo, algunas de ellas disponibles en lengua castellana. Sin embargo, a través de sus escritos se puede desprender una imagen mucho más exacta de su personalidad: egocéntrica, profundamente religiosa, trabajadora abnegada, severa... Además, se pueden entre-sacar multitud de opiniones y de enseñanzas muy útiles aún hoy sobre la práctica de la enfermera profesional, a pesar de que la propia Nightingale pone en entredicho la profesionalidad de la enfermería. Esto último puede parecer una paradoja, ya que es considerada como la primera enfermera profesional. A pesar de ello, el que Nightingale cuestione si la Enfermería es una profesión, es más bien un acto de rebeldía fruto de ser sumamente reacia al cambio. En el tintero se quedan multitud de análisis e interpretaciones de sus textos, ya que su producción escrita fue tan sumamente prolífica y sus opiniones tan variadas que sería imposible recogerlas en un espacio tan reducido.

Y qué mejor manera de acabar este trabajo que con una de las frases más conocidas de Nightingale y que sin duda, refleja una realidad a la que se enfrentan millones de enfermeras y enfermeros a diario: "El cuidado es un arte", "Nursing is an art".

## EL «MANUAL DEL SANITARIO-PRACTICANTE» DE CÉSAR JUARROS ORTEGA (1915)

### *César Juarros Ortega's Practitioner handbook (1915)*

**Antonio Jesús Marín Paz**

Diplomado en Enfermería. Máster en Innovación e Investigación  
en Cuidados de Salud.

**Francisco Herrera Rodríguez**

Catedrático de Escuela Universitaria (Historia de la Enfermería y Fundamentos e Historia  
de la Fisioterapia). Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Cádiz.

*A la memoria del profesor don Luis Sánchez Granjel,  
autor de una biografía pionera dedicada a la figura de César Juarros Ortega.*

**PALABRAS CLAVE:** Historia de la Enfermería,  
Siglo XX, Sanidad Militar.

**KEY WORDS:** History of Nursing, XX century,  
MilitaryHealthSystem.

**RESUMEN:** La formación fue un eje esencial y de reivindicación para el desarrollo de la profesión de los practicantes. El objetivo es realizar una síntesis biográfica de César Juarros y conocer la formación de los practicantes en el ámbito militar en 1915. Se ha consultado además su expediente personal como médico militar y diversa prensa histórica (1913-1917). En el manual, estructurado en siete partes englobando veintiocho lecciones, se efectúa una aproximación al contenido formativo que debía tener el practicante y su papel en la Sanidad Militar, en el mismo año del reconocimiento oficial de la enfermería en España.

**SUMMARY:** The training was an essential axis and of claim for the development of the profession of the "Practicantes". The aim is to perform a biographical synthesis of César Juarros and to know the training of "Practicantes" in the military field in 1915. Besides, it has consulted his personal file as a military doctor and several historical press (1913-1917). In this manual, divided into seven parts encompassing twenty eight lessons, is effected an approach to educational content that should have "Practicantes" and their role in Military Health System, in the same year of the official recognition of nursing in Spain.

## INTRODUCCIÓN

La formación de los practicantes no fue uniforme a lo largo del periodo de existencia de esta profesión. En los albores del siglo XX, a través de los Reales Decretos (RD) publicados el 27 de abril de 1901 y el 1 de febrero de 1902, se ampliaron las competencias de los practicantes en detrimento de las matronas para asistir a partos en poblaciones menores de diez mil habitantes y comprobamos cómo varios altos cargos de la Asociación General de Practicantes de España adquirieron esta especialidad<sup>1</sup>.

La publicación del RD de 1915 por el que se implantaba la titulación de la enfermería<sup>2</sup>, sembró el desasosiego en la clase profesional de los practicantes. Bajo el punto de vista del colectivo, no sólo se daba carácter legal al intrusismo de las enfermeras, sino que también presentaba unas mejores condiciones para la obtención del título, tanto en su vertiente económica como en su formación. A ello se sumó la postura del Gobierno español y de otras sociedades médicas a favor de la enfermería, reprochando la falta de formación cultural y profesional de buena parte de los practicantes<sup>3</sup>. Se debe recordar que en el curso 1915-1916 se matricularon 778 alumnos en los estudios de practicante en las nueve facultades que las ofertaban en el país<sup>4</sup>.

En lo que se refiere a los practicantes de la Armada, el 8 de diciembre de 1915 y mediante RD, se publicó el *Reglamento del Cuerpo de Practicantes de Sanidad*<sup>5</sup>. En él se establecía para su ingreso, aparte de otros requisitos, tener el título civil y la realización de dos exámenes: uno de ingreso y otro tras dos años de prácticas en un hospital (adjuntando además un certificado de aplicación) para ingresar como segundos practicantes de la Armada. Ante los duros procesos de selección y la pluralidad de técnicas sanitarias que debían realizar, surgieron manuales específicos para este sector concreto de la profesión. Sabemos que en 1904 se publicó el *Manual del Practicante de Sanidad de la Armada*, escrito por Venancio R. Almazán y García, declarado de utilidad por Real Orden del 5 de marzo del mismo año<sup>6</sup>, texto que seguía la tradición del libro publicado, con el mismo título, por Emilio Ruiz Sanromán en 1881. Previamente, en 1852, Antonio de Gracia Álvarez publicó en Cádiz un manual con nociones de cirugía menor para los capitanes de embarcaciones que no llevasen a bordo personal sanitario que se responsabilizase de esta tarea.

Los objetivos de nuestra comunicación son dos:

1. Realizar una síntesis biográfica de César Juarros Ortega.
2. Conocer la formación de los practicantes en el ámbito militar en el mismo año de la creación del título de enfermería (1915).

---

1 Marín Paz, A.J. El Practicante Moderno (1903-1904) y la I Asamblea de Practicantes de España: el asociacionismo del colectivo en el periodo regeneracionista. *Temperamentvm*. 2014; (20).

2 González Iglesias, M.E., Amezcua Martínez, M. y Siles González, J. El título de enfermera en España a través del análisis documental: el caso de las Siervas de María, Ministras de los Enfermos. *Temperamentvm*. 2010; (12).

3 Calvo Calvo, M.A. La reacción de los practicantes en Medicina y Cirugía frente a la creación del título de Enfermera en 1915. *Dynamis*. 2014; 34(2): 425-446.

4 Anuario Estadístico. Madrid: INE; 1916: 478-481.

5 Reglamento del Cuerpo de Practicantes de la Armada. *Gaceta de Madrid*. 1915; (342): 633-636.

6 Herrera Rodríguez, F. y López Révora, L. Dos manuales para la formación de practicantes de la Armada española (1881 y 1904). *Revista de Historia Naval*. 1989; 7(25): 69-87.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio y análisis del *Manual del Sanitario-Practicante* (1915) mediante el método hermenéutico e histórico en la interpretación de textos, además de consultar diversas fuentes de información historiográfica, principalmente hemeroteca, así como el expediente personal de César Juarros como médico militar, de todo lo cual dejamos constancia en las notas a pie de página.

### CÉSAR JUARROS ORTEGA (1879-1942)

El autor del citado manual desarrolló diversas facetas a lo largo de su vida. Completó sus estudios de medicina obteniendo la nota de sobresaliente en la Universidad Central de Madrid en el año 1903. En el mes de septiembre de este mismo año, ingresó en segundo lugar como oficial médico alumno por oposición en la *Academia Médico Militar*, finalizando este periodo en febrero del siguiente año alcanzando el grado de médico 2º del *Cuerpo de Sanidad Militar*, destacando tanto en el ámbito militar como en el de la Psiquiatría.

Durante los siguientes años, estuvo destinado en localizaciones como el Hospital Militar de Valencia, además de reconocer a las tropas de reemplazo en Cuenca. En 1906 fue ascendido a médico 1º y se le trasladó al Hospital Militar de Ceuta. Un año después, estuvo ejerciendo en el frente de Casablanca y se le mencionó honoríficamente al publicar la *Cartilla de Higiene y Primeros Auxilios para uso del Soldado*. En 1909 volvió a Madrid para continuar sus labores en la Plana Mayor de la Brigada de tropas de Sanidad Militar.

Su obra se amplió a partir de 1912, cuando fue condecorado con la Cruz de 1ª clase del Mérito Militar con distintivo blanco por la traducción, anotación y acoplamiento del *Tratado de Psiquiatría* del Dr. Regis a la legislación española. De igual manera fue distinguido al año siguiente por su obra *Guía Médica de la nueva Ley de Reclutamiento*<sup>7, 8</sup>.

Su interés por los temas de enseñanza se manifiesta también en este último año, al denunciar la rebaja en la dificultad de los estudios de medicina, provocando un exceso de médicos<sup>9, 10</sup>. En estas fechas ofreció conferencias enfocadas hacia la lucha antituberculosa<sup>11</sup>, aunque en 1914 y 1915 intensificó su actividad disertando temas relacionados con la psiquiatría militar, que después fueron recopiladas en su libro *Psiquiatría forense*<sup>12, 13</sup>. Como consecuencia de su esfuerzo obtuvo el cargo de profesor en esta especialidad en el *Instituto Español Criminológico*<sup>14</sup>.

No obstante, César Juarros también ejerció como jefe de la consulta de enfermedades nerviosas del tercer Dispensario de la Cruz Roja, comenzando a impartir en este último año, el *Curso de asistencia a enfermos y heridos* en la misma institución<sup>15</sup> (figura 1); sin olvidar su faceta periodísti-

---

7 Hoja de servicios del Comandante Médico D. Martín-César Juarros Ortega. Archivo General Militar de Segovia. Sección 1ª, legajo J-901.

8 "Un libro necesario". La Correspondencia de España. 20 de abril de 1913: 5.

9 "Una campaña equivocada". La Correspondencia de España. 16 de febrero de 1913: 6.

10 "El problema médico. Lo que no pudo ser". El Resumen: revista científica y profesional. 1913; 3(85): 9-10.

11 "La Fiesta de las flores". La Correspondencia de España. 27 de abril de 1913: 3.

12 La Correspondencia de España. 13 de mayo de 1914: 6.

13 "Bibliografía". La Correspondencia de España. 14 de julio de 1915: 5.

14 La Correspondencia de España. 7 de febrero de 1915: 7.

15 La Correspondencia de España. 4 de febrero de 1915: 7.



Figura 1. César Juarros Ortega en el curso de la Cruz Roja. Fuente: *La Esfera*. 1915; 2(85): 24.

ca difundiendo diversos artículos con respecto a la inspección médico-escolar<sup>16</sup>. Al término de este año, llegó a publicar un nuevo libro titulado *El problema de la meningitis*<sup>17</sup> y obtuvo una mención honorífica en el concurso anual de la *Sociedad Española de Higiene*<sup>18</sup>.

Sin dejar de lado su labor divulgadora y docente, a partir de 1916, encaminó sus estudios hacia la protección social del niño y la dignificación y liberación de la mujer. Tampoco debemos olvidarnos de su faceta literaria, de su compromiso en la formación de las enfermeras y de su labor pedagógica y social en la lucha contra las

toxicomanías, aspectos sobre los que preparamos futuros trabajos. Sabemos también que en 1929 Juarros ejercía como Médico-Director de la *Escuela Central de Anormales* y hacía constar en algunos de sus trabajos que era Académico de Número de la Academia Nacional de Medicina<sup>19, 20</sup>.

## EL MANUAL DEL SANITARIO-PRACTICANTE

El citado manual fue editado en la imprenta de Félix Moliner de Madrid en el año 1915. La importancia de este libro formativo radica a partir de la Real Orden del 7 de septiembre del mismo año, fecha en el que es declarado de texto para la instrucción de las clases y soldados de Sanidad Militar<sup>21</sup>. Incluso la noticia se difundió a través de la prensa<sup>22</sup>.

El libro se encuentra en formato físico, encuadernado en piel con unas medidas de 11,5 x 16,3 cm con bordes externos redondeados. Se compone de 309 páginas escritas por César Juarros y 79 ilustraciones realizadas por Arturo Manrique Sanz, médico de 2ª clase de Sanidad Militar. La obra está estructurada en 7 secciones subdivididas en 28 lecciones, incluyendo tres índices: alfabético, temático y de las ilustraciones (figura 2).

La distribución de las temáticas es irregular, observándose que el 23,41% del contenido por páginas está enfocado a los primeros auxilios, un 18,25% al material sanitario y el 13,10% a la anatomía; mientras que los vendajes alcanza el 9,92% y el transporte de heridos un 7,94%. Ello contrasta enormemente con el gran contenido sobre higiene de los manuales sanitarios dedicados al personal de la Marina Mercante<sup>23</sup>.

16 "Los médicos escolares. Labor que merece conocerse". La Correspondencia de España. 31 de julio de 1915: 5.

17 "Bibliografía". El Popular: Diario Republicano. 4 de noviembre de 1915: 2.

18 "Sociedad Española de Higiene". La Correspondencia de España. 17 de noviembre de 1915: 4.

19 Juarros Ortega, C. Los engaños de la morfina. Madrid: Compañía Ibero-Americana de Publicaciones SA; 1929.

20 Sánchez Granjel, L. Vida y obra de César Juarros. Cuadernos Vascos de Historia de la Medicina. 1992; (1): 29-43.

21 "Obras de texto". Diario Oficial del Ministerio de la Guerra. 9 de septiembre de 1915; 28(200): 823.

22 "Noticias militares. De texto". El telegrama del Rif. 10 de septiembre de 1915: 2.

23 Nogueroles Alonso de la Sierra, P.J., Novalbos Ruiz, J.P., Herrera Rodríguez, F., Bouza Prego, A., Burgos Ojeda, A. y Zafra Mezcua, J.A. Manuales para la formación sanitaria de marinos en España (1916-1968).



Figura 2. Manual del Sanitario-Practicante.

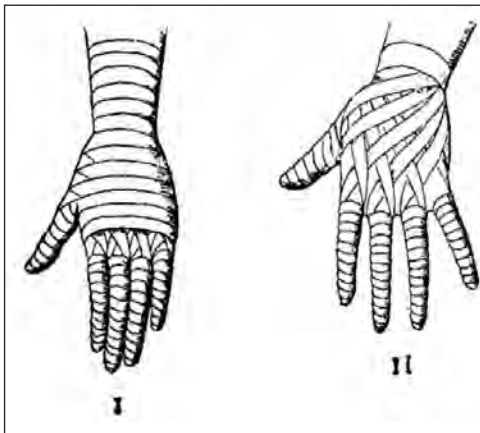


Figura 3. Guantelete.

La primera sección corresponde a los conocimientos generales. Merece especial atención la primera lección, dedicada a la “misión y deberes del sanitario”:

“Es, pues, el soldado sanitario un militar cuya misión es hacer bien, lo mismo en paz que en guerra, y por eso y para eso es preciso que quien desempeñe tal cargo sea exacto, fiel, caritativo, tenga buenos sentimientos, sea, en una palabra, hombre de bien”<sup>24</sup>.

Además del deber general del sanitario, tenía otros de carácter moral hacia al enfermo y al médico que no difería demasiado con respecto a la enfermería<sup>25</sup>, debiendo reunir el practicante militar otras condiciones como la robustez, la valentía, la honradez, la subordinación a sus superiores y contar con buen nivel de instrucción.

A continuación, el apartado de la anatomía (con algunas nociones de fisiología) describe de forma esquemática todas las regiones corporales, poniendo especial énfasis en el aparato locomotor. Respecto a la segunda sección, está dedicada a los síntomas y medicamentos. En su mayoría está orientada a la descripción de definiciones, aunque contiene un pequeño apartado para reconocer signos de fallecimiento inminente.

El instrumental y los vendajes son el tema principal de la tercera sección. En el primer grupo se enumeran los diferentes instrumentos empleados por los practicantes, como los bisturíes, las agujas de sutura, sondas acanaladas y estiletes. En el segundo, se centra concienzudamente en las diferentes técnicas

de vendaje. El autor, siguiendo una estructura similar a la realizada por los manuales del siglo XIX<sup>26</sup>, clasifica en primer lugar los tipos de vendaje como simples, especiales (circulares, oblicuos, espirales, ocho de guarismo) y recurrentes; para posteriormente explicar los vendajes sistema Mayor, compuestos e inamovibles. Un ejemplo de ello es la realización del *guantelete*, en cuya descripción

Medicina Marítima. 2007; 7(2): 60-67.

24 Juarros Ortega, C. Manual del Sanitario-Practicante. Madrid: Imprenta de Félix Moliner. 1915: 13-14.

25 Herrera Rodríguez, F. La obra de Antonio Mut para la formación de enfermeras (1917-1918). En Libro de Actas del IX Congreso Nacional de Historia de la Medicina. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 1991: 969-978.

26 Fernández Mérida, M.C. y Amat Mata, J. La técnica del vendaje en un manual del siglo XIX. Comparación con textos del siglo XX. Temperamentvm. 2009; (9).

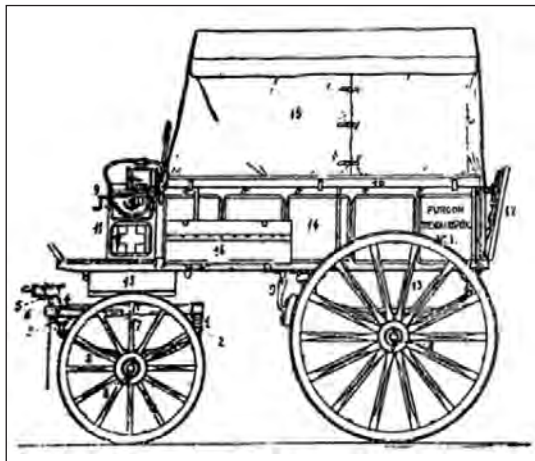


Figura 4. Furgón tienda-hospital.

se puede apreciar la intención pedagógica de la obra, tanto de César Juarros como de la iconografía realizada por Arturo Sanz Manrique (figura 3):

*"1.º Se coloca la mano con la palma hacia arriba. 2.º Se hace un vendaje espiral del dedo índice según hemos dicho. 3.º Se pasa al medio, luego al anular y después al meñique. 4.º Se sube hasta la comisura del pulgar por espirales alrededor del carpo: se cubre este dedo. 5.º Se continúan los espirales por el dorso y la palma de la mano y se termina en la muñeca"<sup>27</sup>.*

La cuarta sección está dedicada a la cirugía menor, englobando las curas, inyecciones, irrigaciones, revulsivos, vejigatorios, cauterizaciones, purgantes y técnicas de vaciado; incluyendo un pequeño apartado dedicado a vacunaciones y masoterapia (maniobras de amasamiento, *pellizcamiento* y movimientos pasivos, entre otros). Llama especialmente la atención el empleo de preparados de mercurio para la realización de las curas. En cuanto a la quinta sección, se describe con esmero todos los procedimientos realizados en los primeros auxilios y el transporte de heridos<sup>28</sup>. La respiración artificial se explica a través de los métodos Sylvestre, Howard y Shüller (sin aporte de oxígeno directo por una persona o instrumental). Incluye un apartado amplio sobre envenenamientos y sus antídotos. La sexta sección está dirigida a conocer todo el material de curación, transporte y alojamiento que debía disponer el practicante, como es el caso del furgón tienda-hospital (figura 4); incluyendo las actuaciones a desempeñar tanto en el entorno hospitalario fijo como en los frentes de batalla. La última sección trata del manejo de la camilla, no sólo en el transporte, también su proceso de montaje y desmontado<sup>29</sup>.

## CONCLUSIONES

1. Se ha comprobado la labor asistencial y pedagógica de César Juarros en el contexto de la Sanidad Militar española de la época.
2. El *Manual del Sanitario-Practicante* supuso una actualización de los contenidos formativos sanitarios en el ámbito militar, en un contexto caracterizado por la Guerra del Rif y la reciente creación del título de enfermería.

27 Juarros Ortega, C. *Manual del Sanitario-Practicante*. Madrid: Imprenta de Félix Moliner. 1915: 75.

28 Sobre el transporte sanitario naval durante el conflicto africano, cf. González García, O. *El transporte sanitario Naval en España (1859-1939)*. Tesis doctoral (inédita). Cádiz: Facultad de Medicina; 2013.

29 En este aspecto el texto de César Juarros entronca con la tradición de la sanidad militar española del transporte de heridos, concretamente con Nicasio Landa que en 1865 publicó en Pamplona un folleto titulado "Mandil de socorro. Nuevo sistema para el levantamiento de los heridos en batalla".

# LAS ENFERMERAS PORTUGUESAS EN LA I GUERRA MUNDIAL – LECTURAS EN LA PRENSA GENERALISTA

## *Portuguese nurses at Worl War I – Readings on the generalist dayly press*

Ana Maria Barros Pires (Phd, MScN, RN)

Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Beja, Portugal

Lucília Nunes (Phd, MScN, RN)

Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal

**PALABRAS CLAVE:** historia de enfermería, prensa generalista, I guerra mundial.

**RESUMEN:** El presente estudio incide sobre las representaciones sociales asociadas, en Portugal, a las enfermeras en el periodo de la I Guerra Mundial. Recurrimos a la prensa diaria generalista identificando las noticias relacionadas con enfermeras y enfermería. Los textos identificados fueran analizados con base en los presupuestos conceptuales del análisis de discurso y específicamente del concepto de repertório interpretativo. Las noticias evidenciaran mujeres corajosas, dedicadas, cariñosas, abnegadas, pacientes y compasivas. Los cursos creados hicieron emerger una profesión sostenida por conocimientos científicos. Las exigencias de una rigurosa conducta moral trajeron para la enfermería mujeres de estratos sociales más elevados y más instruidas.

**KEY WORDS:** History of Nursing, generalist press, Ist World War, nurse social representations

**ABSTRACT:** The present study, focus the social representations associated, in Portugal, with nurses during Ist World War. We used generalist daily press to identify news related with nurses and nursing. The study of this body of texts was based on conceptual assumptions of discourse analysis, more specifically on the concept of interpretative repertoire. News speak about courageous women, kind, dedicated, gentle, self-denial, patient and compassionate. Nursing programs emerged a profession supported by scientific knowledge. The demand of strict rules of conduct brings to nursing profession women of a higher social status and better educated.



El presente estudio, realizado en el ámbito de la Historia de la Enfermería, incide sobre las representaciones sociales asociadas, en Portugal, a las enfermeras y enfermería en el periodo de la I Guerra Mundial (1914-1918).

Utilizamos como fuente primaria la prensa diaria generalista, identificando en el periódico *Diário de Notícias* las noticias relacionadas con enfermería y enfermeras. La prensa <sup>1</sup> es el reflejo de lo que ocurre en la vida de un país y el *Diário de Notícias* fue uno de los principales periódicos publicados en Portugal por su ámbito geográfico, por su periodicidad y por el público alcanzado (fue el periódico diario con mayor tirada). El conjunto de textos identificados fue analizado con base en los presupuestos conceptuales del análisis del discurso y, específicamente, en el concepto de repertorio interpretativo. El análisis del discurso es un abordaje que pretende investigar el lenguaje en uso cotidiano y en contextos sociales. El enfoque no es el lenguaje como entidad abstracta con un conjunto de reglas gramaticales, pero un medio para la interacción. Potter y Wetherell <sup>2</sup> afirman que los textos sociales no son sólo un reflejo de los objetos o acontecimientos existentes. Ellos construyen una versión de esos hechos. No describen solamente; ¡hacen “cosas”! Al colocar la actividad discursiva en relación con un determinado momento histórico se buscan las condiciones que permitieron la ascensión de un determinado discurso <sup>3</sup>.

Entre los diferentes abordajes al análisis del discurso, el concepto de repertorio interpretativo se refiere al conjunto organizado de términos o formas gramaticales y estilísticas relacionados entre sí, utilizados recurrentemente para caracterizar y evaluar acciones y acontecimientos <sup>2</sup>. Son padrones de lenguaje que se pueden asociar a un determinado tema.

La República surgió en Portugal en el 5 de octubre de 1910, en un país mayoritariamente rural y tradicional, con una base de apoyo urbana. La República duró 16 años, marcados por la inestabilidad gubernativa, por movimientos de oposición al nuevo régimen, por sublevaciones populares y sobre todo por la I Guerra Mundial. Solamente 4 años tras el inicio del nuevo régimen la guerra vino agudizar las tensiones políticas existentes y dificultó aún más las condiciones de vida de la población con el incremento generalizado de precios y las dificultades de provisión de mercancías y materias primas. Fue, según Rosas<sup>4</sup>, “*la muerte de la I república*”.

Antes del inicio de la guerra, la enfermería en Portugal era ejercida por hombres y mujeres legos, profesionales indiferenciados, sin preparación específica para el trabajo que ejecutaban y con estudios elementales.

Es la I Gran Guerra que aporta visibilidad a la enfermería femenina. Organizaciones como la *Cruz Vermelha Portuguesa* (Cruz Roja Portuguesa) y la *Cruzada das Mulheres Portuguesas* (Cruzada de las Mujeres Portuguesas) desarrollaron una intensa operación de propaganda, reclutamiento y preparación de enfermeras destinadas especialmente al cuidado de los soldados heridos en la guerra, y esta campaña fue ampliamente divulgada en las páginas del periódico.

Justo después del inicio de la guerra en 1914 la *Cruz Vermelha Portuguesa* inicia el reclutamiento de enfermeras y enfermeros publicitado en el periódico:

“esta sociedade pede a todos os enfermeiros e enfermeiras diplomados, que não tenham compromisso hospitalar e desejem fazer parte do pessoal dum depósito de feridos que eventualmente será criado em Lisboa, o favor de apresentarem os seus diplomas no escritórioda sociedade” (Diário de Notícias: 1914-10-25).

(Esta sociedad pide a todas las enfermeras, que no tienen cita en el hospital y desean formar parte del personal de un depósito de heridos que finalmente se creó en Lisboa, por favor presenten sus diplomas en la oficina de la sociedade).

Y tras la declaración de guerra de Alemania a Portugal (en marzo de 1916) se inicia la operación de propaganda de las carreras en enfermería y el apelo a la matrícula de mujeres en esas carreras.

Hasta entonces la enfermería militar había sido practicada únicamente por hombres. El periódico publica insistentemente las condiciones de acceso y apela a la dimensión patriótica de ese gesto. El esfuerzo de la propaganda resultó en la adhesión de muchas mujeres y desde luego las noticias relataban el esfuerzo, los éxitos de las alumnas y el rigor de su preparación.

(os exames na Cruz Vermelha) “que tem sido feitos com grande brilho, caprichando estas senhoras em demonstrar plenamente um grande conhecimento desta especialidade” (Diário de Notícias: 1917-02-21)

“[(Los exámenes de la Cruz Roja) que se ha hecho con gran brillantez, para demostrar el perfeccionamiento de estas señoras y un gran conocimiento de esta especialidad”]

Las carreras eran aleccionadas por médicos reconocidos y tenían una parte teórica seguida de un periodo de prácticas hospitalarias. Las noticias subrayaban el hecho de que muchas mujeres de la (alta) sociedad frecuentan las carreras de enfermería. Cuando las carreras terminan, el periódico habla “del talento” y de las “altas clasificaciones” (Diário de Notícias: 11

y 13 de febrero de 1917) alcanzadas por las alumnas. En el principio de noviembre de 1917 parten para Francia las primeras enfermeras formadas por la *Cruz Vermelha*: “la más bella página de la ya brillante historia de la sociedad de la Cruz Vermelha será escrita por las enfermeras que partieron ayer” (Diário de Notícias: 12 de noviembre de 1917). Las noticias destacan la misión patriótica de las enfermeras y su preparación científica: “las enfermeras llevan para el frente de la gran batalla el cariño y conforto conjugado con todos los auxilios que la ciencia moderna recomienda para el tratamiento de heridos y enfermos de guerra” (Diário de Notícias: 12 de noviembre de 1917). Pero destacan también la exigencia de un comportamiento moral y cívico ejemplar.

As candidatas têm de apresentar “dois atestados passados com toda a consciencia por pessoas idóneas, que abonem o comportamento moral das candidatas (Diário de Notícias: 1917-08-11)

(Los candidatos tienen que presentar “dos certificados echos en conciencia por personas de honorabilidad y que acrediten su comportamiento moral)

Con el fin de la guerra vienen los elogios y condecoraciones por el reconocimiento del servicio prestado: “las enfermeras mostraron siempre, juntamente con las más excelentes cualidades de carácter, la mayor dedicación por los enfermos a quienes prestaron con celo y cariño la más cuidadosa asistencia con mucha competencia profesional” (Diário de Notícias: 7 de agosto de 1919). Se reconoce “el sublime sacrificio y abnegación” con que las enfermeras cuidaron a los heridos, fueron “buenas, cariñosas, compasivas y pacientes”.



Ilustração Portuguesa. 1916: 538 (jun). Disponível em <http://hemerotecadigital.cm-lisboa.pt>



Ilustração Portuguesa. 1917: 603 (set). Disponível em <http://hemerotecadigital.cm-lisboa.pt>

La imagen de la enfermera y de la enfermería quedó valorada en la I Guerra Mundial a través de las noticias en el periódico. Los términos utilizados se centran en la idea de heroísmo, deber patriótico, misión humanitaria y destacan características consideradas femeninas, como la bondad, dedicación, cariño, abnegación, paciencia y compasión. Las enfermeras debían ser competentes en la vida profesional y su comportamiento reglamentado por una rigurosa conducta moral. Se reconoció la enfermería como una profesión en que los conocimientos científicos exigidos eran necesarios para servir de base a una práctica que se pretendía realizada con competencia. La guerra aportó mayor visibilidad a las intervenciones de las enfermeras y facilitó la aceptación de la enfermería femenina en la sociedad portuguesa<sup>5</sup>. A partir de 1918 empieza a haber la exigencia de habilitaciones académicas y de idoneidad moral en la admisión a las escuelas públicas del país. El ejercicio de la profesión empezó a depender de la obtención de un diploma y la enfermería quedó definitivamente asociada a la formación escolar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tengarrinha, José. História da imprensa periódica portuguesa. Lisboa: Caminho; 1989.
2. Potter, Jonathan, Wetherell, Margaret. Discourse and social psychology. Londres: Sage Publications; 1987.
3. Nogueira, Conceição. A análise do discurso. In: Almeida L & Fernandes E. (edts). Métodos e técnicas de avaliação: novos contributos para a prática e investigação psicológicas. Braga: Centro de Estudos, Educação e Psicologia da Universidade do Minho. 2001. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/4355>.
4. Rosas, Fernando. A República e a Grande Guerra. In: Rosas F & Rollo M F (coords). História da Primeira República Portuguesa. Lisboa: Tinta-da-China; 2008. p 247-248.
5. Silva, Ana Isabel. A arte de enfermeiro: Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2008.

## LA ENFERMERAS (1915-1953): EL REFLEJO EN LA PRENSA DE SU REGULACIÓN DOCENTE Y PROFESIONAL

### *Nurses (1915-1953): Teaching regulation and its reflection in the press*

Natalia Becerril-Ramírez, Concha Germán-Bes y Yolanda Martínez-Santos  
Universidad de Zaragoza

**PALABRAS CLAVE:** Enfermera/s, Prensa, Escuelas y Enseñanza.

**KEY WORDS:** Nurse/s, Press, Teaching, High school.

**RESUMEN:** Muchas han sido las disposiciones que desde 1915 han regulado la enseñanza de las Enfermeras en España. Este trabajo explorará la trayectoria enfermera entre 1915-1953. Como fuentes para la investigación se ha utilizado la hemeroteca online del periódico "La Vanguardia" y "la Gaceta de Madrid" (1915-1953). Con el análisis de las 6000 noticias publicadas describiremos como la prensa plasmó la evolución de la figura de la mujer de la época y la influencia que, tuvo en la identidad profesional de las Enfermeras. Se produjo un aumento exponencial de enfermeras tituladas como respuesta a la gran demanda motivada tanto por el desarrollo de la higiene como por el influjo europeo y la guerra.

**ABSTRACT:** There have been many provisions since 1915 that have regulated the teaching of Nurses in Spain. This work explores the nurse path between 1915-1953. As sources for research we have used the online newspaper library of "La Vanguardia" and "la Gaceta de Madrid" (1915-1953). With the analysis of 6000 published news we describe how the press showed the evolution of the figure of the woman of that period and the influence it had on the professional identity of nurses. There was an exponential increase in qualified nurses in response to high demand, driven by both the development of hygiene and by the European influence and war.

## INTRODUCCIÓN

La profesión de Enfermería en España, tal y como la conocemos en la actualidad, procede de la unificación de Practicantes, Matronas y Enfermeras, los cuales desarrollaron diferentes áreas en el ámbito de una muy similar actividad profesional<sup>1</sup>. La educación formal mediante la que se transmiten las destrezas profesionales a los nuevos educandos, junto con los valores sociales del contexto socio cultural son los que configuran la profesionalización. En el caso concreto español, la situación se complica al ser el resultado de la unión de tres ocupaciones que, aunque poseen un denominador común, el cuidado, se socializaron de forma diferente.

El periodo de tiempo comprendido entre (1915 - 1953) va desde la creación de la Escuelas de Enfermeras hasta el plan del Ayudante Técnico Sanitario. Es objeto de nuestro estudio, por ser uno de los antecedentes directos de la Enfermería hospitalaria. Conocer su historia, siempre puede ayudarnos a reconocer nuestra herencia e idiosincrasia ¿Por qué se crearon las Escuelas bajo la influencia del propio Vaticano? ¿Cuál fue la formación recibida? Sabemos que en ese periodo se titularon varias mujeres como practicantas y que inicialmente fueron las enfermeras religiosas. ¿Cuándo se incorporaron las mujeres laicas?. Para ello el objetivo en este trabajo será explorar este periodo a través de la prensa oficial la Gaceta de Madrid y la prensa diaria La Vanguardia.

## MÉTODO

En este estudio hemos utilizado el diario La Vanguardia porque tiene una hemeroteca muy completa y accesible. La Gaceta de Madrid nos da cuenta de los cambios oficiales que se han dado en este periodo. Iremos combinando ambas fuentes de forma cronológica, seleccionando las noticias más idóneas a nuestro objetivo.

## RESULTADOS

Hemos encontrado 6000 noticias en el periodo objeto de estudio y de ellas hemos utilizado 33 correspondientes a la primera mitad del siglo XX.

La primera mitad del s.XX es una época de aumento de la conciencia social y la ocupación de enfermera es una forma de garantizar el trabajo a las mujeres que crían solas a sus hijos. Este fenómeno se produjo en toda Europa, destacando la figura de Concepción Arenal en España<sup>2,3</sup>. Había nacido la Escuela de Federico Rubio y el Vaticano creó su propia escuela de Enfermeras para formar a las monjas. Son las Siervas de María<sup>4</sup>, las que una vez formadas en la escuela de Roma, proponen y logran la Real Orden bajo la asesoría de los profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid, hoy Complutense en el reinado de Alfonso XIII (1886-1931)<sup>5</sup>.

---

1 Camaño Puig, R. Proceso de profesionalización: Evolución de la Denominación de Enfermería. *Híades*, 2008; 10: 903

2 Germán B, Concha. Apuntes de la historia de la enfermería en Finlandia y España. *Temperamentvm*; 2006;3 (<http://www.index-f.com/temperamentum/tn3/t6022.php>);

3 González Canalejo, Carmen. Metodología y fuentes para el estudio de la historia de la enfermería contemporánea. *Híades*. 2008;10:880-888.

4 Investigadora representativa de las Siervas de María. González Iglesias, María Elena. Amillano Sor Jesús. Un acontecimiento para recordar y celebrar: Gestación del reconocimiento oficial de la enfermería como profesión en España. 2014; *Temperamentvm* 20.

5 La Vanguardia. Edición del miércoles, 14 de Julio de 1915; p. 6

El 25 de mayo de 1915, coincidiendo con la fecha de publicación en la Gaceta de Madrid, el diario La Vanguardia<sup>6</sup> se hacía eco de la noticia por la que el Sr. Esteban Collantes, subsecretario del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, en respuesta a la instancia presentada por la Congregación de Siervas de María Ministras de los Enfermos<sup>7</sup>, dictaba la tan esperada Real Orden a 7 de mayo<sup>8</sup>. En dicho dictamen se aprobaba el programa, que constaba de setenta lecciones, necesario para habilitar tras el examen que sería verificado en la Universidad Central, a quienes que lo solicitasen, pertenecientes ó no a Comunidades religiosas.

Solo un mes más tarde, el mismo diario publicaba que 36 hermanas Siervas de María se habían examinado<sup>9</sup> según la Real Orden. El tribunal lo componían los Doctores Rodríguez y Zúñiga de la Facultad de Medicina de la Universidad Central. Se lamentaban por no poder premiar a estas "heroínas de la caridad" por los profundos conocimientos que habían demostrado.

La voz de las primeras protestas no tardaría en resonar, pues en agosto del mismo año salta la noticia de que una numerosa comisión del Colegio Central de Medicina y Cirugía, había visitado al ministro de Instrucción Pública, indignados de que a las enfermeras se les concedieran los mismos derechos que a los practicantes<sup>10</sup>, argumentando que a éstos se les exigían mayores conocimientos teóricos y prácticos.

La I Guerra Mundial creó la necesidad de muchas enfermeras para el cuidado de los heridos de guerra. Al recoger la prensa las noticias, se visibilizó la necesidad de Enfermeras. La radio retransmitía diariamente los episodios de la contienda como *Diario de la Guerra Europea*, y ensalzó la importancia social que estas mujeres iban adquiriendo como mérito de su trabajo. Destacamos algunos artículos tales como: "Desde el imperio un hospital"<sup>11</sup>, "Notas de una enfermera: el cesterillo"<sup>12</sup>, "De la prensa italiana: En un hospital"<sup>13</sup>, entre otros.

De gran relevancia fue "La Mujer, la Guerra y la Movilización Femenina"<sup>14</sup> transcripción de "Mobilization des femmes" publicado en la *Revue hebdomadaire par la escritora Tomy d'Úlmés*. El artículo hacía referencia a la apertura que la guerra le había brindado a las mujeres, en el caso particular de Francia. Apuntaba la transformación de las burguesas y las damas aristócratas, que antes permanecían impasibles a las desgracias ajenas, convertidas en enfermeras. La autora remarca que esto no podía responder a un influjo espontáneo de espíritu de abnegación por la guerra, y cita, *una hermana de la Caridad no se improvisa*, ni a que las enfermeras estuvieran de moda, y alude a la evolución del espíritu de la mujer. Y afirmaba *Ya no se sonríe al oír hablar de las damas de la Cruz Roja y al disgusto que les producían a los doctores, porque ahora con sus estudios se encuentran en aptitud de prestar una ayuda valiosa, empleando el tiempo en la ambulancia en lugar de los tea rooms*.

Bajo estos influjos llegaría la organización y constitución del Cuerpo de Damas Enfermeras de

6 La Vanguardia. Edición del martes, 25 de Mayo de 1915; p. 6

7 González Iglesias, María Elena; Amezcua, Manuel; Siles González, José. El título de enfermera en España a través del análisis documental: el caso de las Siervas de María, Ministras de los Enfermos. *Temperamentvm* 2010, 12 (<http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/temperamentum/tn12/t1210.php>)

8 Gaceta de Madrid, núm. 141. 25 de Mayo 1915; p. 484-486

9 La Vanguardia. Edición del miércoles, 14 de Julio de 1915; p. 6

10 La Vanguardia. Edición del lunes, 2 de Agosto de 1915; p. 5

11 La Vanguardia. Edición del martes, 16 de Febrero de 1915; p. 11

12 La Vanguardia. Edición del domingo, 1 de Agosto de 1915; p. 12

13 La Vanguardia. Edición del domingo, 8 de Agosto de 1915; p. 11

14 La Vanguardia. Edición del martes, 14 de Septiembre de 1915; p.8

la Cruz Roja Española<sup>15</sup> y el programa anexo para su enseñanza por Real Decreto de 28 de Febrero de 1917<sup>16</sup>. Se publicó un artículo demoledor que reflejaba el conflicto de intereses que generaba la incorporación de la mujer al ámbito laboral y más concretamente a la profesión de enfermera en "Cosas del día. Las Damas de la Cruz Roja"<sup>17</sup>, firmado por Alfredo Opisso. El autor hacía alusión a una publicación reciente en una revista profesional de París en la que se ponía de manifiesto el *peligro femenino*, puesto que las mujeres habían ocupado, en su mayoría, los establecimientos para la asistencia sanitaria. *Hágaseles, pues, comprender a las muchachas que su papel social no estriba en graduarse de doctoras en medicina si no en ser buenas madres de familia y criar muchos hijos. Y que no se nos venga diciendo que lo uno no excluye lo otro*. Opisso extrapolaba esta situación a la realidad española en la que el número de doctoras no suponía un peligro, pero sí la constitución de Damas Enfermeras de la Cruz Roja, encaminando su crítica, por lo tanto, a evitar la formación de un numeroso cuerpo demasiado ilustrado, cuando el toque, en opinión del autor, debería estar en facilitar el concurso del mayor número posible de abnegadas enfermeras (haciendo referencia a las religiosas). Ponía de manifiesto que la extensión que se había dado al programa de estudios, y el consiguiente examen teórico-práctico de materias, para obtener el título, hacía presumible que sería ocasión suficiente para que sin grandes estímulos se les ocurriera aspirar al título de licenciadas ó doctoras, ó cuando menos se les reconociera mientras que *estaría muy justificado, el diploma de practicantes*.

En el periodo referido, el diario hacía público otro artículo cuya autoría se le atribuía a María de Sagredo<sup>18</sup>. En él se argumentaba la necesidad de establecer la enseñanza para enfermeras en el Montepío de Santa Madrona, instituto de amparo y protección de la mujer (que vive de su trabajo), el cual había quedado encargado al doctor Pijoan Soterías. A los tres días se daba la noticia de que la autora referida había organizado el curso<sup>19</sup> e inmediatamente después se hacía eco del éxito del acto de inauguración del mismo<sup>20</sup>. Este primer curso fue seguido casi a diario, de la misma forma que lo estaba siendo la Gran Guerra y, en años sucesivos, los actos de inauguración y también los de clausura, en los que se imponían los brazaletes distintivos a aquellas que habían conseguido el título, bien pertenecieran a Santa Madrona, a Cruz Roja, etc. Estos actos fueron presididos en su práctica totalidad por la Reina Victoria Eugenia, de las que fue abanderada, y también por las infantas, las cuáles cursaron los estudios de enfermera. Primero, la infanta doña Beatriz<sup>21</sup> y posteriormente la infanta doña Cristina se inscribieron en la carrera de Enfermera<sup>22</sup>.

Paralelamente al auge de las enfermeras laicas, las religiosas también imperaban en la regencia de los cuidados. Se establecía el servicio de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl en los hospitales militares de los territorios de África<sup>23</sup> y, poco más tarde, en todos los hospitales militares de la península, Baleares y Canarias<sup>24</sup>. Uno de los hechos importantes fue la instauración

---

15 La Vanguardia. Edición del jueves, 1 de Marzo de 1917; p.9

16 Gaceta de Madrid, núm. 60. 1 de Marzo de 1917; p. 504-505

17 La Vanguardia. Edición del viernes, 23 de Marzo de 1917; p.8

18 La Vanguardia. Edición del martes, 10 de Abril de 1917; pp.6-7

19 La Vanguardia. Edición del viernes, 13 de Abril de 1917; p.11

20 La Vanguardia. Edición del lunes, 16 de Abril de 1917; p.3-4

21 La Vanguardia. Edición del miércoles, 18 de Enero de 1928; p.24

22 La Vanguardia. Edición del domingo, 9 de Marzo de 1930; p.2

23 La Vanguardia. Edición del jueves, 6 de Enero de 1921; p.12

24 La Vanguardia. Edición del jueves, 22 de Diciembre de 1921; p.15

de la visita domiciliaria a los pobres, que se plasmó en el artículo “Las hijas de la caridad y la visita domiciliaria”<sup>25</sup>.

Con la llegada de la Segunda República (14 de abril de 1931) fueron destituidas paulatinamente y clausurado el noviciado de las Siervas de María en Madrid<sup>26</sup>, que estaba dedicado al cuidado nocturno de los enfermos. A las puertas del inicio de la Guerra Civil (1936-1939) se acordó sustituir a las religiosas de los Hospitales Civiles por enfermeras laicas<sup>27</sup>, incluso las Hermanas de la Caridad fueron sustituidas en los Hospitales de la Armada<sup>28</sup>.

Tras el fracasado golpe de estado de Franco (18 de julio de 1936) se realizaron continuos llamamientos a las enfermeras voluntarias y *ayudantas de enfermera*<sup>29</sup> para colaborar en la asistencia médica exigida por los acontecimientos. De la misma forma, se creó un Comité para iniciar cursillos gratuitos de cirugía de guerra para médicos y enfermeras<sup>30</sup>. También se publicitaban cursillos rápidos para preparar a enfermeras y practicantes<sup>31</sup>. Además, se siguieron celebrando los exámenes<sup>32</sup>. También se informaba de la necesidad de éstas voluntarias para la observación y vigilancia de los niños en los refugios, comedores infantiles, colonias y guarderías<sup>33</sup>. Hubo voces que clamaban por los elevados jornales y las exigencias de las enfermeras laicas frente al ínfimo coste de los servicios de las religiosas<sup>34</sup>.

Poco fue el tiempo que tendrían que esperar, puesto que acabada la guerra e iniciada la dictadura de Franco (1 de Abril de 1939) se acordaba reingresar a las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul y *los bienes y efectos de los que fueron despojadas por los rojos*<sup>35</sup>. Ya nada volvería a ser lo que era para ellas porque el número y prestigio de las enfermeras laicas era imparable. También se creó en el bando nacional el cuerpo de enfermeras de la F.E.T. y de las J.O.N.S. cuyos cursillos de formación ya se habían autorizado en plena guerra<sup>36</sup>. Destaca como noticia un acto conmemorativo de la entrega de títulos por la delegada nacional Pilar Primo de Rivera<sup>37</sup>.

En 1940 se comenzó a representar en los teatros de Barcelona la comedia de don Emilio Hernández del Pino “Muchachitas de blanco” en homenaje a las que denominaba *mujercitas abnegadas o enfermeras de Franco, que olvidándose de su vida de frivolidad se habían entregado a la lucha en su lucha por consolar tanto dolor*<sup>38</sup>. También se hacía constar los numerosos elogios por la labor realizada, concretamente en 1950, por la institución de la Cruz Roja<sup>39</sup>, apuntando que era

25 La Vanguardia. Edición del domingo, 16 de Junio de 1929; p.16

26 La Vanguardia. Edición del sábado, 8 de Agosto de 1931; p.7

27 La Vanguardia. Edición del viernes, 26 de Junio de 1936; p.22

28 La Vanguardia. Edición del jueves, 2 de Julio de 1936; p.30

29 La Vanguardia. Edición del viernes, 24 de Julio de 1936; p.2

30 La Vanguardia. Edición del martes, 4 de Agosto de 1936; p.2

31 La Vanguardia. Edición del sábado, 9 de Junio de 1938; p.8

32 La Vanguardia. Edición del jueves, 22 de Octubre de 1938; p.7

33 La Vanguardia. Edición del domingo, 25 de Septiembre de 1938; p.2

34 La Vanguardia. Edición del domingo, 5 de Julio de 1936; p.23

35 La Vanguardia. Edición del sábado, 5 de Agosto de 1939; p.9

36 Boletín Oficial del Estado, núm. 186. 24 de Abril de 1937; p. 1092

37 La Vanguardia. Edición del jueves, 21 de Septiembre de 1939; p. 9

38 La Vanguardia. Edición del viernes, 25 de Febrero de 1940; p.5

39 La Vanguardia. Edición del martes, 14 de Noviembre de 1950; p.3



motivo de orgullo nacional. En esta misma noticia quedó constancia de que los estudios se realizaban ya en tres años académicos.

Tras el Decreto de 27 de junio de 1952, el 4 de agosto de 1953, habiéndose dictado las normas para la nueva organización de los estudios de Enfermera, se publicó una interesante entrevista realizada a las enfermeras por Ángel Sabador<sup>40</sup>. Periodista y procurador en Cortes, había sido invitado para presidir una asamblea de enfermeras tituladas del Sindicato. Resaltaba la relevancia del planteamiento de sus problemas. Existían tres mil enfermeras en Barcelona y más de treinta mil en toda España. Reivindicaban acabar con el intrusismo, un salario mayor y el reconocimiento de su titulación profesional para que no se les confundiera con el servicio doméstico. *En efecto, el Estado debe regular con claridad el ejercicio de esta profesión de tanta influencia social. Son muchas las empresas que las consideran criadas de servicio y, concretamente, las pagan mal; es verdad que quieren el reconocimiento del título profesional y parejamente ofrecen reforzar sus conocimientos.* La exposición continuaba denunciando el intrusismo de aquellas que vivían en los sectores sanitarios privados o clínicas particulares realizando un trabajo para el que no estaban facultadas. Se ponía de manifiesto que ganaban un salario de sirvientas (500 pesetas al mes) y pedían un mínimo de mil pesetas y ocho horas de jornada. Para finalizar, el entrevistador les preguntaba que si una enfermera estaba obligada a abrir la puerta del consultorio de un médico, a lo que respondieron tajantemente que esas situaciones desprestigiaban la profesión. La Vanguardia publicaría cuatro meses más tarde la fusión de enseñanzas del Decreto<sup>41</sup> de 4 de diciembre de 1953<sup>42</sup>.

## CONCLUSIONES

La carrera de enfermera se creó en un momento en que las mujeres y sociedad consideraban que era una carrera adecuada y útil socialmente. A partir de la aprobación de 1915 se produjo un aumento de la capacitación de las mismas a través de las diversas disposiciones que reglamentaron su formación. La influencia europea debido al protagonismo que fueron adquiriendo las enfermeras en la I Guerra Mundial y al movimiento feminista y, por otra parte, por la implicación que la Corona, personificada en la Reina Victoria Eugenia y la iniciativa de las Siervas de María, influyeron en este proceso.

También se produjo una transición de la asistencia sanitaria por la sustitución de las religiosas por enfermeras laicas, cuyo máximo exponente comenzó con la Segunda República. Situación que favorecería la incorporación de la mujer al ámbito laboral y con ello el comienzo de la liberación de los roles que les imponía la sociedad. Estas Enfermeras jugaron un papel crucial para el posterior desarrollo de la Enfermería.

Tras la instauración del gobierno de Franco después de la Guerra Civil Española, se observó una involución donde se ve con claridad el intento de relegar a las mujeres a la casi única labor de madres abnegadas y sumisas. Estos valores se plasmarían en los irrisorios sueldos y el escaso valor que les dio a las enfermeras. Sin embargo, la semilla, que había sido tan dulce y rebelde-mente plantada, germinaría con las posteriores reglamentaciones y unificación de los estudios hasta llegar su florecimiento con la lucha reivindicativa de la "Revolución de las batas blancas 1976-1978"<sup>43</sup>.

---

40 La Vanguardia. Edición del martes, 4 de Agosto de 1953; p.11

41 Boletín Oficial del Estado, núm. 363. 29 de Diciembre de 1953; pp. 7723-7724

42 La Vanguardia. Edición del miércoles, 30 de Diciembre de 1953; p.4

43 Germán Bes Concha, Universidad de Zaragoza. *La revolución de las batas blancas: La enfermería española de 1976 a 1978*. 1ª ed. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza; 2013:282.

# HISTORIA DE LAS DAMAS AUXILIARES VOLUNTARIAS DE LA CRUZ ROJA EN TORRELAVEGA

## *History of Red Cross Volunteer Auxiliary Ladies in Torrelavega*

Rosana Revuelta Arroyo

R. Isabel Gómez Muñoz

Graciela Santamaría Corona

Hospital Comarcal Sierrallana /Tres Mares. Torrelavega Cantabria

**PALABRAS CLAVE:** Cruz Roja, Historia de la Enfermería, Damas Enfermeras.

**KEY WORDS:** Red Cross, History of nursing, Nurses ladies.

**RESUMEN:** El objetivo de esta revisión es describir la Historia de las Damas Auxiliares voluntarias de la Cruz Roja en Torrelavega. En 1894 la Reina Isabel II autorizó la instalación de Cruz Roja en España .En 1898 se crea la Asamblea de Cruz Roja en Torrelavega y en 1974 se inaugura el Hospital Cruz Roja de dicha localidad, los cursos de formación de Damas Auxiliares comienzan en 1948.Hasta 1988 el personal de Enfermería de dicho Hospital estaba formado por Damas Auxiliares.

**ABSTRACT:** The objective of this review is to describe the history of the Ladies Auxiliary volunteers from the Red Cross in Torrelavega. In 1894 Queen Elizabeth II authorized the installation of Red Cross in Spain .In 1898 the Assembly of Red Cross Torrelavega is created and in 1974 the Red Cross Hospital of the town, the training courses begin Ladies Auxiliary was inaugurated in 1948. Until 1988 the nursing staff of the Hospital was formed by Ladies Auxiliary.

## INTRODUCCIÓN

La Cruz Roja nace oficialmente el 22 Agosto de 1864 como instrumento para humanizar los horrores de la guerra, el impulsor de esta iniciativa fue el suizo Henry Dunant.

El 9 Febrero de 1863 se constituyó un Comité de 5 miembros encargados de estructurar unas bases que organizaran, desde la neutralidad, los Servicios Sanitarios durante las guerras y es en 1864 cuando se dota a esta organización de un marco jurídico.

El 6 Julio de 1864 la Reina Isabel II, mediante Real Orden, autorizó la instalación en España de la institución de la Cruz Roja como sociedad de utilidad pública. Sus actividades consistían en: repatriación de soldados provenientes de las guerras de Cuba y Filipinas, inundaciones, atención de enfermos durante la epidemia de gripe de 1918.

Es el 26 Abril de 1898 cuando se crea la Asamblea de Cruz Roja en Torrelavega y en 1930 se puso en marcha un Servicio Sanitario ocasional (Dispensario). Los Servicios Sanitarios de Cruz Roja se hacen cargo de la atención de la Casa de Socorro en 1939 (hasta este momento dependía

del Ayuntamiento); y es en 1947 cuando se crea un servicio permanente en la Casa de Socorro, a cargo de personal cualificado de la institución.

Es en 1974 cuando se inaugura el Hospital de Cruz Roja (110 camas)

El origen de las Damas Enfermeras nace ligado a una concepción de asistencia social seglar, influido por el concepto que la Reina Victoria Eugenia introdujo en la Enfermería Española tras conocer la labor de Rathbone y Nigthingale.

Los cursos de Damas Auxiliares Voluntarias empiezan a cursarse en Torrelavega en el año 1948. Siendo su objetivo formar a voluntarias para que presten los Servicios

Sanitarios gratuitos, tanto en tiempo de paz como de guerra, en Hospitales y Dispensarios de la Institución.



Fuente: Roiz García A. Cien años Juntos

El título se obtenía después de dos cursos de 8 meses de duración cada uno; no era preciso estar en posesión del Título de Bachillerato para ser Enfermera de la Cruz Roja.

La entrega de títulos, brazaletes y medallas a las nuevas enfermeras solía realizarse el 8 Diciembre, festividad de la Inmaculada Concepción, patrona de la Cruz Roja.

El uniforme consistía en bata, cofia, zapatos, guantes y medias blancas. A partir del verano de 1950, se estableció que estas Enfermeras pudiesen acceder a los estudios oficiales de Enfermería mediante un examen de reválida.

El libro utilizado para los estudios era el Manual de la Enfermería y el Practicante, escrito por M. Usandizaga, manual utilizado también en la Escuela Salud Valdecilla para la formación de sus Enfermeras.



Reglamento para las Enfermeras Auxiliares Voluntarias de la Cruz Roja Española de 1939: (33 artículos, entre los que destacan):

- Su objetivo es prestar la asistencia gratuita en los establecimientos y formaciones de Cruz Roja en tiempo de guerra y auxiliar, también gratuitamente, a los servicios de la institución en tiempo de paz
  - El cuerpo de Damas Enfermeras Auxiliares Voluntarias estará formado por todas las asociadas a Cruz Roja Española que, ajustándose a este Reglamento, sigan y aprueben los estudios necesarios para obtener el título correspondiente.
  - Ser española, mayor de 18 años y menor de 35, salvo en casos especiales en que a propuesta del Director de la Escuela, la Asamblea Suprema tolere mayor edad.
  - Presentar autorización de los padres o tutores, las menores de edad, y del marido, las casadas.
  - No padecer enfermedad ni defecto físico que incapacite para el ejercicio de su misión
  - Declarar conocer este Reglamento, cuyos preceptos acepta en su totalidad
  - Además del curso teórico, harán las alumnas como mínimo cuatro meses de prácticas durante el primer curso y cuatro meses durante el segundo, no pudiendo presentarse a examen las que no hayan cumplido este requisito.  
No es necesario que los cuatro meses sean seguidos
  - La duración de los estudios será de diez y seis meses, divididos en dos cursos de ocho meses cada uno.  
Los tres primeros meses de estudios, se considerarán de prueba, para ver si reúnen las condiciones para el cargo. A los tres meses se les entregará una cartilla en la que se consignarán, tanto los méritos, comportamiento, aplicación, etc. como las censuras a que las faltas de estas cualidades puedan dar lugar
  - Los exámenes se verificarán en Junio, al finalizar cada curso, se verificará una segunda convocatoria para aquellas alumnas que por causa justificada no hayan podido acudir a la primera
  - Las alumnas que sean aprobadas en el primer curso recibirán el brazalete de la Institución, y al aprobar el segundo, título y medalla insignia de Dama Enfermera Auxiliar Voluntaria de la Cruz Roja
  - Todos los servicios y funciones encomendadas a las Damas se efectuarán gratuitamente
- Promesas de la Dama Auxiliar:
- Se conformará con dormir, si es preciso en el suelo, sin exigir comodidad de ninguna clase
  - No realizará, por sí, bajo ningún pretexto, ninguna cura ni modificación del vendaje, etc., sin consultarlo con el Médico que este de Jefe de Puesto- Se compromete a servir de todo corazón a los que se hallen en tratamiento en el hospital o dispensario al que pertenezca
  - No cesará nunca de esforzarse en el mejor cumplimiento de la misión que le ha sido encomendada
  - No divulgar los hechos de los que tenga noticia acerca de la vida privada de los enfermos



Fuente: Roiz García A. Cien años Juntos

- Reconoce dignidad y grandeza de la misión aceptada
- Servirá con lealtad y obediencia a aquellos bajo cuya dirección está colocada

## **OBJETIVO**

Describir la Historia de las Damas Auxiliares voluntarias de la Cruz Roja en Torrelavega.

## **METODOLOGÍA**

Revisión bibliográfica de las Bases de datos bibliográficas: TESEO, CUIDEN, MEDLINE Y DIAL-NET. Búsqueda en archivos de Cruz Roja Torrelavega. Realización de entrevistas con Damas Auxiliares del Hospital Cruz Roja de Torrelavega.

## **CONCLUSIÓN**

La Cruz Roja es, durante el siglo XX, una Institución con una dinámica propia, de marcado carácter militar, basada en una concepción tradicional de la sociedad. Así mismo es una de las instituciones que mayor impacto ha tenido en el desarrollo de la profesión de Enfermería desde sus comienzos. Siendo en 1993 cuando comienzan a vislumbrarse las primeras discrepancias entre Enfermería y Damas, introduciéndose el término auxiliar en su denominación. El hospital Cruz Roja de Torrelavega fue el único hospital en esta localidad desde el año 1985 hasta 1994, en éste prestaron los cuidados propios de enfermería exclusivamente las Damas Auxiliares hasta el año 1998, en el que se incorporaron Diplomados Universitarios de Enfermería.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Roiz García A. Cien años juntos. Cruz Roja Torrelavega 1898-1998. Primera Edición Abril 1998.
- J.L.S.Múgica. Reglamento para las Enfermeras Voluntarias de la Cruz Roja Española. San Sebastián 1939.
- Entrevistas con Damas Auxiliares De Cruz Roja del hospital Torrelavega.
- Clemente Muñoz JC. Tiempo de Humanidad. La labor sanitaria de la Cruz Roja Española (1864-1997). Madrid Ed. Fundamentos, 2004.

# HISTORIA DE LA TRAMITACIÓN Y CONSECUCCIÓN DEL TÍTULO DE ENFERMERA OFICIAL PARA TODA ESPAÑA

## *History of the proceeding and acquisition of an officially recognized qualification in nursing for all of Spain*

Yoldi, María Teresa (Sor Carmen), Sierva de María  
Diplomada de Enfermería

**PALABRAS CLAVE:** Título oficial de Enfermera / Historia de la Enfermería / España / Siervas de María Ministras de los Enfermos

**KEY WORDS:** Official Qualification in Nursing/ History of Nursing/ Spain/ Handmaids of Mary – Ministers to the Sick.

**RESUMEN:** Las Siervas de María luchan por un Título Oficial que les permita trabajar libremente en el cuidado domiciliado a los enfermos.

**ABSTRACT:** The Handmaids of Mary fought towards attaining an official accreditation in order to work freely, in their service of a personalized care to the sick in their own homes.

En 1913-14 actualizan la Escuela de Madrid con la llegada de dos hermanas tituladas por la Escuela de Enfermería del Vaticano.

In 1913-14 two qualified nurse's sisters trained in the Vatican Nursing School., refurbished there school in Madrid and drew up their own program of nursing studies.

Madre Fernanda Iribarren, el apoyo de los doctores Simonena, Mariscal, Barajas y Jiménez, con sus aportaciones y los apuntes de las hermanas elaboran un Programa de Enseñanza. Hace frente a la oposición de los Practicantes y logra del Ministro de Instrucción Pública, la Real Orden, el 7 de mayo de 1915.

Mother Fernanda Iribarren obtains the support of the doctors: Simonena, Mariscal, Barajas and Jiménez that (with the personal contributions of the two mentioned sisters), elaborated, and written the Official Educational Nursing Program. She defies the opposition from the Practitioners and obtains from the Public Instruction Ministry the **Royal Order in 7 May's 1915.**

Madre Fernanda es la figura clave, su abundante correspondencia con el Marqués de Fontalba, pone también de manifiesto su valiosa intervención en la consecución del *título de enfermera oficial para toda España.*

Mother Fernanda is the key person in this "feat"; her unpublished and abundant letters with the Marquess of Fontalba, reveals the valuable intervention Mother Fernanda to that obtain the acquisition of the *Official Nursing Qualification for all in Spain.*

## I.-PRIMEROS TÍTULOS DE ENFERMERÍA EN EL ESTADO VATICANO

Las Siervas de María fundadas en 1851 para el cuidado esmerado y gratuito a los enfermos en sus domicilios, en el siglo XX sienten la urgencia de adquirir un título personal para poder ejercer el ministerio con libertad, calidad y sin afán de lucro. Aprovechan la oportunidad de adquirir algún título en la Escuela<sup>1</sup> del Estado Vaticano, creada por el Papa Pío X en 1906 para la formación sanitaria de las religiosas; en 1912 dos Hermanas de la Comunidad de Roma obtienen el título oficial de Enfermera. En este mismo año, a la vez que recopilan los apuntes de las clases y comentan las prácticas que van efectuando: la circulación de la sangre en una rana a través del microscopio o una autopsia en el Hospital de San Juan de Letrán, etc., la Madre Superiora de Roma los va enviando para la enseñanza en Chamberí<sup>2</sup>.

Con los citados apuntes de las clases de teoría impartidas por los médicos y las prácticas, elaboran un libro en italiano que en 1913 se imprime en la Tipografía Poliglota Vaticana<sup>3</sup>.

## 2.- GESTACIÓN EN ESPAÑA DE ESTE ACONTECIMIENTO

Nuestra Superiora General Madre Dolores Serrano, con su Consejo, tomaron el deseo del Papa como un mandato expreso, pero enviar a Roma a todas sus religiosas, era imposible para la economía de las Siervas de María, por lo que deciden intentarlo en España.

Para tan ardua empresa, Madre Dolores delega en su Asistente Madre Fernanda Iribarren. Lo primero que hace es informarse sobre cómo presentar una petición en los ámbitos ministeriales, para alcanzar en España el Diploma de Enfermera Oficial, tal como existía ya en el Vaticano o en Inglaterra; consulta con el Dr. Gutiérrez, Conde de San Diego<sup>4</sup>, persona muy acreditada y de influencia en Madrid, el cual no acogió la idea con interés y trató de disuadirla; hace nuevas gestiones con distinguidos Doctores, que alabando la idea no atinan a dar alguna orientación al respecto.

En ese mismo año 1913, envían como profesoras a la Escuela de Chamberí, dos de las hermanas tituladas en el Vaticano, traducen los apuntes del italiano al español y **actualizan la Escuela de formación de Enfermeras para las Siervas**: se la dota con material didáctico apropiado, preparan unas vitrinas con piezas anatómicas desplegadas traídas de Alemania, láminas tridimensionales traídas de Francia, un esqueleto articulado para el estudio de la osteología<sup>5</sup>, etc. **creando un régimen de la misma y las condiciones de las hermanas que han de ser elegidas para los estudios<sup>6</sup>**, recibiendo la formación teórica (Anatomía, Fisiología...) y práctica "una serie de vendajes, cómo se dan los baños, inhalaciones, cataplasmas, inyecciones hipo-

---

1 Estudio sobre "Evoluzione storica dell'assistenza infermieristica nei secoli" del Doctor y Profesor Caramia Giuseppe. [www.bambinoprogettosalute.it/sites/.../evoluzione.pdf](http://www.bambinoprogettosalute.it/sites/.../evoluzione.pdf)

2 Carta original del 14 de enero de 1912, explica cómo envía los apuntes y el modo de hacer las prácticas en el Ambulatorio de San José. Archivo General Siervas de María, Roma.

3 "Piccola Serie di Cognizioni intorno all'assistenza degli ammalati per uso privato delle Suore Serve di Maria Ministre degli Infermi" - Roma Tipografía Poliglota Vaticana. Archivo General Siervas de María, Roma.

4 Memoria General 1910 – 1916 Roma. Archivo General Siervas de María, Roma.

5 Memoria del año 1914, Archivo General S. de M. Roma. "La medicina y la Religión" Artículo del Periódico "El Debate" del 17 de julio de 1915: "... unas vitrinas de piezas anatómicas traídas de Alemania, una camita de operaciones para ensayos de vendajes, un esqueleto articulado, cartones de investigación anatómica con láminas superpuestas...". Archivo General Siervas de María, Roma

6 Programa "Escuela de Enfermeras y Régimen", Sor Matilde Lizoain. Archivo General Siervas de María, Roma



dérmicas...)<sup>7</sup> y según nuestras Constituciones: El Esmero y la gratuidad.

Al mismo tiempo, ya en 1912 logra interesar a los Doctores Nicasio Mariscal, Antonio Simonena, Luciano Barajas, y el Catedrático de San Carlos, Don Ramón Jiménez, quienes se comprometen a dar clases a las hermanas, con las notas de éstas y la aportación de sus especialidades, elaboran el Programa de Enseñanza, que fue aprobado por unanimidad en la reunión que tuvieron con Madre Dolores y Madre Fernanda el 4 de mayo de 1914, en nuestra Casa de Chamberí<sup>8</sup>.

Dicho programa se lo quedó el Dr. Simonena para la última revisión antes de plasmarlo al papel. Con fecha 13 de julio del mismo año Madre Fernanda le recuerda que los doctores Mariscal y Barajas esperan se lo remita<sup>9</sup>, y ya el 30 de Julio de 1914, estos dos Doctores hablan con el Sr. Bergamín<sup>10</sup>, entonces Ministro de Instrucción Pública, quien acoge de muy buen grado la

idea. Pero a los pocos días surge una crisis de Gobierno y el asunto queda paralizado.

Madre Fernanda Iribarren lucha tenazmente y dedica todos sus esfuerzos, con prudencia e inteligencia a este importantísimo proyecto. Es la figura —clave— y sus cartas inéditas (hasta ahora), son el testimonio auténtico e importantísimo en esta “gesta”. Una fluida correspondencia en especial con el Sr. Marqués de Fontalba en los primeros meses de 1915, muestra los pasos y trámites dados entrambos.

En primer lugar, comunica al Sr. Obispo de Madrid Alcalá Don José María Salvador y Barreda que “están gestionando para que las hermanas puedan adquirir el título de enfermeras en España”<sup>11</sup>. Se pone en contacto con el Sr. Marqués de Fontalba (Marqués de Cubas) enviándole el Programa para que lo presente a Sr. Ministro de Instrucción Pública, diciéndole que explique “el fin que persigue esta Congregación que no es otro que el de poner a las religiosas en condiciones de que puedan pres-



7 Normas de organización para la escuela: “una serie de vendajes, cómo se dan los baños, inhalaciones, cataplasmas, inyecciones hipodérmicas, sueros, sanguijuelas, oxígeno, cómo se hace análisis en sangre y orina, cómo se lleva la gráfica de las constantes vitales”. Archivo General Siervas de María, Roma.

8 Memoria General 1910-1916 Roma. Archivo General Siervas de María, Roma.

9 Carta de Madre Fernanda del 13 de julio de 1914 al Dr. Simonena. Archivo General Siervas de María, Roma.

10 Revista “Apostolado Oculto” Siervas de María, Roma.

11 Carta original del 2 de febrero, 1915 de Madre Fernanda al Sr. Obispo de Madrid Alcalá: “están gestionando para que las hermanas puedan adquirir el título de enfermeras en España... están recibiendo en casa, clases por los doctores Simonena, Mariscal, Barajas y Jiménez”. Archivo General SdeM. Roma.



*tar sus servicios a los enfermos de modo científico... sin afán de lucro ni de competencia*<sup>12</sup>. Y, Sin pérdida de tiempo el 19 de febrero solicita al Sr. Ministro de Instrucción Pública *"la aprobación del Programa de Enseñanza de la Profesión de Enfermera y la obtención del Diploma..."*<sup>13</sup>

El Sr. Marqués de Fontalba cumple con su cometido y se lo hace saber<sup>14</sup>, sin embargo, unos días más tarde surge el conflicto con el programa de los Practicantes y le vuelve a comunicar la discusión que tuvo con el Jefe de Sección al informarle de que el Programa era desechado y sustituido por el de Practicantes<sup>15</sup>. La reacción de Madre Fernanda fue inmediata contestándole que *"de ninguna manera nos conviene someternos al programa de Practicantes"*<sup>16</sup>.

Mientras tanto los Doctores ya citados, presentaron este asunto del programa de estudios de enfermería a la Junta-Claustro de la Facultad de Medicina de la Universidad Central. Algunos miembros del Claustro le hicieron oposición, otros trataron de modificar el programa, simplificarlo, a lo que se opuso la mayoría<sup>17</sup>. Por otra parte, el Dr. Ramón Melgar habló con el Sr. Bergamín y el Jefe del Personal el Sr. Sobrini quienes le dijeron que el documento estaba a la espera de la firma, diciendo que: *sería muy fácil conseguir que se refirmase si tuvieran una gestión directa acerca del Conde de Esteban Collantes*<sup>18</sup>.

Madre Fernanda (le entregan la carta del Dr. Melgar), ve que está a un paso de conseguir la firma del documento, pone como intermediario al Marqués de Fontalba para que influya en el Sr. Conde de Esteban Collantes quien le *"prometió ocuparse de este asunto y estudiarlo con interés para complacerle"*<sup>19</sup>.

---

12 Carta del 19 de febrero, 1915 de Madre Fernanda al Marqués de Fontalba. Le dice que *"que el fin no es otro que el de poner a las religiosas en condiciones de que puedan prestar sus servicios a los enfermos de modo científico adquiriendo los conocimientos necesarios para ello..."*. Archivo General Siervas de María, Roma.

13 Carta del 19 de febrero, 1915 de Madre Fernanda al Sr. Ministro de Instrucción. Archivo General Siervas de María Roma.

14 Carta del 20 de febrero, 1915 del Sr. Marqués de Fontalba a Madre Fernanda. Archivo General Siervas de María, Roma.

15 Carta original 27 de febrero, 1915 del Sr. Marqués de Fontalba a Madre Fernanda: *"tuvo una cita con el Jefe de Sección quien le informó que el Programa presentado era desechado y que fuera sustituido por el de Practicantes... he logrado después de una discusión de más de una hora, que informe como yo quiero, y que lo presente el próximo lunes al Subsecretario"*. Archivo General Siervas de María, Roma.

16 Carta original 28 de febrero, 1915 de Madre Fernanda al Marqués de Fontalba: *"de ninguna manera nos conviene someternos al programa de Practicantes por abarcar éste, puntos que no podemos admitir"*. Archivo General Siervas de María, Roma.

17 Memoria General 1910-1916 Roma. Archivo General Siervas de María, Roma.

18 Carta 28 de febrero, 1915 del Doctor Ramón Melgar.: *"Hablé con Bergamín quien me dijo que dejó el Decreto extendido... y me afirmó además que el referido decreto había sido aprobado en Consejo de Ministro..." He ido a ver al Sr. Sobrini, Jefe del personal y me ha comprobado que el tal documento está extendido, en efecto, en espera de que este Sr. Ministro quiera mandarles a la firma o no A mí me parece que tal y como está el asunto sería muy fácil conseguir que se refirmase si tuvieran Uds. una gestión directa acerca del Conde de Esteban Collantes..."*. Archivo General Siervas de María, Roma.

19 Carta original (sin fecha) del Conde de Esteban de Collantes al Sr. Marqués de Cubas (Marqués de Fontalba): *"Mi querido amigo: Recibí su nota recomendándome que se dicte el R. D. creando la Escuela de enfermeras, con arreglo al programa de los Dres. Mariscal y Barajas, y le prometo ocuparme de este asunto y estudiarlo con interés para procurar complacerle"*. Archivo General Siervas de María, Roma.

Entre tanto, escribe una nueva Instrucción, que se la remite al Sr. Marqués de Fontalba para que la revise y de paso preguntarle en dónde tendrá lugar los exámenes, ya que desea se hicieran en nuestra propia casa si fuera posible, excusándose de sus impertinencias y agradeciéndole su paciencia<sup>20</sup>.

Sin pérdida de tiempo, escribe de nuevo al Sr. Ministro de Instrucción Pública el 9 de marzo de 1915 diciéndole: “*que las religiosas de esta Congregación hagan estudios especiales, con sujeción a Programa... y que mediante examen oficial puedan obtener el Diploma que justifique estos conocimientos*”<sup>21</sup>.

### III.- PUBLICACIÓN DE LA REAL ORDEN

Al fin, consigue el objetivo deseado: La Real Orden es firmada el 7 de Mayo de 1915 por el Subsecretario de Universidades Don J. Silvela, dirigida a la Señora Superiora de la Congregación de las Religiosas Siervas de María Ministras de los Enfermos<sup>22</sup> y expedida al Sr. Marqués de Fontalba como lo confirma la carta que éste escribe a Madre Superiora en términos amistosos, firmándose familiarmente con el nombre de Paco<sup>23</sup>.

El día 21 de Mayo, el Conde de Esteban Collantes, subsecretario, dio a conocer pública y oficialmente en la Gaceta, la Real Orden de Aprobación al nuevo “Título Académico de Enfermería”, creado en España a petición del Instituto de Siervas de María Ministras de los Enfermos y al elenco de cuestiones recogidas en 70 lecciones que, constituyen el Programa de Estudio para el Examen.

### IV.- PRIMERA PROMOCIÓN-REACCIÓN DE LOS PRACTICANTES

El día 27 de Junio de ese año 1915<sup>24</sup> treinta y seis Siervas de María<sup>25</sup> obtuvieron su título de Enfermería<sup>26</sup>.

20 Carta del 9 de marzo, 1915 de Madre Fernanda al Marqués de Fontalba: “... No recuerdo si ayer, cuando me leyó V. la minuta de la R. O. indicaba en ella el local en donde han de verificarse los exámenes de las Hermanas y en caso de que no constara, yo le agradecería que tuviera lugar en esta casa y que así conste en la R.O...” Archivo General Siervas de María, Roma.

21 Carta del 9 de marzo, 1915 de Madre Fernanda al Sr. Ministro de Instrucción le expone: “que las religiosas de esta Congregación hagan estudios especiales, con sujeción a Programa para que dicho fin facilite la Facultad de Medicina y que mediante examen oficial puedan obtener el Diploma que justifique estos conocimientos etc.” Archivo General Siervas de María, Roma.

22 Este Decreto Real original se conserva en el Archivo General Siervas de María, Roma.

23 Carta del 21 de mayo de 1915 del Marqués de Fontalba a la Madre S. “Mi respetable querida amiga: Ayer y en vista de la tardanza a resolver nuestro asunto en Instrucción Pública, fui yo mismo a enterarme de ella y hoy me envían la copia de la Real Orden que la adjunto...Paco”. Carta Original en el Archivo General Siervas de María, Roma.

24 “Examen de religiosas enfermeras” Artículo del periódico “Correspondencia” del 2 de julio de 1915: “... A las tres y media de la tarde se constituyó hace dos días en la Facultad de Medicina de la Universidad Central, el Tribunal examinador expuesto por el Decano de la misma y los doctores Rodríguez (D. Ildefonso) Zúñiga y Callejas. Presentáronse a exámenes 36 Siervas de María...”

25 “Cultura y Caridad” Artículo del Periódico A.B.C. del 2 de julio de 1915.

26 “Enfermeras religiosas e instruidas”, Artículo del periódico “La Mañana” del 29 de junio de 1915.

La reacción de los Practicantes no se hizo esperar, iniciando una serie de protestas y manifestaciones contra la Real Orden<sup>27</sup>. Madre Fernanda Iribarren está al acecho y apenada se lo hace saber al Marqués de Fontalba<sup>28</sup> y al Doctor Ramón Jiménez, quien trata de serenarla diciéndole que no pueden aplicar la misma legislación que a los Practicantes<sup>29</sup>. No obstante, Madre Fernanda no se arredra y, defendiendo la Real Orden, le escribe al Subsecretario de Instrucción Pública para que notifique al Sr. Ministro que *“las Siervas de María se concretarán a cumplir con toda exactitud los deberes que corresponden a una solícita enfermera sin entrometerse en lo más mínimo en lo que sea incumbencia de los practicantes...”*<sup>30</sup> Como así sucedió, aunque tuvo que seguir luchando.

En los años siguientes las Siervas de María continuaron obteniendo su título oficial en la facultad de Medicina de Madrid. No está demás decir que el mismo Rey Alfonso XIII solicitó la asistencia de las Siervas de María y fue atendido en Roma hasta que falleció<sup>31</sup>.

## V.- CONCLUSIÓN

El papel de la Congregación de las Siervas de María Ministras de los Enfermos, no se limitó a la presentación de la solicitud para la obtención de un Título de Enfermera, sino que fueron las responsables de su gestación, incluyendo la elaboración del programa de estudios. En todo ese largo proceso tuvo un gran protagonismo la Madre Fernanda Iribarren, una figura excepcional –clave- en el logro de esta “gesta”.

---

27 “La reacción de los practicantes en Medicina y Cirugía frente a la creación del título de Enfermera en 1915”. Manuel-Ángel Calvo-Calvo, Departamento de Enfermería, Universidad de Sevilla. [www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/download/280745/368423](http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/download/280745/368423).

28 Carta del 3 de agosto, 1915 de Madre Fernanda al Marqués de Fontalba: *“... de una comisión de practicantes... pretendiendo que en todo nos iguale a ellos, tanto en las cuotas que hay que abonar por derechos de examen y formación de expedientes, como también en el pago de patente en la Hacienda para poder ejercer, gastos que nos serían imposibles”*. Archivo General Siervas de María, Roma.

29 Carta 7 agosto, 1915 del Doctor Jiménez a M. Fernanda. Archivo General Siervas de María, Roma.

30 Carta de M. Fernanda, al Sr. Subsecretario de Instrucción Pública. Archivo General Siervas de María, Roma.

31 Relación “los 15 últimos días de Rey”. Archivo General Siervas de María, Roma.

# PAPEL DE LA DUQUESA DE LA VICTORIA EN LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA MODERNA

## *Role of Duchess of Victoria in modern Spanish Nursing*

María López Vallecillo

Enfermera del Hospital Clínico Universitario de Valladolid y profesora asociada de la Facultad de Enfermería de Valladolid

**PALABRAS CLAVE:** Duquesa, Marruecos, Cruz Roja.

**KEY WORDS:** Duchess, Morocco, Red Cross.

**RESUMEN:** La Duquesa de la Victoria, en representación de la reina Victoria Eugenia y de Cruz Roja Española, fue la encargada de inspeccionar e instalar los hospitales de la institución en el Protectorado durante la campaña de Marruecos (1921-1925). Supervisó y lideró el trabajo de las damas enfermeras, Hijas de la Caridad y enfermeras de Cruz Roja en Marruecos. Antes de instalar un hospital, primero visitaba la zona, valoraba la ubicación y buscaba los locales que se podían habilitar como dispensarios. Se encargó de la dotación de material y personal de los mismos.

**ABSTRACT:** The Duchess of la Victoria, on behalf of Queen Victoria Eugenia and Spanish Red Cross, was in charge of inspecting and installing the Red Cross hospitals in the protectorate during the campaign of Morocco (1921-1925). He supervised and led the work of the ladies nurses, daughters of charity and nurse of the institution in Morocco. Before installing a hospital, first visited the area, valued the location and was looking for premises which could enable such as. It is responsible for the provision of material and staff them.

## OBJETIVOS

- Analizar la influencia de la trayectoria de la Duquesa de la Victoria en la Enfermería moderna.
- Identificar la importancia del trabajo desempeñado por la Duquesa de la Victoria en la guerra de Marruecos entre 1921-1925.

## FUENTES

Archivo General de Cruz Roja Española, Archivo General Militar de Madrid y Archivo Palacio Real de Madrid. Hemeroteca ABC.

## METODOLOGÍA

Revisión de documentos y artículos sobre la Duquesa de la Victoria y su trabajo como Presidenta de Hospitales de Cruz Roja Española durante la campaña de Marruecos de 1921-1925.

## INTRODUCCIÓN

Entre las mujeres que han contribuido a afianzar y potenciar el trabajo de las enfermeras a principios de siglos XX, cabe destacar el papel que desempeñó la Duquesa de la Victoria<sup>1</sup>, Carmen Angoloti y Mesa, nombrada Dama de la Reina Victoria Eugenia el 2 de enero de 1911<sup>2</sup>. Mujer inteligente, tenaz y enérgica, de amplio nivel cultural, favorecido por su entorno y sus inquietudes personales<sup>3</sup>. Desde un primer momento participó en la constitución y organización de Cruz Roja Española, ya que entró a formar parte de ella en 1913<sup>4</sup> y fue de las primeras asociadas en cursar los estudios de dama enfermera en el año 1917<sup>5</sup>. Además de ser la Presidenta de la Junta de Damas del Distrito Centro de Madrid, y la Presidenta de la Junta del Hospital-Escuela de San José y Santa Adela de Madrid<sup>6</sup>, el principal cargo que ostentó la Duquesa en la institución, a lo largo de todo el periodo en el que trabajó en ella, fue el de Presidenta de Hospitales.

Es importante analizar la figura de la Duquesa de la Victoria porque fue la encargada de organizar e instalar los hospitales de Cruz Roja en el Protectorado durante la Campaña de Marruecos de 1921-1925, actividad que delegó en ella la reina Victoria Eugenia como dama de su máxima

---

1 Carmen Angoloti y Mesa (1875- 1959), hija de Carmen Mesa y Joaquín Angoloti y Merlo, diputado a cortes por el distrito de San Juan de Puerto Rico, Senador del Reino por Orense, jefe superior de Administración de Hacienda Pública y presidente de la Cámara de Comercio de Madrid.

2 Archivo Palacio Real. Caja 1330, Expediente 41.

3 Vivió en Alemania y viajó por Europa con su marido Pablo Montesinos y Espartero, primogénito de los Duques de la Victoria, nombrado en 1905 agregado militar en la Embajada española de Berlín. Ver más en ANGOLOTI DE CÁRDENAS, Ignacio: *La Duquesa de la Victoria*. Cruz Roja, Madrid, 1958.

4 Archivo Central de Cruz Roja Española (ACCRE). Caja 827, Expediente 9.

5 Matriculada en Madrid en el curso de damas enfermeras de 1917-1918, ingresó en el Cuerpo de Damas con el número cuarenta y seis. El 12 de junio de 1917 aprobó satisfactoriamente el examen teórico en Madrid, en su expediente destacan las excelentes notas obtenidas durante su formación, siendo la alumna con mayor puntuación durante las prácticas realizadas del 27 de enero al 3 de febrero de 1918. La Duquesa cursó sus prácticas tanto en el Hospital militar de Urgencia como en el de Madrid-Carabanchel. Ver ACCRE. Caja 248, Expediente 1.

6 CRUZ ROJA ESPAÑOLA. *Memoria del Hospital-Escuela de Damas de la Cruz Roja de Madrid San José y Santa Adela*. 1920-1922, pp. 7 y 15.

confianza<sup>7</sup>. Durante este periodo compaginó su trabajo como dama enfermera con su cargo de presidenta de hospitales: "...Inspecciona, reorganiza, recibe a los heridos, los instala y cura incansable en un vértigo de acción"<sup>8</sup>.

## RESULTADOS

La ofensiva militar en la zona del Protectorado Marroquí entre 1921 y 1925, ocasionó un gran número de bajas entre los soldados. Cruz Roja ayudó y colaboró con Sanidad Militar para dar la suficiente cobertura asistencial, necesaria para atender tanto a los heridos como a los enfermos. Las mujeres de la institución participaron de forma activa en el conflicto dentro de los roles establecidos. Las asociadas de las juntas de señoras a través de la recaudación de fondos para la instalación de nuevos hospitales<sup>9</sup> y las Hermanas de la caridad, damas enfermeras y enfermeras profesionales a través de su trabajo en los hospitales. El tipo de pacientes que tuvieron que asistir fueron los soldados heridos en el conflicto y todos aquellos que contrajeron enfermedades durante el desempeño de su labor, principalmente paludismo. Los hospitales de Marruecos se colapsaron de enfermos, siendo insuficiente el número de camas hospitalarias existentes en el Protectorado, lo que hizo necesario que en la península los centros asistenciales se pusieran a disposición de los soldados<sup>10</sup>.

La Duquesa de la Victorita lideró el trabajo asistencial que Cruz Roja realizó en Marruecos, en dos vertientes, como dama enfermera y como presidenta de hospitales. Participó activamente en la constitución de una amplia red hospitalaria de Cruz Roja en el Protectorado, principalmente en Tetuán, Larache, Cala Bonita y Melilla. Desde Madrid se organizó todo el material necesario para poder formar los nuevos hospitales, principalmente se transportó:

[...] material de operaciones, curas, instalación completa de Sala de Operaciones, instrumental, gasa, algodón, alcohol, iodo, inyecciones antitetánicas, antigangrenosas, ropa de lo más necesario, vendas; en una palabra: nada faltó cuando llegó el triste momento de ponerse a la obra<sup>11</sup>.

En Tetuán, La Duquesa de la Victoria organizó el Hospital-Ambulancia<sup>12</sup> en un ala de la futura escuela y residencia destinada a los Padres Franciscanos<sup>13</sup>. En Cala Bonita, la construcción del hospital fue dificultosa por su localización, al pie del monte Malmusi y por la escasez de agua, el

7 No era la primera vez que la duquesa viajaba a África, en 1920 había estado en Ceuta en representación de la reina en el homenaje que le hicieron los ceutís con motivo de su nombramiento como hija predilecta de la ciudad, en agradecimiento a la instalación de un hospital de Cruz Roja completamente dotado para la asistencia de la población. Ver *La Cruz Roja*. nº 214, abril 1920, pp.164-165.

8 CRUZ ROJA ESPAÑOLA. *Memoria del año 1923 al 30 de junio de 1924*. Junta de Damas de Larache. Tip. Giménez y Vacas, Sevilla, 1926, p. 43.

9 CRUZ ROJA ESPAÑOLA. *Memoria descriptiva de la instalación y funcionamiento del hospital de evacuación de enfermos y heridos de África, establecido por Cruz Roja en Valencia en "El Progreso Pescador" durante la Campaña de 1921-1922*. Talleres tipográficos "La Gutemberg", Valencia, 1923.

10 CRUZ ROJA ESPAÑOLA. *Memoria Hospital María Cristina*. Escuela de damas enfermeras en San Sebastián.

11 CRUZ ROJA ESPAÑOLA. *Memoria del Hospital-Escuela...* ob. cit., p. 50.

12 En agosto de 1925 se clausuró el Hospital-Ambulancia de Tetuán, por lo que todo el material sanitario se trasladó al hospital de la Cruz Roja en Ceuta.

13 CRUZ ROJA ESPAÑOLA. *Memoria del Hospital de la Cruz Roja en Tetuán, años 1924-1925*. Balss, S. A. Madrid.

calor y el fuego enemigo que complicaron el desembarco y traslado del material<sup>14</sup>.

A su llegada a Melilla instauró el hospital de Cruz Roja en la Casa-Escuela de los Hermanos de las Escuelas Cristianas, donde permaneció cinco meses hasta que sus obligaciones como presidenta de hospitales le hicieron viajar nuevamente para continuar con la fundación de nuevos centros de Cruz Roja en Tetuán, Larache, Ceuta y Arcila<sup>15</sup>:

[...] Para ejecutar su idea, envió a su digna emisaria, la Excma. Sra. Duquesa de la Victoria, que batió el record de la actividad prodigiosa que la caracteriza, y con el don especial de organización con que Dios la dotó, a la par del estruendoso bombardeo de los picachos de Gorgues, que tenían a toda la población de Tetuán en anhelante expectación, hizo surgir como por arte de encantamiento un Hospital-Ambulancia perfectamente instalado [...] <sup>16</sup>.

La Duquesa de la Victoria también recorrió la línea del frente de batalla, estuvo en Río Martín, Monte-Arruit, Dar Drius, Kádur, Nador y Alhucemas. De esta forma, para poder conocer el terreno donde se emplazarían los hospitales de Cruz Roja e ir dando cobertura sanitaria al Protectorado, Carmen Angoloti tuvo que realizar numerosos viajes<sup>17</sup>.

Como presidenta de hospitales de Cruz Roja, fue la encargada de solicitar en nombre de la misma los locales para habilitar los hospitales, el material para dotarlos e incluso del personal sanitario necesario para sostenerlos:

[...] Mi buen amigo: un millón de gracias por su amable carta. ¡Cuántos enfermos de la vista deberán su curación a V. por haberles enviado a Melilla quien pudiera atenderlos! Todos saben que es V. quién se acordó de ellos. Dios se lo pague con todo agradecimiento le saluda su siempre buena amiga: Carmen Victoria<sup>18</sup>.

El comandante de ingenieros de Ceuta se dirige a la Duquesa en su carta de 1926 en estos términos:

[...] Muy distinguida amiga mía: Como continuación de los informes que he tenido el honor de dar a V. en fecha reciente sobre la parcela destinada a la Cruz Roja, me complace en remitirle el plano del replanteo del ensanche en el que se señala la referida parcela rayándose la parte que está libre y a la que deben sujetarse las primeras construcciones. El resto como ya sabe V. lo ocupan las carreteras señaladas en el plano y que en fecha no lejana deberán desviarse para ajustarse a la planta del ensanche aprobado, disponiendo entonces de la totalidad de la parcela.

Espero que dentro de poco se entreguen las calles al Ayuntamiento y las parcelas propuestas a Guerra con lo que fácilmente se podrá ceder la que corresponde a la Cruz Roja<sup>19</sup>.

El trabajo desempeñado por la Duquesa de la Victoria fue ampliamente reconocido y valorado, motivo de ello fue la concesión de la Gran Cruz de la Orden Civil de Beneficencia con distintivo blanco el 22 de noviembre de 1921 "... por su hermosa labor, altamente humanitaria, caritativa y

---

14 CRUZ ROJA ESPAÑOLA. *Memoria del Hospital de la Cruz Roja en Cala Bonita, (Villa-Sanjurjo), 1926-1929*. Balss, S. A. Madrid.

15 CRUZ ROJA ESPAÑOLA. *Memoria del Hospital-Escuela*. ... ob. cit., pp. 49-50.

16 CRUZ ROJA ESPAÑOLA. *Memoria del Hospital de la Cruz Roja en Tetuán*. ... ob. cit., p. 10.

17 *ABC*, 5 enero 1922, p. 9.

18 Archivo General de la Administración. Caja 81/09676. Correspondencia entre Carmen Angoloti y el Conde de Jornada, en la que la Duquesa solicita la prestación de servicio médico militar al Hospital de Cruz Roja de Villa Sanjurjo y un oftalmólogo para el hospital de Pagés en Melilla.

19 ACCRE. Caja 2528. Expediente 35.

altruista, a favor de los heridos y enfermos del Ejército de África, al que asiduamente y con notorio espíritu de sacrificio presta su personal cooperación”<sup>20</sup>.

El 2 de diciembre de 1921 fue nombrada hija predilecta de Madrid, en reconocimiento de su labor sanitaria y de auxilio en África<sup>21</sup>. La gratitud melillense hacia el trabajo realizado por la Duquesa hizo que en febrero de 1922 pusieran su nombre a la calle del hospital del Grupo Escolar<sup>22</sup>. En 1923 le concedieron la Banda de la Real Orden de la Reina María Luisa<sup>23</sup> y el Comité Internacional de Cruz Roja de Ginebra, en 1925, la Medalla Nightingale<sup>24</sup>. El 27 de noviembre de 1925, la Duquesa recibió en Sevilla la Gran Cruz del Mérito Militar con distintivo rojo, hay que resaltar que era la primera vez que se otorgaba una insignia de este tipo a una mujer<sup>25</sup>. En Madrid y Cádiz se erigieron dos monumentos en su honor<sup>26</sup>.

Discreta y modesta, rehusó conceder entrevistas a la prensa y prefirió mantenerse al margen de los homenajes realizados en su memoria para continuar centrada en su trabajo.

De esta forma, la Duquesa de la Victoria se convirtió en la principal figura de Cruz Roja durante la contienda africana que pasó a ser la imagen de las damas enfermeras, ejemplo de mujer “extraordinaria, alma gigante y corazón de fuego”. Conocida como la heroína de Marruecos, simbolizaba el ideal perfecto de la dama enfermera, capaz de abandonar las comodidades de la vida en la ciudad, para acudir de forma voluntaria al cuidado de los necesitados. “Ilustre dama”, aficionada a los deportes, de “carácter jovial y encanto afable”, con una buena relación con la Casa Real, pasó a ser el icono principal de las damas enfermeras gracias al trabajo que desempeñó durante la campaña de África<sup>27</sup>.

## CONCLUSIONES

La Duquesa de la Victoria, en representación de la reina Victoria Eugenia y de Cruz Roja Española, fue la encargada de inspeccionar e instalar los hospitales de Cruz Roja en el Protectorado durante la campaña de Marruecos (1921-1925). Supervisó y lideró el trabajo de las damas enfermeras, Hijas de la Caridad y enfermeras de la institución en el Protectorado. Antes de instalar un hospital, primero visitaba la zona, valoraba la ubicación y buscaba los locales que se podían habilitar como dispensarios. Se encargó de la dotación de material y personal de los mismos. De esta forma, el Protectorado Marroquí contó con una red asistencial bien organizada, capaz de dar cobertura a Sanidad Militar, gracias al trabajo de gestión que desempeñó la Duquesa de la Victoria.

La Duquesa demostró, que una mujer era capaz de realizar el trabajo desempeñado habitualmente por hombres, por lo que fue pionera en la gestión de recursos, siendo una de las primeras mujeres en desempeñar esa labor dentro de la Enfermería española.

20 *La Cruz Roja*. nº 233, noviembre 1921, pp. 607-608.

21 *La Cruz Roja*. nº 234, diciembre 1921, p. 700.

22 ACCRE. Caja 827. Expediente 9.

23 *Gaceta de Madrid*, nº 19. 19 enero 1923, p. 262.

24 *La Cruz Roja*. nº 275, mayo 1925, p. 238.

25 CRUZ ROJA ESPAÑOLA. *Memoria del Hospital –Escuela...* ob. cit., p. 90.

26 El monumento de González Pola en Madrid se encuentra en la Avenida Reina Victoria a la entrada del hospital de Cruz Roja. El monumento de Cádiz, completamente idéntico al primero, se instaló en el Parque Genovés.

27 *ABC*, 7 agosto 1921, Páginas femeninas. *La mujer y la casa moderna*, p.31.



La Duquesa de la Victoria pasó a ser la imagen principal de dama enfermera de Cruz Roja Española a principios del siglo XX. Su vinculación con la aristocracia y el trabajo que realizó durante la contienda la convirtieron en un icono de la Enfermería moderna, divulgándose su labor en la prensa de la época. De esta forma, el trabajo que llevó a cabo en Marruecos contribuyó a la consolidación de la Enfermería como profesión.

## BIBLIOGRAFÍA

- CRUZ ROJA ESPAÑOLA. *Memoria del Hospital-Escuela de Damas de la Cruz Roja de Madrid San José y Santa Adela*. 1920-1922.
- CRUZ ROJA ESPAÑOLA. *Memoria del año 1923 al 30 de junio de 1924*. Junta de Damas de Larache. Tip. Giménez y Vacas, Sevilla, 1926.
- CRUZ ROJA ESPAÑOLA. *Memoria descriptiva de la instalación y funcionamiento del hospital de evacuación de enfermos y heridos de África, establecido por Cruz Roja en Valencia en "El Progreso Pescador" durante la Campaña de 1921-1922*. Talleres tipográficos "La Gutemberg", Valencia, 1923.
- CRUZ ROJA ESPAÑOLA. *Memoria Hospital María Cristina*. Escuela de damas enfermeras en San Sebastián.
- CRUZ ROJA ESPAÑOLA. *Memoria del Hospital de la Cruz Roja en Tetuán, años 1924-1925*. Balss, S. A. Madrid.
- CRUZ ROJA ESPAÑOLA. *Memoria del Hospital de la Cruz Roja en Cala Bonita, (Villa-Sanjurjo), 1926-1929*. Balss, S. A. Madrid.

# EVOLUCIÓN DE LA PROFESIÓN ENFERMERA EN LA COMUNIDAD

## *Evolution of the nursing profession in the community*

**Marina Lecue Martínez**

C.S. Alto Asón, Gerencia de Atención Primaria de Cantabria

**Marta Alfonsa Dehesa Fontecilla**

SUAP Castro, Gerencia de Atención Primaria de Cantabria

**Enara Sainz Navedo**

C.S. La Marina, Gerencia de Atención Primaria de Cantabria

**PALABRAS CLAVE:** Historia de la Enfermería, Enfermería Comunitaria, Rol de Enfermería.

**KEY WORDS:** History of Nursing, Nursing Community, Nurse's Role.

**RESUMEN:** La enfermería está ligada a la comunidad. En España desde su profesionalización sufrió avances y retrocesos, padeciendo un periodo de estancamiento durante la Guerra Civil y posterior Dictadura.

En los 50, el título de Ayudante Técnico Sanitario unificó los Títulos de Practicante, Matrona y Enfermera, la profesión evolucionó, aunque con cambios más teóricos que prácticos.

Entre 1975 y 1986 la sociedad española sufrió cambios que afectaron intensamente a la profesión. Ésta se hizo universitaria y se desarrolló una reforma del sistema sanitario con la implantación de la Atención Primaria, donde ocuparía una situación clave.

**ABSTRACT:** Nursing is connected to the community. In Spain, since its professionalization it went through improvements and setbacks, it suffered a standstill during the Civil War and the following dictatorship.

In the fifties, the appearance of the Sanitary Technical Assistant professional unified the Titles of physician's assistant, midwife and nurse, the profession developed, although changes were more theoretical than practical.

From 1975 to 1986, Spanish society went through changes that deeply affected the profession. Nursing became a university study and there was an evolution on the health system with the implementation of Primary Healthcare, where nursing would occupy a key role.

## INTRODUCCIÓN

En este trabajo tiene como objetivo mostrar la evolución del trabajo de enfermería desarrollado en la comunidad, desde primeros de siglo hasta la instauración de la Atención Primaria, contextualizada en la historia del país. La metodología utilizada se basa en una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Rebiun, Dialnet, Cuiden, Google Académico, UCREA y el catálogo de la Biblioteca de la Universidad de Cantabria. Se utilizaron términos DeCS como Enfermería, Historia de la Enfermería, Rol de la enfermería, Enfermera Comunitaria, Enfermera rural, Atención Primaria y Centros de Salud.

## DE PRACTICANTES Y ENFERMERAS A AYUDANTE TÉCNICO SANITARIO (ATS): ENFOQUE COMUNITARIO

Se hablaba de enfermería, matronas y practicantes y aunque ya se había fundado la primera escuela de Enfermería en España, la Real Escuela de Enfermería de Santa Isabel de Hungría<sup>1</sup> no fue hasta la promulgación de la Real Orden de 7 de mayo de 1915 cuando se pudo hablar de profesión<sup>2</sup>. Otro aspecto que interesa conocer fue como a inicios de siglo se estableció un servicio de asistencia a los enfermos pobres, todos los ayuntamientos tendrían un médico titular y un practicante titulado al menos para cada 300 familias<sup>3</sup>. Y en 1908 se creó el Instituto de Previsión que más adelante se convertirá en el INSALUD<sup>1</sup>.

En 1926 surgió la Escuela de Visitadoras Puericultoras y unos años después se fundó la Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras. Para acceder a esta nueva titulación era imprescindible la titulación de Practicante, Matrona o Enfermera, al menos durante los primeros años. Las actividades que desempeñaban estas Visitadoras Sanitarias tenía un marcado carácter comunitario:

*desde estudiar las condiciones sociales y sanitarias de los individuos y familias, conocer el estado de las viviendas, los hábitos y características de la alimentación, hasta explicar a la población la forma de obtener provecho higiénico de sus condiciones de vida, incluso llegando a plantearse la posible modificación de circunstancias perjudiciales para la salud<sup>4</sup>.*

Llegó la Guerra Civil y las escuelas de enfermería unas cerraron y otras mantuvieron la formación sin exámenes<sup>1</sup>. Y tampoco se permitió la incorporación de enfermeras españolas que se habían formado en Estados Unidos (Yale University School entre 1931 y 1936) sobre Avances de Enfermería, Salud Pública...<sup>4,6</sup> como docentes. Durante este periodo, las prioridades sanitarias se centraron en la aplicación de sueros, curas, vacunas, enfermedades venéreas y el paludismo.

La Guerra Civil terminó con el inicio de la Dictadura Franquista. En este periodo se promulgó la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad que cubría al obrero, aunque después se extendería al resto de la población, y cuyo objetivo era su pronta recuperación, en un país en pleno proceso de industrialización. También se desarrolló la Ley de Bases Nacionales, considerada la madre del sistema ambulatorio<sup>6</sup>, que surge para coordinar la actuación sanitaria y cuyo principal objetivo era la prevención de las enfermedades infecciosas<sup>5</sup>.

En estos tiempos, la asistencia rural era llevada a cabo, exclusivamente, por practicantes y matronas de Asistencia Pública Domiciliaria (A.P.D.) y en las zonas urbanas y pueblos mayores, la atención extra hospitalaria la realizaban los Servicios de Urgencia Especial y Ordinaria de la Seguridad Social, un sistema independiente y paralelo<sup>6</sup>, realizado por enfermeras, practicantes y matronas.

Entre 1952 y 1955 se impulsó la Titulación de ATS<sup>3,5</sup>, que unificó a matronas, enfermeras y practicantes. Esta titulación surgió por la necesidad de cubrir las necesidades técnicas de los grandes hospitales, con grandes avances científicos, que eran el objetivo sanitario en esta época, aspecto que hizo que se fomentase más la atención hospitalaria que la ambulatoria<sup>4</sup>.

Otras situaciones que hicieron que existiera un menor desarrollo de la atención comunitaria fueron el concepto de salud, la orientación del sistema a curar la enfermedad, no siendo el individuo el protagonista de las actuaciones<sup>7</sup>, las expectativas de las nuevas tituladas de un trabajo más interesante e independiente en los hospitales frente a los ambulatorios<sup>7,8</sup> y el papel de la mujer y su no independencia, que jugaron un papel importante en nuestra profesión al asumir un papel de sumisión respecto a médicos<sup>1,3,7</sup>.

## TRANSICIÓN Y DEMOCRACIA: LA TRANSICIÓN ENFERMERA

La década de los setenta fue una época crucial para la sociedad española, en apenas diez años pasó de un régimen dictatorial a un período de transición e incertidumbre que condujo a la democracia y el aperturismo del país. En el ámbito sanitario, existían grandes hospitales muy tecnificados que consumían altos presupuestos y un sistema ambulatorio infradotado, muy masificado y con personal poco motivado. Este sistema no permitía disminuir la mortalidad del país<sup>9</sup> y tenía un usuario descontento con la atención recibida<sup>8,10</sup>.

En las décadas de los 70 y 80 las enfermedades habían cambiado, derivaban de estilos de vida, eran enfermedades crónicas que requerían una detección precoz, tratamiento integral y modificación de hábitos<sup>10</sup>. La sociedad reclamaba una atención de la salud integral y más concienciada<sup>3</sup>, más acorde con la nueva definición de salud que dio la OMS en 1948 como "el estado óptimo de bienestar físico, psíquico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad"<sup>9,11</sup>.

La enfermería se convirtió en titulación universitaria por el Real Decreto 2128/1977 no sin división de opiniones<sup>1</sup>. Los nuevos estudios instruían sobre la prevención de la enfermedad y el fomento de la salud<sup>3</sup>. Y las nuevas diplomadas se incorporaron a los ambulatorios y revolucionaron la atención extra hospitalaria, no aceptando ser únicamente auxiliares del médico pues estaban formadas para atender a una población que estaba esperando sus cuidados<sup>10</sup>.

A nivel internacional, la OMS en la Conferencia de Alma Ata en 1978 planteó la Atención Primaria como el eje central de la asistencia sanitaria<sup>11</sup> y basada en la práctica científica fundada y socialmente aceptada<sup>11</sup>. Además, consideraba fundamental la contribución de enfermeras y matronas<sup>12</sup> y que aquéllas debían dejar de ser el recurso del médico y pasar a ser un recurso para la comunidad<sup>1,6</sup>.

El nuevo Gobierno, a consecuencia del análisis del sentir social, del sistema sanitario, la proclamación de la Constitución de 1978 y la Declaración de Alma Ata, decidió comenzar una reforma en la que destacan:

- Real Decreto 3303/1978 de 29 de Diciembre, por el que se crea la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, que implicaría la creación de los centros de salud como unidad de formación extra hospitalaria<sup>13</sup>.

- Real Decreto 137/1984, de 11 de Enero, sobre Estructuras Básicas de Salud, que describía las líneas básicas para la implantación de la Atención Primaria, definiendo conceptos fundamentales como zona básica, centro de salud, Equipo de Atención Primaria (EAP) y las funciones a desarrollar por el equipo<sup>14</sup>.

- Orden de 14 de Junio de 1984 por la que se modifica el Estatuto de Personal Sanitario Titulado y Auxiliar Clínico de la Seguridad Social, que vino a dar a las Enfermeras de Atención Primaria un ámbito de responsabilidad propia<sup>8</sup> y que incluía el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y accidentes, la rehabilitación y la recuperación de la salud de la comunidad que atienden<sup>15</sup>.

- Ley 14/1986, 25 de Abril, General de Sanidad cuyo objetivo era acabar con las desigualdades y los desequilibrios, asegurar una asistencia integral garantizada para todos los ciudadanos y para

ello, como directriz, se creó el Sistema Nacional de Salud. Se introdujo el concepto de Área de Salud<sup>1,9,16</sup>.

## ENFERMERÍA Y LA RECIÉN ESTRENADA ATENCIÓN PRIMARIA

Con el Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud se pasó al llamado Nuevo Modelo de Atención<sup>17</sup>, introduciéndose importantes diferencias tanto en filosofía como en desarrollo respecto al modelo anterior: la actitud se basaba en la salud y no la enfermedad, el protagonista era la comunidad y el responsable de salud dejaba de ser el médico y era el Equipo de Atención Primaria, entre otros cambios.

Pese a dificultades iniciales y a que el importante papel otorgado a la profesión levantó ampollas entre los médicos no acordes con la reforma<sup>17</sup>, se formaron los EAP con el desarrollo de protocolos, proyección comunitaria, prevención y registros que permitían el seguimiento de los pacientes<sup>17</sup>. El resultado tuvo aceptación social y el reconocimiento de mejora por parte de los usuarios<sup>8</sup> y los profesionales<sup>3</sup>.

La creación de la consulta de enfermería fue un hecho emblemático para la profesión, pero además, su implantación unido a la formación continuada, necesaria para el cambio, supusieron un aumento de la calidad asistencial del sistema de salud, las competencias de la profesión y una mayor satisfacción personal<sup>18</sup>. En el cuadro que sigue pueden observarse los principales cambios que supuso para la profesión enfermera la reforma llevada a cabo:

	Antes de la reforma	Enfermera de Atención Primaria
Concepción de salud	Biomédica	Bio-psico-social
Receptor de la atención	Individuo	Individuo, familia y comunidad
Lugar de atención	Consulta del médico Domicilio	Consulta de enfermería Domicilio Comunidad
Atención a domicilio	A demanda	A demanda y programada
Función	Asistencial	Asistencial, docente, investigadora, Administradora
Objetivo de la atención	Curación	Curación, prevención y promoción
Actividades	Delegadas del médico	Propias (cuidados, educación sanitaria) y delegadas
Formación	Pregrado	Pregrado, postgrado, continuada

Tabla 1: Diferencias provocadas por la reforma de Atención Primaria. Elaboración propia.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Hernández Martín F, de la Peña Tejeiro E, Nogales Espert A, Claret García Martínez AM, García Martínez MJ, Valle Racero JI, et al. Historia de la Enfermería en España: desde la Antigüedad hasta nuestros días. Madrid: Síntesis; 1996.
- (2) Rodríguez de la Vega C. Evolución de la enfermería española en el tránsito de Ayudante Técnico Sanitario a la Diplomatura universitaria [monografía en internet]. Santander: Universidad de Cantabria; 2012 [acceso 28 de marzo de 2014] Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/xmlui/handle/10902/DanalInfo=bucserver01.unican.es+912>.

- (3) Ventosa Esquinaldo F. Historia de la Enfermería española. Madrid: Ciencia 3; 1984.
- (4) Gómez Robles J, Domingo Pozo M. Historia de la Salud pública en España. Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades 1999;5:20-28.
- (5) Marset Campos P, Sáez Gómez JM, Martínez Navarro F. La Salud Pública durante el franquismo. 1995.
- (6) González JS. Historia de la enfermería comunitaria en España. Un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. Index de Enfermería [Index Enferm] 1999;24(25):25-31.
- (7) Domínguez Alcón C. Los cuidados de la profesión enfermera en España. Madrid: Ediciones Pirámide S.A.; 1986.
- (8) Jiménez Otero MO. Consulta de enfermería en consultorios y ambulatorios. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía; 1986.
- (9) Giménez Muñoz MC. La transición hacia la reforma sanitaria: la Ley General de Sanidad (1986). Historia de la época socialista: España, 1982-1996; 2011.
- (10) Antón Nardiz MV. Enfermería y Atención Primaria de Salud. De enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1989.
- (11) Atención Primaria de Salud, Alma-Ata 1978. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria. 4ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978.
- (12) Giménez Maroto AM. La enfermería y la práctica avanzada: su desarrollo en España. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid; 2013.
- (13) Real Decreto 2392/1982, de 3 de septiembre, sobre creación de Unidades Pilotos de Medicina de Familia. Boletín Oficial del Estado, nº 230, (25 de septiembre de 1982).
- (14) Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud. Boletín Oficial de Estado, nº 27, (1 de febrero de 1984).
- (15) Orden del 14 de junio de 1984 por la que se modifica el Estatuto de Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social. Boletín oficial del Estado, nº 146, (19 de junio de 1984).
- (16) Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29 de abril de 1986).
- (17) Martínez Riera J, del Pino Casado R. Enfermería en Atención Primaria. 1ª edición. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2006.
- (18) Frías Osuna A. Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson; 2000.



# LA ENFERMERÍA EN LA PRENSA ESPAÑOLA DE PRINCIPIOS DEL SIGLO XX

## *Nursing in the Spanish Press in early Twentieth Century*

Centeno Brime, J.

Universidad Complutense - Madrid

Hernández Martín FJ.

Facultad de Enfermería, F. y P. - UCM

Presidenta del Seminario (SPIHE)

**PALABRAS CLAVE:** enfermería, prensa e historia.

**KEY WORDS:** nurse, press and history.

**RESUMEN:** El objetivo de esta comunicación es mostrar cómo intelectuales de principios del siglo XX, de la talla de Emilia Pardo Bazán, Isabel de Oyarzabal (bajo el pseudónimo de Beatriz Galindo) o Margarita Nelken, utilizaron la prensa como instrumento para promover el reconocimiento social y profesional de la mujer y concretamente de la Enfermería en España.

Se han tomado como fuentes, periódicos y revistas de divulgación general, pertenecientes a la Biblioteca Nacional de España y del diario ABC. Se trata un estudio de investigación histórica. Podemos concluir diciendo que la prensa fue el medio de comunicación de masas del momento y se usó para divulgar y promover un concepto de Enfermería profesional.

**ABSTRACT:** This communication's aim is to show how intellectuals from the beginning of the 20th Century like Emilia Pardo Bazán, Isabel de Oyarzabal (with the pen name Beatriz Galindo) or Margarita Nelken used the press to promote social and professional recognition of women and more specific of the Nursery in Spain.

It has been used, as sources, newspaper and magazines from the National Library of Spain and from the ABC newspaper. It is a historical investigation study. In conclusion, the press was the mass media used to spread and to promote a professional Nursery concept.



## ANTECEDENTES

Esta comunicación se ha centrado en el estudio en la Enfermería de principios del siglo XX a través la prensa.

A principios del siglo XX, la prensa de divulgación general era el medio de comunicación social más directo del momento. Por esta razón, fue utilizado por escritoras y periodistas prestigiosas, para mostrar la Enfermería más avanzada de países de Europa, donde ya existía un reconocimiento social y profesional y para concienciar a la sociedad y a la mujer española de la necesidad de introducir estos cambios en España.

Aunque existen publicaciones sobre las profesiones auxiliares sanitarias en prensa especializada, como revistas médicas y boletines de colegios profesionales, no hemos encontrado trabajos de investigación donde se haya estudiado la influencia de la prensa de divulgación general para promover la Enfermería profesional en la España de principios del siglo XX.

## Objetivos

- Mostrar cómo la prensa ha informado de las tendencias innovadoras en la Enfermería europea a principios del siglo XX.
- Evidenciar cómo la prensa ha impulsado el reconocimiento social y profesional de la Enfermería en la España de inicios del siglo XX.

## Material:

Se han utilizado como fuentes históricas, periódicos y revistas de los fondos documentales de la Biblioteca Nacional de España y de la hemeroteca del periódico ABC. Las fuentes más secundarias, como manuales de Historia o biografías, han permitido contextualizar el análisis de estos documentos.

## Metodología

Esta comunicación ha sido realizada siguiendo el método histórico crítico<sup>1</sup> y teniendo en cuenta las limitaciones que para este tipo de fuentes, han sido señaladas por Tuñón de Lara<sup>2</sup>, F.Braudel<sup>3</sup> o M. Kircher<sup>4</sup>. Estos y otros estudiosos coinciden en señalar el problema de la visión parcial de este tipo de fuentes que debe suplirse con un análisis crítico riguroso y la necesidad de contrastar su información con otras fuentes históricas.

## CONTEXTO SOCIOSANITARIO EN ESPAÑA

A principios del siglo XX, las transformaciones políticas, económicas y sociales junto con los movimientos feministas en Europa, produjeron cambios importantes en la situación de la mujer y su acceso al mundo laboral. La industrialización y el desarrollo urbano hacen que se vea con buenos ojos la incorporación de la mujer de clase media al trabajo, ya que la de clase baja siempre había estado incorporada al mismo.

España se incorpora de forma lenta a este proceso de modernización a través del Movimiento Reformista que aborda, entre otras cosas, la incorporación de las mujeres de las clases media y popular a la educación, la cultura y al trabajo, como respuesta a un cambio de mentalidad y unos nuevos requerimientos de la sociedad de este momento.

Hasta este momento, la posición y la vida de la mujer venía dada por la clase social a la que pertenecía. Se aceptaba, sin ningún tipo de cuestionamiento, salvo los expresados públicamente

por personas como Concepción Arenal o Pardo Bazán, que la mujer de clase baja trabajara sin descanso tanto en el campo como en la ciudad, para poder sobrevivir de forma mísera. En el extremo contrario, encontramos a la mujer de clase alta, con una vida de opulencia e intensa vida social.

Entre ambas realidades, encontramos a la mujer de clase media, que comienza a instruirse y a cuestionar el orden establecido hasta entonces. Fue en este grupo en el que se plantea un gran debate público en torno a la educación y el trabajo de la mujer. La preocupación por este tema comienza a mediados del siglo XIX y está relacionado con lo que se denomina "la cuestión social"<sup>5</sup>.

Todos los grupos de poder coinciden en señalar la necesidad de la educación de la mujer dado que los índices de analfabetismo elevadísimos respecto a los países del entorno<sup>6</sup>.

Respecto a la educación y la formación, se plantearon diferentes posturas que iban desde las más **tradicionales**, que hablaban de educar, que no instruir, con un fin social, para cuidar y enseñar mejor a sus hijos, pasando por las **regeneracionistas**, quienes hablaban de educar para salir del atraso secular, hasta el **movimiento feminista**, que desde una postura moderada y social<sup>7</sup> habla de instruir a las mujeres en una profesión para ganarse la vida si lo necesitaban y evitar la miseria si no estaban casadas o dependían de un hombre.

Todavía a principios del siglo XX, había pocas profesiones desarrolladas por mujeres y, como señalaba Pardo Bazán, "pocas dispuestas a ingresar en ellas"<sup>8</sup>. Para la mujer de clase media, trabajar estaba mal visto y sólo lo hacía si era estrictamente necesario. En 1907, el periódico ABC recoge los resultados de una encuesta en una revista femenina sobre las profesiones preferidas por las lectoras, la Enfermería ocupaba el 9º lugar después de actriz, frente a escritoras o médicas<sup>1</sup>.

Si centramos el análisis en la Enfermería europea, vemos cómo ya desde mediados del siglo XIX, comienzan a desarrollarse iniciativas de cuidados a los enfermos acordes con el desarrollo de la ciencia y la técnica médica en centros de vanguardia como la de las diaconisas de Kaiserswerth, la Escuela de Saint Thomas, la del London Hospital, la Victoriahouse, la Salpêtrière o la Escuela de Enfermeras Santa Isabel de Hungría.

En España, hasta principios del siglo XX, el cuidado de los enfermos pobres, era realizado casi exclusivamente por congregaciones religiosas femeninas. Estas instituciones centraban su actividad en la Beneficencia en Hospitales y la ayuda a domicilio. Desde la jerarquía católica, se plantea una seria necesidad de formación de hermanas y por ello en 1911, el Papa Pío X, se reúne con las Superiores de las Comunidades religiosas residentes en Roma, dedicadas a la asistencia a los enfermos, para que siguieran estudios que les otorgaran un Diploma de Enfermería<sup>11</sup>.

Esta necesidad de estudios, junto a la "medicalización" de los hospitales, la especialización facultativa, un cierto distanciamiento del enfermo y el acceso de los facultativos a la dirección hospitalaria, hace imprescindible la aparición de una nueva profesión de Enfermería como complemento indispensable del médico, pero centrada en el cuidado<sup>9</sup> el cual ya no se veía necesariamente como cuidado de caridad.

En España, aunque la Enfermería la realizaban mayoritariamente mujeres religiosas, también existía la figura de la enfermera laica (con escasa o nula formación), pero con unas funciones parecidas a la de una sirvienta y no con las connotaciones de profesionalidad que adquiere en las Escuelas inglesas o alemanas

En este largo camino hacia la Enfermería profesional, escritoras y periodistas como, Emilia Pardo Bazán, Margarita Nelken, Isabel de Oyarzabal que firmaba bajo el seudónimo de "Beatriz Galindo", o María Martínez Sierra, viendo las deficiencias de formación y el escaso prestigio social de la enfermera en España, aprovechan la prensa, para cambiar la idea que se tenía este trabajo en España, y promover una nueva profesión laica a la manera de la que se desarrollaba en las escuelas más avanzada de Europa, donde ya existía el reconocimiento social y profesional de la misma.

## RESULTADOS

A la luz de los artículos analizados podemos afirmar que la prensa general, a principios del siglo XX, mostró Escuelas de Enfermería donde se realizaba una formación innovadora. Las más destacadas eran: la Escuela de Enfermeras del London Hospital de Londres <sup>III</sup>, la Escuela de Enfermeras Victoriahouse de Berlín <sup>IV</sup> y la Escuela de Enfermera de la Salpêtrière de París <sup>VII</sup>. Eran centros donde ya existían unos requerimientos educativos y profesionales, tendentes al establecimiento de una Enfermería profesional laica.

Estos establecimientos presentaban las siguientes particularidades:

- A) Enfermería reglada mediante unos estudios desarrollados en 2-3 años según los centros.
- B) Reconocimiento oficial con unos requisitos establecidos.
- C) Existencia de textos para la formación.
- D) Estos centros otorgan una acreditación o titulación para ejercer esta profesión al finalizar el período formativo.

La prensa habla de la existencia de un centro parecido en España, la Escuela de Enfermeras Santa Isabel de Hungría, creada en 1896 por el Dr. Federico Rubio en el Instituto Quirúrgico en Madrid.

Encontramos gran cantidad de referencias a esta institución, tanto en los fondos consultados y en otro tipo de fuentes. Por ejemplo, **La Ilustración Española y Americana** del 15 marzo 1897 habla de: "*la Escuela Católica de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría semillero de modestas mujeres ejercitadas en el útil ministerio de la mejor asistencia médico quirúrgica de los enfermos*" y también en **La Unión Católica** del 22 septiembre 1896, p.1.

Por otro lado, las columnistas de periódicos y revistas prestigiosas destinadas a lectoras de clase media, aprovecharon una mayor tolerancia social respecto a profesiones ejercidas por mujeres y vinculadas a la asistencia social, para promover la aceptación social de la profesión enfermera en España, ya que hasta ese momento carecía de prestigio social y económico, al igual que todas las profesiones desarrolladas por mujeres, como maestra, matrona e incluso médica.

Era, para estas periodistas y otros intelectuales, una oportunidad o una excusa para que la mujer abandonara el espacio doméstico, en el que siempre había ejercido el cuidado y pudiera desarrollar una ocupación con la que ganar la vida si lo necesitaba. Se busca transmitir la idea de mayor reconocimiento social para este oficio y una formación adecuada al avance en los cuidados al enfermo.

La periodista Isabel de Oyarzabal<sup>10</sup>, que firma como Beatriz Galindo, desde su columna: *Presente y porvenir de la mujer en España* del periódico **El Día de Madrid** escribe sobre la Enfermería en España <sup>VII</sup>. Examina la Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría de Madrid como centro "de vanguardia" y también sobre cómo ve ella la enfermería profesional.

Esta periodista da un paso al hablar sobre los cambios importantes que se estaban produciendo en algunas Escuelas de Enfermería de Europa y la necesidad de introducir y adaptar estas innovaciones a la realidad española, en la línea de Concepción Arenal y del feminismo español más moderado.

Ella defiende una profesión moderna caracterizada por la formación, la titulación y la retribución económica e introduce la idea de asociacionismo como elemento de fortaleza que permiten a la mujer decidir su porvenir.

## CONCLUSIONES

Podemos concluir diciendo que:

- 1.- A principios del siglo XX, la prensa era el medio de comunicación más importante del momento.
- 2.- Los intelectuales utilizaron este creciente medio de comunicación social para introducir nuevas ideas y para fomentar un cambio en la conservadora sociedad española.
- 3.- Escritoras y periodistas como Oyarzabal, Nelken o Martínez Sierra, utilizaron periódicamente sus columnas para mantener informadas a sus lectoras y favorecieron el reconocimiento social a las mujeres que realizaban asistencia a los enfermos y el desarrollo de la enfermera profesional.
- 4.- Aportaron a la Enfermería la creación de una conciencia social sobre la inclusión y reconocimiento del oficio de enfermera como profesión para vivir de forma independiente.
- 5.- Ellas consideraban que la modernización de la Enfermería formaba parte de un cambio general desarrollado en Europa, EE.UU y Canadá y que incluía otras corrientes como el reformismo social, la educación de la mujer y movimientos feministas y que tenía diferentes "tempos" de desarrollo en cada país.

La aportación de estas mujeres al progreso de la sociedad, de la mujer y de la Enfermería en España, será un tema que habrá que estudiar con mayor detenimiento.

Dentro de nuestro programa de investigación está: La profesión de Enfermería y la prensa histórica.

## FUENTES

- I.- C. Mujeres. ABC. 21 de febrero de 1907; Sec. A través de la frontera: p.2.
- II.- El benemérito Instituto de las Siervas de María. El Siglo Futuro. 5 noviembre de 1935; p.5.
- III.- Pulido Martín A. Los hospitales de Londres. La Revista ibero-americana de ciencias médicas. 1906; 2:155-60.
- IV.- Nelken M. Las enfermeras. El Día. 27 de enero de 1917; Sec. La vida y las mujeres: p.6.
- V.- Del Villar A. La obra de laicización en Francia. El Globo. 18 agosto 1908; Sec. Crónica de París: p.2.
- VI.- Ossorio y Gallardo MA. Femenina. Actualidades. 21 de abril de 1909; Sec. De todo un poco: p.17.
- VII.- Galindo B. La enfermera. El Día. 16 de enero de 1917; Sec. Presente y porvenir de la mujer en España: p.6.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Aróstegui J. Investigación histórica: Teoría y método. Barcelona: Crítica; 1995
- 2.- Tuñón de Lara M, Elorza A, Pérez Ledesma M. Prensa y sociedad en España (1820-1936). Madrid: EDICUSA; 1975.
- 3.- Braudel F. Las ambiciones de la historia. Barcelona: Crítica; 2002.
- 4.- Kircher M. La prensa escrita: actor social y político, espacio de producción cultural y fuente de información histórica. Revista de Historia. 2014; nº 10:115-22
- 5.- Lacalzada de Mateo MJ. Las mujeres en la "cuestión social" de la Restauración: liberales y católicas. Revista Historia Contemporánea. 2004; nº 29:691-711.
- 6.- Rueda Hernanz G. España 1790-1900. Sociedad y condiciones económicas. Madrid: Ediciones Istmo; 2006.

- 7.- Nash M. Experiencia y aprendizaje: La formación histórica de los feminismos en España. *Historia Social*. 1994; nº 20:151-72.
- 8.- Scanlon G. La polémica feminista en la España contemporánea, 1868-1974. Ediciones Akal; 1986. p 61.
- 9.- González. Navarro F, Sánchez M. Hospitales a través de la historia y el arte. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación; 2004. p. 44-50
- 10.- Quiles Faz A. El porvenir de la mujer española: Isabel Oyarzabal y El Día de Madrid (1916-1917). En: *VVAA Historia(s) de mujeres Libro Homenaje a María Teresa López Beltrán*. Málaga: Universidad de Málaga. Perséfone-AEHIM; 2013. p. 34-49.

# EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE GRANADA

## *Evolution of nursing care at the Diputación Provincial de Granada*

Adoración Muñoz Tapia. Esther María Garrido Ávila.  
Eva María Martínez Castro.

Residencia de Mayores La Milagrosa de la Diputación Provincial de Granada.

**PALABRAS CLAVE:** Atención de Enfermería, Beneficencia, Historia.

**KEY WORDS:** Charities, History, Nursing Care.

### **RESUMEN:**

**Objetivo:** Conocer la percepción de los cuidados enfermeros desde los inicios de la Diputación hasta nuestros días.

**Fuentes:** Primarias: Legajos originales del archivo municipal Condes de Gabia de Diputación de Granada (2014-2247), Manuscritos, Constituciones, Decretos y Reglamentos. Bases de datos bibliográficas: CUIDEN, CINHAL, Cochrane, SciELO. LILACS.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo que analiza documentos desde el año 1800 hasta el 2015.

**Resultados:** Se realiza una descripción de las características de los responsables de los cuidados enfermeros, usuarios, figuras e Institucionales y repercusiones en el cuidado producido.

**Conclusiones:** El análisis de los documentos utilizados en la evolución histórica de esta institución, nos permite conocer las características del cuidado ofrecido y su evolución en el tiempo. En este estudio se presenta una valoración inicial de la investigación.

### **ABSTRACT:**

**Title:** Evolution of nursing care in the Provincial de Granada.

**Objective:** To know the perception of nursing care from the beginning of the Council until today.

**Sources:** Primary: original files of the municipal Condes de Gabia de Diputación de Granada (2014-2247), manuscripts, Constitutions, Decrees and Regulations. Y BIBLIOGRAPHIC DATABASES: CUIDEN CINHAL Cochrane, SciELO. LILACS

**Methods:** Retrospective descriptive study that analyzes documents from 1800 to 2015.

**Results:** A description of the characteristics of those responsible for nursing care, users, figures and Institutional and effect on care produced.

**Conclusions:** The analysis of documents used in the historical evolution of this institution, allows us to know the characteristics of the care offered and its evolution over time. In this study an initial assessment of the research is presented

## INTRODUCCIÓN HISTÓRICA

El reinado de los Reyes Católicos es considerado como la transición entre la edad media y la edad moderna. Tras las Capitulaciones de Santa Fe, hacen de dicho reinado, los cimientos de una historia que pone la ciudad de Granada en un protagonismo evidente e interesante motivo de estudio tanto a nivel sanitario como social. El cuidado de Enfermería queda relegado durante siglos a las instituciones eclesiásticas, pero el reinado de los reyes Católicos marca una profunda imposición al cristianismo. Pobres, huérfanos, enfermos, dementes, presos, todos están al amparo del cuidado de la iglesia católica. Los reyes Católicos entienden la asistencia a los pobres como una labor pública, cuyo fin es la vigilancia de elementos que alteran el orden público. Los hospitales son la mejor forma de confinar y recluir a una población marginal y además la asistencia a los necesitados, forma parte de la ideología y el quehacer del signo cristiano.<sup>[1]</sup>

Dada la extensa historia y competencias que las Diputaciones tienen, nos centraremos en lo relacionado con la asistencia social y sanitaria, que en España, ha estado íntimamente ligada a un devenir político, entre las diferentes Constituciones, Gobiernos, Estatutos, Leyes, Reglamentos y Reales Decretos.

El origen de las Diputaciones en España se remonta a la Constitución Gaditana de 1812 y un año después el 12 de mayo se constituye la Diputación Provincial en la ciudad de Granada.<sup>[2]</sup>

El nacimiento de la Ley de Beneficencia de 1822, (que consta de 138 artículos, expone todos los detalles relacionados con la organización de las Juntas, fondos de administración, establecimientos, casas de socorro, hospitalidad domiciliaria, etc. sobre beneficencia.<sup>[3]</sup>

Desde 1845, desaparecen los Consejos provinciales, y algunas atribuciones las absorben las Diputaciones, otorgándole a estas Corporaciones una mayor relevancia en la resolución de intereses locales.<sup>[4]</sup>

La siguiente Constitución Española, 1869, dedica en su artículo 99 a la organización y atribuciones de la Diputaciones Provinciales y Ayuntamientos que se regirán por sus respectivas leyes conforme a cinco principios, basados fundamentalmente en los intereses particulares de la provincia o del pueblo respecto a las Corporaciones Locales.<sup>[5]</sup>

Pero en la Constitución de 1876 se reformarán las leyes municipales y provinciales provocando un retroceso en la organización y competencias de las Diputaciones y así como en la organización de las mismas.

Avanzamos en la historia con la Constitución de 1931, sin destacar importancia en materia de atribuciones importantes a la Diputaciones en sus funciones de asistencia a la beneficencia. Ya que el 21 de abril de 1931, tal y como nos cita González Casanova, una semana más tarde de la proclamación de la II República en España, el gobierno revolucionario catalán comienza la desaparición de las Diputaciones, en Gerona, Lérida y Tarragona, medida que no coincide con la prevalente Asamblea de Diputaciones Provinciales de España, celebrada en Barcelona, en marzo de 1931 (un mes antes de la II República). Como consecuencia de la caída de la Dictadura, vuelven a constituirse las Corporaciones Provinciales, encontrándose con un problema jurídico y una situación de vacío legal. Por lo tanto, la corta vida de la II República impide en España que prospere una reorganización de la vida Local según módulos democráticos y autonomistas, siendo Cataluña un buen ejemplo de ello. Ningún otro estatuto de Autonomía regional, llegó a entrar en vigor, como Aragón, Valencia, Balear, Andalucía etc.<sup>[6]</sup>

Como nos señala Rodríguez Clavel, en el artículo 127 de Estatuto provincial las obligaciones de las Diputaciones en materia de Beneficencia, tenían que sostener al menos una casa provincial de maternidad y expósitos, una casa de Beneficencia hospitalaria, una casa de recogida de indigentes y una reclusión para dementes pobres. Prolifera de nuevo mecanismos de intervención estatal sobre

corporaciones locales con el régimen franquista, lo que finamente se ve aumentado en la Ley de base de Régimen Local de julio de 1945.<sup>[7]</sup>

Sin embargo a finales de los años 50, las Diputaciones entran en verdadera crisis, ya que la centralización y el control del gobierno sobre estas limitan sus potencialidades sociales, fortaleciendo la figura del Gobernador civil, y en palabras de González Casanova: *Las diputaciones provinciales durante los veinte últimos años del régimen franquista, fueron viendo reducidas sus competencias teóricas, como entidades Locales, a la gestión de ciertos establecimientos de orden sanitario y asistencial. La extensión de la seguridad Social y la creación de vías de comunicación más amplias, hicieron que, incluso esas débiles competencias, quedaran relegadas a un segundo término.*<sup>[8]</sup>

Como nos relata Ruiz Romero, tras la muerte de Franco en España, *las Diputaciones acuerdan trasladar petición ante la Presidencia del Gobierno para que se cree una Comisión Mixta que desarrolle un Régimen especial Administrativo para la Región Andaluza.* Andalucía vive un estancamiento económico y se encuentra inmersa en la pobreza. Se eleva la petición al Ministerio de Gobernación, donde se incluyen las ocho provincias: Almería, Granada, Cádiz, Huelva, Málaga, Jaén, Sevilla y Córdoba. En estos momentos el Ministerio de Gobernación aprueba el esperado *Real Decreto por el que se aprueban los estatutos de la Mancomunidad General de Diputaciones Provinciales de Régimen Común.* Andalucía se pronuncia a favor de la Reforma Política propuesta desde el Gobierno y en este nuevo marco político se crea la Ley para la reforma política de 1977, de 15 de diciembre, donde se dota a las Diputaciones de un protagonismo que se verá considerado en la Constitución Española de 1978.<sup>[9]</sup>

Tanto la Ley reguladora de Bases de Régimen Local de 1985, como la Ley de Competencias entre Junta de Andalucía y Diputaciones de 1987, nos ponen de manifiesto competencias delegadas como la gestión de los Centros Sociales Especializados de ámbito supramunicipal o provincial, la gestión de los Servicios Sociales Comunitarios y Centros Sociales Municipales.

Tras este largo recorrido histórico, llegamos a los Centros Sociales de la Diputación provincial de Granada y a su residencia de mayores La Milagrosa. Nacida en 1970, en la localidad de Armilla, y vigente en su funcionamiento hasta nuestros días.

Las numerosas tesis doctorales revisadas centran sus trabajos en la Orden hospitalaria de San Juan de Dios y en el Hospital Real de Granada, pero desde el nacimiento de la Diputación de Granada, no existen estudios que evidencien el protagonismo que tuvo ésta en ser el centro neurálgico de comunicación entre Madrid y la provincia, asumiendo el cuidado de los más necesitados. Queremos por lo tanto estudiar cómo la Diputación de Granada forma parte de la historia estudiando el concepto del cuidado en un sentido verdaderamente amplio.

El **objetivo** de nuestra investigación es conocer qué evolución han tenido los cuidados de Enfermería desde el nacimiento de las Diputaciones hasta nuestros días. Queremos analizar de dónde procede nuestra residencia, desde cuándo Diputación lleva cuidando a los mayores como Institución Pública y Benéfica, qué tipo de cuidados de Enfermería se han ido ejerciendo a lo largo de la historia, quiénes han sido los beneficiarios de dicho cuidado, quiénes han sido los diferentes cuidadores y cómo han ido cambiando sus categorías profesionales en el desde Beneficencia hasta nuestros días.

**Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo** que analiza documentos desde el año 1800 hasta el 2015, completado con un trabajo etnográfico sobre el análisis de los relatos de vida de los informantes claves aún vivos.

**La muestra** incluiría a todos los protagonistas del cuidado directo a los asilados: (en una primera fase en los textos históricos y en una segunda fase a través de sus relatos): sanitarios,



ayudante de sanitario, mozos de clínica, enfermeros, boticarios, sangradores, personal religioso, practicante mayor, de número y supernumerario, ayudantes técnicos sanitarios, diplomados en Enfermería y finalmente, los primeros especialistas en Enfermería geriátrica.

**El proyecto de investigación:** analiza cuatro siglos de historia (desde el siglo XVIII hasta el XXI.), en busca de los cuidados de Enfermería, profundizando en fuentes primarias, tanto bibliográficas como archivísticas, a través de los textos originales principalmente del archivo Municipal de la biblioteca de los Condes de Gabia de la Diputación provincial de Granada, en Manuscritos, Legajos, Anuarios, Reglamentos, leyes y decretos. Además de las búsquedas bibliográficas, en la Biblioteca del Hospital Real de Granada y del Archivo Histórico del Museo Casa de los Pisa, y búsquedas digitales en las principales bases de datos.

### LA ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN CONSTA DE DOS FASES:

En primer lugar, estudiamos la evolución de los cuidados de Enfermería en nuestra residencia, que nos remonta, como Institución desde el Hospital Real de Granada, hasta su ubicación actual en la localidad de Armilla, aquí estudiaremos tanto el contexto legislativo, como el contexto espacio.

*El Contexto legislativo engloba:*

1. Constituciones, desde la del 1812 hasta la del 1978, (donde se incluyen: Estatuto Real de 1834, y las Constituciones de, 1837, 1845, 1869, 1876, 1931 hasta la del 1978).
2. Reglamentos y Decretos de orden interno: desde el de 1858, hasta el de 1962 (donde se incluyen los de: 1887, 1890, 1924, 1926, 1930 y 1962).
3. Y el Nacimiento de las Autonomías, la formación del Servicio Andaluz de Salud y de los Servicios Sociales en extinción de la beneficencia.

*Y el Contexto Espacio:* Estudio de los Centros Benéfico Sanitarios pertenecientes a la Diputación de Granada:

- Hospital Real.
- Hospital de San Lázaro.
- Hospital Psiquiátrico de la Virgen.
- Hogar Infantil del Niño Jesús.
- Centro psicopedagógico Reina Sofía.
- Residencia Rodríguez Penalva.
- Residencia de Mayores La Milagrosa.

En segundo lugar, realizaremos y analizaremos relatos biográficos a los protagonistas aún vivos, que participaron directamente de estos cuidados y que contribuyeron a formar parte de la historia.

**Los criterios de inclusión:** han sido aquellos profesionales que participaron directamente del cuidado, excluyendo aquellos que a pesar de vivir directamente la apertura de la residencia, no ejercían la labor del cuidado directamente a los usuarios.

**Las principales variables:** La variable independiente sería el concepto de cuidado en el tiempo, y las dependientes serían: la tipología de cuidadores, la tipología de usuarios, y las diferentes Instituciones sanitarias que pertenecen a la Diputación.

## CONCLUSIONES

Por tratarse de una investigación en curso, las primeras conclusiones nos muestran que el estudio de las fuentes primarias bibliográficas y archivísticas, no solo nos están llevando a descubrir las diferentes funciones de la Enfermería, sino del significado de la persona como "cuidador", a través de cuatro siglos de historia. Todo este trabajo se apoyará en los testimonio de aquellos informantes claves del cuidado en su última etapa, que aún viven y que participaron directamente en la construcción de una de las profesiones más antiguas del mundo, la nuestra "LA PROFESIÓN DEL CUIDAR".

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Cambil Hernández, María Encamación. Los Hospitales de Granada: (siglos XVI-XXI) Tipología, catálogo e historia. Universidad de Granada 2010. Pp 20-45.
- (2) Parra Arcas, Pilar. Historia de Granada: El nacimiento de la Diputación Granadina. Ideal de Granada. 28 de Julio de 2003, capítulo 50, Historia de Granada.
- (3) Ley de beneficencia de 1822. Decreto de Cortes de 21/12/1821. 23 de enero-6 de febrero de 1822. Colección de Leyes y Decretos de las Cortes Imprenta Nacional. Madrid.
- (4) Santana Molina Manuel. Las Diputaciones en la España decimonónica. Instituto Nacional de Administración Pública. Madrid 1980. Pp 120-134.
- (5) Muñoz Muñoz María Dolores. Recopilación Legislativa sobre las diputaciones Provinciales. Boletín de estudios Jienenses. Enero-junio.2013.Pp, 75.
- (5) Gonzales Casanova J.A: Las Diputaciones Provinciales en España. Historia de las diputaciones. 1812-1925. Mancomunidad General de Diputaciones de Régimen Común. Madrid, 1986. P139-147.
- (7) Rodríguez Clavel, José Ramón. Actas de las V Jornadas de Archivos Aragoneses. Diputación Provincial de Aragón. Departamento de educación y cultura. Zaragoza, 1994, Pp46
- (8) Gonzales Casanova J.A: Las Diputaciones Provinciales en España. Historia de las diputaciones. 1812-1925. Mancomunidad General de Diputaciones de Régimen Común. Madrid, 1986.Pp 151-157.
- (9) Ruiz Romero, Manuel. "Un pulso al regionalismo tardofranquista. Diputaciones y preautonomía andaluza (1976-1978)", en *Actas del II Simposio de Historia Actual*, Logroño, Instituto de Estudios Riojanos, 2000, pp. 385-402.



# ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA, MOMENTOS SIGNIFICATIVOS, DE OFICIO A PROFESIÓN

## *Analysis of Spanish nursing evolution, significant moments, from trade to profession*

**Marta García Lecue**

Servicio Cántabro de Salud

**Marta Gómez Otí**

Servicio Cántabro de Salud

**Noelia González Del Corral**

Servicio Vasco de Salud

**PALABRAS CLAVE:** Historia de la Enfermería, Enseñanza, Atención de Enfermería.

**KEY WORDS:** History of Nursing, Education, Nursing Care.

**RESUMEN:** La actividad enfermera es tan antigua como la humanidad, pero solo a lo largo de estos últimos 100 años se ha alcanzado el status de profesión. De forma paralela a los cambios acontecidos en el contexto sociodemográfico e histórico en España, la enfermería ha ido cumpliendo una serie de pasos o etapas que le han permitido generar "un rol autónomo".

Con esta revisión cronológica de los planes formativos y la normativa legal, desde mediados del s. XIX hasta nuestros días, hemos analizado los momentos significativos que han configurado la profesión enfermera en nuestro país, realizando una síntesis de los principales.

**ABSTRACT:** The practice of nursing is as old as mankind but only in the last 100 years has it gained the status of being a profession. In parallel to the changes in the sociodemographic and historical context in Spain, nursing has fulfilled a series of steps and stages which have allowed it to create "an autonomous role".

With this chronological review of training plans and legislation from the middle of the XIX century to date, we have analysed the most significant moments that have shaped the nursing profession in our country, making a synthesis of the main ones.

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de esta revisión cronológica abordaremos los acontecimientos más señalados que han marcado el avance de la disciplina enfermera en nuestro país. <sup>(1)</sup>

Todos estos cambios han desarrollado una nueva perspectiva de los sistemas de salud, con un claro reflejo en el papel de la enfermería, generando un cuerpo de conocimientos propios que sustenta, capacita y justifica nuestra profesión ante la sociedad. Actualmente, nuestro papel ha pasado a ser esencial, constituyendo el eje de modelos sanitarios eficaces, aunque sin alcanzar todavía las metas anheladas.

La evolución de las enfermeras españolas desde 1915 viene marcada por la aparición de los primeros programas formativos, así como por el avance que supuso la unificación en ATS, y la lucha por la entrada en la Universidad en los convulsos años 70, coincidiendo con la transición política. Todo esto supuso la aparición de nuevas expectativas para la clase enfermera, con un marcado avance a nivel docente, pero no tanto a nivel asistencial.

Este tránsito de "practicante" a "enfermera titulada" ha supuesto el cambio de **oficio a profesión**; constituyendo un siglo y medio de avance tanto a nivel académico como profesional y deontológico.

## METODOLOGÍA

Este estudio, de carácter descriptivo, se ha llevado a cabo a través de una revisión sistemática analítica de fuentes primarias y secundarias, con una interpretación cualitativa de la información obtenida.

Como Fuentes Primarias se ha revisado la jurisprudencia recogida desde el siglo XIX (Reales Ordenes, Decretos y Leyes) extraída de la Gaceta de Madrid y del BOE.; así como revistas científicas propias de la disciplina y el manuscrito "La profesión va por dentro, elementos para una historia de la Enfermería Española Contemporánea".

Como Fuentes Secundarias se han consultado Bases de Datos: Cuiden, Enfispo, Cuidatge y Pubmed (Medline). Utilizando como Palabras clave: Historia de la Enfermería, Enseñanza y Atención de Enfermería.

En la búsqueda bibliográfica se han revisado 86 artículos, sin limitación de fecha de publicación, seleccionando 44.

Tabla 1.

<i>Revistas</i>	<i>Artículos Revisados</i>	<i>Artículos Seleccionados</i>
<i>Rol de Enfermería</i>	38	24
<i>Index de Enfermería</i>	14	4
<i>Cultura de los Cuidados</i>	12	5
<i>Híades</i>	8	3
<i>Temperamentvm</i>	4	2
<i>Enfermería Global</i>	4	2
<i>Enfermería Científica</i>	2	1
<i>Nuberos Científica</i>	2	1
<i>Dynamis</i>	2	2

Cabe destacar que los autores de los artículos mencionados son profesionales de nuestra disciplina, tanto académicos como asistenciales. La mayoría de los artículos seleccionados son de la Revista Rol de Enfermería, por ser la primera revista de enfermería española, creada en 1978, y constituyendo hoy en día un referente en el panorama de las publicaciones. El resto de revistas consultadas comparativamente tienen menos números publicados, ya que han sido creadas en la década de los 90 y del 2000, como Enfermería Global.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos sintetizados, tras una interpretación cualitativa de la información, se plantean en forma de discusión.

\* *Ley de Instrucción Pública, Ley "Moyano"*, de 9 de Septiembre de 1857, suprime la enseñanza de Cirugía Menor o de Ministrante y establece los títulos de Practicante y Matrona, considerándolas como profesiones auxiliares de la medicina, y comenzando así su consolidación profesional. Pero no contempla el papel de las enfermeras. <sup>(2)</sup>

\* *Real Orden*, de 7 de mayo de 1915, aprueba el *primer programa formativo* de estudios de enfermería, a instancia de la Congregación de Siervas de María. Se abre el camino para configurarse como profesión con este "*Programa de los conocimientos necesario para habilitar de enfermeras*" que consta de 70 lecciones, y establece la necesidad de superar un examen teórico-práctico ante un Tribunal Médico para la obtención del título. <sup>(3)</sup>

La aparición de los programas formativos permite el desarrollo de un cuerpo de conocimientos propios, indispensable para una profesión, sirviendo además de estímulo para la creación de escuelas de enfermeras.

\* *Real Orden*, de 24 de febrero de 1927, establece la obligatoriedad de poseer el título oficial de enfermera para poder ejercer en instituciones sanitarias españolas.

La mala relación entre colectivos se acentúa cuando los practicantes, apoyados por los médicos, se oponen firmemente a esta norma, acusando a las enfermeras de intrusismo, considerando que se les otorgan sus mismas funciones. Aquí juega un papel importante el peso de los roles de género: los practicantes (hombres) más orientados hacia la cirugía menor y curas y las enfermeras (mujeres) hacia los cuidados, permitiendo sostener la idea de que eran dos ocupaciones diferentes. <sup>(4)</sup>

\* *Orden Ministerial*, de 21 de Mayo de 1941, y del 6 de julio de 1941, establecen las condiciones y estudios necesarios para la obtención del título de Enfermera, fijando una duración de 2 años, y diferenciando una parte teórica y práctica en el Plan de Estudios.

\* *Real Decreto*, de 4 de Diciembre de 1953, unifica las profesiones sanitarias auxiliares: Enfermera, Practicante y Matrona, bajo la titulación de *Ayudante Técnico Sanitario*. \* *Orden Ministerial*, de 4 de Julio de 1955, dispone las normas para el ingreso y funcionamiento de las Escuelas de ATS, y el *plan de estudios* (3 años académicos). \* *Decreto*, de 26 de Julio de 1956, regula las *funciones* del ATS. \* *Decreto* 2319/1960, del 17 de noviembre de 1960, establece la competencia profesional del ATS.

La unificación en ATS, motivada por las necesidades sanitarias del momento para dar cobertura al desarrollo hospitalario, no fue bien acogida por ninguna de las partes implicadas. Además supuso un claro retroceso en el rumbo de la enfermería española, por la subordinación que lleva aparejado el término de "Ayudante", con un enfoque eminentemente biomédico.

La enseñanza de ATS refleja claramente la época franquista, con un claro repliegue del desarrollo de la mujer, marcando una diferencia de formación en función del género: las mujeres estu-

diaban internas en las escuelas y se formaban en “enseñanzas del hogar”, mientras los hombres cursaban “Autopsia médico-legal” y no estaban internos.<sup>(5)</sup>

\**Ley General de Educación* 14/ 1970. \**Real Decreto* 2128/77, de 23 de julio, integra en la Universidad los estudios de ATS, transformando las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en *Escuelas Universitarias de Enfermería*. \**Orden Ministerial*, de 31 de octubre de 1977, establece las directrices para la elaboración de los *planes de estudio* para los Diplomados Universitarios en Enfermería.

La transición democrática fomenta esta integración, siendo un punto clave en el paso de una *etapa técnica* a una *profesional*. Se abre la puerta al desarrollo de la carrera docente enfermera, permitiendo una visión más integral de los cuidados de enfermería. Y comenzando a romper los hilos que nos mantenían supeditados.<sup>(6) (7)</sup>

\**Orden*, 28 de febrero de 1985, establece los órganos de dirección de los hospitales, surgiendo las Direcciones de Enfermería y los nuevos modelos de gestión.<sup>(8)</sup>

\**Ley General de Sanidad*, 14/1986, de 25 abril, garantiza el derecho la protección de la salud, crea el SNS y un nuevo nivel de atención: la Atención Primaria (AP).

Dentro de los equipos de atención primaria la enfermería pasa a ser una pieza clave, y se le reconoce como miembro autónomo con competencias propias.<sup>(9)</sup>

\**Ley* 44/2003, *LOPS*, de 21 de noviembre, regula el ejercicio de la enfermería como profesión, define y determina sus competencias.

Esta ley hace realidad la *capacidad facultativa* de las enfermeras, tanto profesional como jurídica, equiparándolas al mismo nivel que otras profesiones, y proclamando una identidad propia.<sup>(10)</sup>

\**Real Decreto* 450/2005, de 22 de abril, establece las *Especialidades de Enfermería*, creadas en aras de una mayor eficiencia en la planificación sanitaria, pero a día de hoy todavía sin desarrollar completamente.

\**Real Decreto* 1393/2007, de 29 de octubre, *Plan Bolonia*, ordenación de las enseñanzas universitarias: Grado, Máster, Doctorado.

Estos niveles académicos contribuyen al aumento de un cuerpo propio de conocimientos, impulsando la investigación y aplicando el proceso enfermero en la gestión clínica de los cuidados. Permitiendo llegar al Doctorado desde nuestra propia disciplina, abriéndose así nuevos caminos de progreso, educando para investigar con el fomento del pensamiento crítico.<sup>(11)</sup>

\**Real Decreto* 1093/2010, de 3 de septiembre, aprueba el Conjunto Mínimo de Datos de los Informes Clínicos, y por tanto la obligatoriedad de expresar los cuidados de enfermería con la terminología Nanda-Noc-Nic, como juicio de la práctica clínica.

\**Proyecto Real Decreto*, marzo 2015, aprobado por Consejo Interterritorial. Regulará la prescripción enfermera: el uso, autorización e indicación de medicamentos.

## CONCLUSIONES

La enfermería española, aún estando marcada por el conflicto de identidad profesional en su historia reciente, ha alcanzado un plano de igualdad con otras disciplinas, un pleno desarrollo académico, una reconocida capacidad facultativa y un o reconocimiento social.

Pero la profesión no ha avanzado al ritmo de la disciplina, existiendo un claro distanciamiento y contradicción entre lo que se enseña en la Universidad y la practica asistencial. Solo si conseguimos unir el desarrollo disciplinar con la practica enfermera encontraremos nuestra propia identidad.

La enfermería es capaz de desarrollarse por sí misma para conseguir la plena autonomía. Debemos tomar conciencia de la importancia de crear estrategias para el desarrollo de habilidades de investigación, debiendo implicarse en ello todos los estamentos: los propios profesionales, líderes, direcciones, colegios, organizaciones y agentes políticos.

*No estamos donde queremos llegar,  
no estamos donde vamos a llegar,  
pero estamos lejos de donde estuvimos.*

Martin Luther King

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Lopez Montesinos, M<sup>a</sup>J. *Revisión cronológica de la enseñanza de enfermería en España*. Enfermería Global. 2004; 5.
- 2 González Canalejo, C. *Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a cuestión social (1857-1936)*. Dynamis. 2007; 27: 211-235.
- 3 González Iglesias, ME.; Amezcua, M.; Siles González, J. *El título de enfermera en España a través del análisis documental: el caso de las Siervas de María, Ministras de los enfermos*. Temperamentvn. 2010; 12.
- 4 Calvo Calvo, MA. *La reacción de los practicantes frente a la creación del título de enfermera*. Dynamis. 2014; 34 (2): pp 425-446.
- 5 Sellan, MC. *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería Española Contemporánea*. 2<sup>a</sup> Ed. Madrid: FUDEN; 2010.
- 6 Mompert García, MP. *Rebelión en las aulas. De las Escuelas de ATS a las Universitarias de Enfermería*. Revista Rol de Enfermería. 2004; 27(10): pp 6-16.
- 7 Caviedes López, V. *Rol profesional enfermero. Cambios más significativos en el siglo XX*. Nuberos Científica. 2014; 2 (12): pp 42-49
- 8 Martínez Cadaya, N; Fernández Fernández, M<sup>a</sup>L. *El rol enfermero. Cambios más significativos entre ayudante técnico sanitario y diplomado universitario en Enfermería*. Cultura de los Cuidados. 2012; 16, 33.
- 9 Alberdi, RM. *Atención Primaria de Salud: un camino para la enfermería española*. Rol de Enfermería. 1984; VII (72-73): pp 34-38.
- 10 Martínez, JR. *Salir del armario. La difícil decisión de asumir una nueva identidad. De ATS a enfermera*. Rol de Enfermería. 2004; 27 (10): 698-704.
- 11 Hernández Zambrano, SM. *Formación de espíritus científicos en Enfermería: gestando líderes de una transformación necesaria*. Index de Enfermería. 2014; 23 (3): 121-123.





# “GUÁRDAME UN SECRETO”

## *Save me a secret*

Rosa María Nieves García

Lorena Oterino Faundez

María Cayón Díaz

Hospital Sierrallana-Tres Mares.Torrelavega. Cantabria

**PALABRAS CLAVE:** Ética en Enfermería, Historia de enfermería, Confidencialidad.

**KEY WORDS:** Ethics nursing, History of nursing, Confidentiality.

**RESUMEN:** El Secreto Profesional Enfermero surge del compromiso moral de no revelar la información obtenida en su relación con el paciente. Es deber del profesional preservar su derecho fundamental a la intimidad.

Las primeras referencias al secreto profesional enfermero son alrededor del siglo XIX pues en épocas anteriores nuestra profesión no gozaba de reconocimiento social y carecía de un cuerpo propio de conocimiento.

El Secreto Profesional implica un compromiso de responsabilidad profesional y su incumplimiento puede conllevar una sanción por parte de la organización colegial y su vulneración está penada por la ley.

**ABSTRACT:** The Secret Professional Nurse arises from moral commitment not to disclose information obtained in their relationship with the patient. It is the duty of professional preserving their fundamental right to privacy.

The first references to secrecy around the nurse are as in earlier times our profession did not enjoy social recognition and lacked a body of knowledge nineteenth century.

The Professional Secret involves a commitment to professional responsibility and failure to comply may result in a sanction by the professional association and its violation is also punishable by law.

## OBJETIVO

Describir la evolución histórica del Secreto profesional enfermero y la importancia de su cumplimiento en el ejercicio de la profesión.

## METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en las principales bases de datos: Dialnet, Pubmed, Cuiden, Elsevier.

## INTRODUCCIÓN

La confidencialidad supone uno de los pilares éticos y legales de las profesiones sanitarias.

El Secreto Profesional Enfermero surge del compromiso moral de no revelar la información obtenida en su relación con el paciente. Es el deber de preservar el derecho fundamental a la intimidad del mismo.

La primera referencia que tenemos sobre Secreto profesional sanitario es el Juramento Hipocrático redactado en el año 500 a.c (primer código ético médico).

Su cumplimiento es un deber que tienen los enfermeros/as fundamentado:

1. Normas éticas o Deontológicas: Código Deontológico que rige las normas de comportamiento a nivel profesional.
2. Normas legislativas: relacionado con la protección de los derechos del paciente (datos, intimidad, etc).

## REPASO HISTÓRICO DEL SECRETO PROFESIONAL ENFERMERO:

### 1) Influencias desde el punto de vista ÉTICO-MORAL:

Históricamente se habla de una "etapa religiosa": los cuidados de enfermos estaban principalmente en manos de órdenes religiosas cuya moralidad y eticidad se considera inherente a la persona que dispensa dicho cuidado.

Posteriormente la enfermería vivió su "época oscura", fue una etapa de decadencia en la que las órdenes religiosas pierden la potestad de los cuidados que recae sobre las clases sociales más desfavorecidas. Se hace referencia a esta época en el Diccionario de ciencias médicas 1824:

*"Las personas que se dedican a la profesión de enfermero o de asistente suelen ser pobres, achacosos o de alguna edad, sin educación, llenos de las preocupaciones más groseras, como también de toda presunción de la ignorancia, y muchas veces sujetos a vicios".<sup>1</sup>*

Es en la denominada "etapa de profesionalización" cuando encontramos las primeras referencias a la confidencialidad y las primeras pinceladas de un código ético enfermero, en el "Juramento para enfermeras de Florence Nightingale". Este juramento fue redactado en 1893 por Lystra E. Gretter y una Comisión del Colegio Farrand del Hospital Harper de Detroit, aunque por ser Florence Nightingale su inspiradora, lleva su nombre.<sup>2</sup>

En las escuelas Nightingale era un requisito indispensable una conducta moral intachable.

El primer código de ética en enfermería fue publicado por la ANA (Asociation Nursing American en 1950.<sup>4</sup>

En 1953 se retoma la elaboración del primer código ético Internacional de enfermería por el Consejo Internacional, cuyo desarrollo se había iniciado en 1923 en Canadá paralizándose debido a la segunda guerra mundial.

En este código se continua garantizando la confidencialidad enfermera en su capítulo "La enfermera y el individuo".<sup>5</sup>



Longfellow, Henry Wadsworth. “A Florence Nightingale.” *Index de Enfermería* 19.1 (2010):70

### “JURAMENTO PARA ENFERMERAS DE FLORENCE NIGHINGALE” 1893.

*Juro ante Dios y teniendo por testigos a los aquí presentes, ayudar a las personas a desarrollar su capacidad de alcanzar una vida plena, ya sea promoviendo la salud o ayudando a restaurarla.*

*Juro brindar mis servicios situada en una visión integral del hombre, abarcando por igual su dignidad y su derecho al bienestar.*

***Juro no transgredir el derecho de mis pacientes, a su privacidad y confidencialidad, reconociendo que la intimidad del ser humano constituye uno de sus valores más preciados.***

*En el desempeño de mi profesión, me abstendré de todo tipo de discriminación, referente a ideología, religión o creencia, raza o nacionalidad, sexo, enfermedad o minusvalía de las personas.*

*Juro poner todo mi esfuerzo y conocimiento en brindar cuidados de la más alta calidad, en las distintas etapas de la vida de mis pacientes, hasta en sus últimos días” .<sup>3</sup>*

*"La enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba, y utilizará la mayor discreción para compartirla cuando sea necesario"*<sup>6</sup>

Este código ha sido objeto de posteriores revisiones.

En 1989 se crea el primer Código Deontológico de la enfermería española, tratándose el Secreto Profesional en su Capítulo III, en tres de sus artículos:

Artículo 19: *"La Enfermera/ro guardara en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo"*.

Artículo 20: *"La Enfermera/ro informará paciente de los límites del secreto profesional y no adquirirá compromisos bajo secreto que entrañen malicia o dañen a terceros o a un bien público"*.

Artículo 21: *"Cuando la Enfermera/ro se ve obligado a romper el secreto profesional por motivos legales no debe olvidar que moralmente, su primera preocupación ha de ser la seguridad del paciente y procurará reducir al mínimo indispensable la cantidad de información revelada y el número de personas que participen del secreto"*<sup>7</sup>.

El Código Deontológico reseña la importancia de salvaguardar los Derechos Humanos.

## 2) Influencias desde el punto de vista LEGAL:

La intimidad es un derecho intrínseco al ser humano catalogado como derecho fundamental por nuestra constitución y respaldado a lo largo de la historia por los siguientes documentos:

1. En 1948 tiene lugar la Declaración Universal de Derechos Humanos donde se pone de manifiesto el derecho a la protección de la intimidad de las personas en su artículo 12:

*"Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra y reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques"*.<sup>8</sup>

2. *Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre* de protección de datos de carácter personal.

### Artículo 1. Objeto

*"La presente Ley Orgánica tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar"*<sup>9</sup>

Esta ley está fundamentada en el artículo 18.1 de la Constitución Española: *"se garantiza el derecho al honor, la intimidad personal y familiar y a la propia imagen"*.<sup>10</sup>

3. *Ley 41/2002, 14 Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.*

Capítulo III: Derecho a la intimidad.

Artículo 7. El derecho a la intimidad.

1. *"Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley"*

2. *"Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes."*

El incumplimiento del Secreto Profesional puede conllevar sanción por parte del Colegio profesional en virtud de su código deontológico y su vulneración está penada por la ley: artículo 199 del código penal:<sup>12</sup>

1. “*El que revelare secretos ajenos de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de una a tres años y multa de seis a doce meses*”.
2. “*El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años*”

## CONCLUSIONES

- Las principales referencias que encontramos sobre el secreto profesional enfermero son alrededor del siglo XIX, pues en épocas anteriores la profesión enfermera no gozaba de reconocimiento social ni de un cuerpo propio de conocimientos.
- El Secreto Profesional implica un compromiso de responsabilidad profesional.
- El incumplimiento del Secreto Profesional puede conllevar sanción por parte del Colegio profesional y su vulneración está penada por la ley.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario de ciencias médicas, por una sociedad de los más célebres profesores de Europa. Traducido al castellano por varios facultativos de esta corte. Madrid, imprenta de don Mateo Repullés, 1824; Tomo XX: 47-50.
2. Mariblanca, M.J.C., Torresano, B., Moreno, M.R.G., & Pogranyivá, A.H. Florence Nightingale y el contexto histórico sociocultural de su época. *Revista de enfermería y humanidades*, 2005; (18):24-33.
3. Young, P., Hortis De Smith, V., Chambi, M. C., & Finn, B. C. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Revista médica de Chile*, 2011; 139(6): 807-813.
4. Burgos Moreno, M., & Paravic Klijn, T. Enfermería como profesión. *Revista Cubana de Enfermería*, 2009; 25(1-2): 0-0.
5. Pinilla, N.P. Bioética en Enfermería. *Cuadernos de Bioética*. 1998; 9(36):815-821.
6. Código deontológico del CIE para la profesión enfermera [internet]. Ginebra, Suiza [citado el 31 Mar. de 2015]. Disponible desde: <http://www.ee.lafe.san.gva.es/pdfs/incodesp.pdf>.
7. de Enfermería, Consejo General. “Código Deontológico de la Enfermería española”. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería. 1998.
8. Declaración universal de los derechos humanos. Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, 10 de diciembre de 1948.
9. del Estado, B. O. (1999). Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *BOE*, 298, 43088-99.
10. *La Constitución Española, 31 de Octubre de 1978*.
11. De España, J.C.I.R. Ley 41/2002, de 14 Noviembre Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *BOE*, 274/2002 de 15 de Noviembre de 2002.
12. Jiménez, J.J.Q. Derecho penal español: parte esencial. JM Bosch, 1992: 311-312.



# CONCEPCIÓN ARENAL Y LA VOZ DE LA CARIDAD: UNA LÍDER SOCIOSANITARIA DEL SIGLO XIX

## *Concepcion Arenal and The Voice of Charity: a social and health leader of 19th Century*

Néstor Serrano Fuentes

Plymouth Hospitals NHS Trust, Reino Unido

Carmen Chamizo Vega

Unidad Docente Multidisciplinar del Principado de Asturias, Centro de Salud de Montevil, Gijón, España.

**PALABRAS CLAVE:** Historia de la enfermería, salud pública, Cruz Roja.

**KEY WORDS:** Nursing History, public health, Red Cross.

**RESUMEN:** El objetivo principal es conocer la aportación y repercusión de Concepción Arenal en el ámbito sociosanitario español del siglo XIX a través de la revista La Voz de la Caridad. Nominada Secretaria General de la Cruz Roja de la Sección de Señoras en 1871, denunció la situación de los más marginados a nivel social mientras ejercía como cuidadora en conflictos bélicos. Así, planteó la reforma de la beneficencia centrándose en el marco de los determinantes de la salud. Esta actitud innovadora se vio desarrollada gracias, en parte, al contacto que tuvo a nivel internacional con un grupo de intelectuales.

**ABSTRACT:** The main objective is to meet Concepcion Arenal's contribution and impact in Spanish social and health care field in 19th century through The Voice of Charity magazine. She was named General Secretary of Ladies' Red Cross Section in 1871 and she denounced the situation of marginalized people, while she was serving as a caregiver in war. Thus, she raised beneficence reform focusing on health determinants framework. This innovative approach was developed, in part, due to the international contact that she had with a group of intellectuals.



## INTRODUCCIÓN

Existen personas relevantes de nuestra historia en España que fueron coetáneos a Florence Nightingale y que transmitieron conceptos de filantropía y cuidados a la sociedad moderna que han sido poco estudiados desde la perspectiva de enfermería. Excluidas de la educación intelectual formal, de la política y del trabajo remunerado, las iniciativas filantrópicas eran una de las pocas actividades que tenían las mujeres de clase alta/media del siglo XIX para desarrollarse fuera del hogar. Una de las líderes de este movimiento moral y ético fue la escritora y pensadora Concepción Arenal. La vida de Concepción Arenal Ponte (1820-1893) transcurrió en una España inmersa en grandezas, miserias e inestabilidad política y social<sup>1</sup>. Nombrada Secretaria General de la Cruz Roja de la Sección de Señoras en 1871, denunció la situación de los más marginados a nivel social a través de sus escritos en la revista *La Voz de la Caridad* mientras ejercía como cuidadora en conflictos bélicos.

## OBJETIVOS

Conocer la aportación y repercusión de Concepción Arenal en el ámbito sociosanitario español del siglo XIX a través de la revista *La Voz de la Caridad*.

## METODOLOGÍA

Desde un paradigma cualitativo se abordó el estudio con un enfoque histórico, hermenéutico y crítico.

## FUENTES

Se utilizaron fuentes primarias, en concreto, ejemplares originales de la revista *La Voz de la Caridad* publicados entre los años 1874-1876 consultados en el archivo personal de la familia Gómez de Enterría (Potes, Cantabria). Además, se establece contacto con el Archivo Histórico de la Cruz Roja Internacional (ICRI) y la Biblioteca Pública de Ginebra, Suiza.

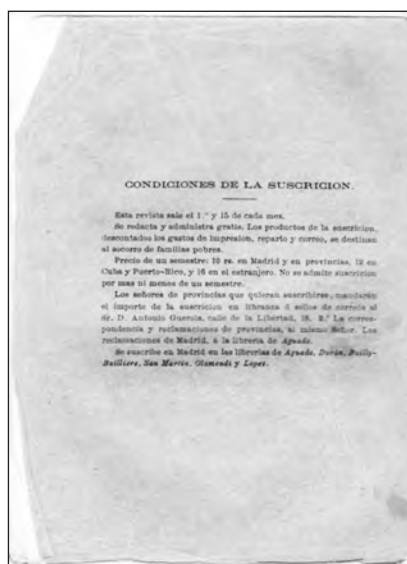
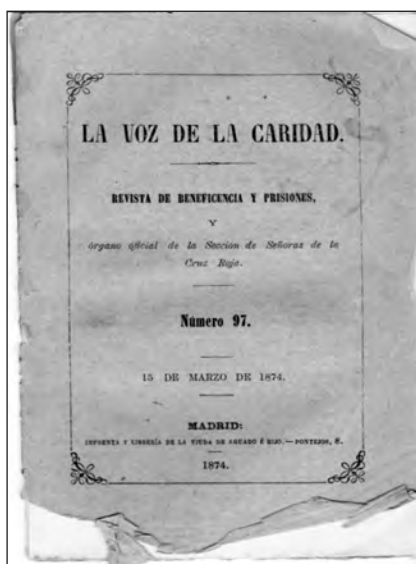
## EXPOSICIÓN DE RESULTADOS

La historia de vida de Concepción Arenal revela varios caminos que conformaron con especial relevancia su obra y activismo: la cuestión social, la cuestión penitenciaria y el enfoque de género todo ello desde un pensamiento reformista ilustrado basado en los principios de libertad, justicia y caridad. Dedicando su vida a la reivindicación de los más marginados, se planteó la reforma de la beneficencia intentando modificar las conductas de la salud comunitaria centrándose en lo que hoy se conoce como determinantes de la salud.

Una fecha clave en su historia de vida es el 15 de marzo de 1870, cuando aparece el primer número de *La Voz de la Caridad*, revista que supuso gran parte de su labor periodística<sup>2</sup>. Durante los 14 años en que se publicó, estuvo dedicada a denunciar y combatir cuantas inmoralidades e injusticias veían sus editores: Don Antonio Guerola y la propia Concepción<sup>3</sup>. Así, una de las temáticas más importantes es la defensa de la Cruz Roja.

Durante la 3ª Guerra Carlista (1873/1875), Concepción Arenal dirigió el Hospital de sangre de Miranda de Ebro y Cenicerio mientras atendía a los heridos y denunciaba lo vivido escribiendo<sup>2</sup>. Datan de entonces sus relatos "Cuadros de la Guerra" reflejados en esta revista. Y es que los heridos en guerra formaban parte de ese grupo de marginados que consideraba Arenal: "[...] enfermo, muerto o herido, soy una baja temporal o definitiva, paso revista en uno o en otro concepto; ¿qué le importa a nadie si sufro horriblemente en el hospital, o si muero en la carretera que me conduce a

él? Al hacer los estados del mes, figuro en una u otra casilla, y nada más"<sup>4</sup>. También hacía distinción entre herido y enfermo y reclamaba que no se olvidaran de este último: "Hay una desventurada víctima de la guerra que no inspira interés ni da compasión; nadie para ella pide ni proporciona socorros; cuando cae ninguno se apresura a levantarla; y por delante de su cama pasan sin detenerse los que visitan el hospital y los que van a distribuir donativos. Es notable la expresión de los oficiales o jefes militares cuando se dirigen a su cama y se apartan sin llegar, al saber que no es herido. Esta pobre y no compadecida víctima es el soldado enfermo. Convendría que en los futuros congresos internacionales de La Cruz Roja, la asociación para socorro de los militares heridos, añadiese: Y ENFERMOS en campaña"<sup>5</sup>.



Portada y contraportada de la revista *La Voz de la Caridad*, n.º97, 15 de marzo de 1874.

Para Concepción Arenal, otro grupo marginado y excluido socialmente fue el de las mujeres. Las mujeres de clase media/alta del s. XIX, excluidas de la educación intelectual formal, de la política y del trabajo remunerado, solo les quedaba dedicarse a las iniciativas filantrópicas para desarrollarse fuera del hogar<sup>6</sup>. Así, el gran objetivo de Arenal era transformar a la mujer de casa en una mujer fuerte por medio de la educación y, para ello, era necesaria la liberación de la mujer en relación con las tareas domésticas. Defendió una educación integral incluyendo a la mujer en los estudios universitarios, trabajo y vida social, despertando la conciencia del hombre y el cambio de mentalidad de la época: "No hay salvación fuera de la ciencia, del conocimiento necesario en todos los hombres, para que la sociedad sea un organismo armónico"<sup>7</sup>. En 1871, durante la Guerra Carlista, Concepción fue nombrada Secretaria General de la Cruz Roja de Madrid, en la Sección de Señoras convirtiéndose en la impulsora de la rama femenina de esta organización. Así, por ejemplo, hizo un llamamiento a las mujeres para que ayudasen en el cuidado de los heridos: "¡Y vosotras mujeres, sexo piadoso y amante, mientras los hombres se levantan en armas elevad vuestra alma a esas regiones serenas, donde se halla excusa para todas las faltas y compasión para todos los dolores! Acudid con vuestro vendaje para los heridos, con vuestro ruego piadoso para desarmar la cólera implacable; fraternizad con todos los que sufren"<sup>2</sup>. Por otro lado, tanto ella

como su Asociación de Señoras fueron organizando los primeros servicios eficaces de la Sanidad Militar. De esta manera consiguieron la primera ambulancia de ruedas (hasta entonces los heridos españoles eran llevados a hombros o en carretas)<sup>2</sup>. Concepción encargó la construcción de dos en París, con los fondos de la Sociedad de Socorro a Españoles, siendo estrenadas en 1876 con el traslado del General Primo de Rivera y el Coronel Delgado<sup>2</sup>. El doctor Nicasio Landa escribiría una carta en agradecimiento por esta aportación: "Exma. Señora Presidenta y Señoras de la sección central de la Cruz Roja- Somorrostro 30 de abril de 1874.- La hermosa ambulancia que su caridad ha puesto al servicio de los pobrecitos heridos de estos ejércitos, se encuentra desde hace tres días en el puesto de honor, delante del hospital central de sangre establecido en el palacio Villarias"<sup>8</sup>. Otra tarea que realizaron las mujeres fue recoger objetos que proporcionaban los ciudadanos para repartirlos en las zonas de guerra, como vendajes, mantas, pantalones, etc<sup>9</sup>.

Concepción se preocupa por los factores socioeconómicos (pobreza, ignorancia, exclusión social, etc.), pero como se verá a continuación también se fijó en la calidad del entorno y en la calidad del sistema sanitario. Es por ello, que Concepción fue una cuidadora adscrita a la corriente higienista o de relación con el entorno, pero, más aún, a la de los cuidados humanistas teniendo como base la preocupación por aquellos determinantes de la salud que producían las carencias de la sociedad. Sobre todo, se centraría en dos aspectos muy concretos: entorno y cuidados. Por ejemplo, defendió un modelo de recuperación mediante el entorno. Véanse algunos ejemplos a continuación: "[...] ocupan lugares lóbregos, húmedos, reducidos, faltos en fin de toda condición higiénica. Carecen de cama y de vestido, y para cubrir su desnudez se implora, muchas veces en vano, la caridad pública. Hay casos de enfermos graves, hasta el punto de administrárseles los sacramentos, cuya cama es el suelo, mullido solamente con algún mugriento harapo, por no haber enfermería en la cárcel, ni sala de presos en el hospital... con ser tan malo el estado de nuestros presidios, es todavía peor el de nuestras cárceles; las causas son varias, una de ellas es que dependen de los municipios por un error de los más deplorables que ha llevado la descentralización precisamente a donde no debiera ir"<sup>10</sup>, "¿Dónde habrá techo para guarecer de la intemperie, ni ropa para vestir, ni lumbre para calentar a tanto pobre aterido como amenaza la proximidad del invierno?"<sup>11</sup>, "Con qué dolor se sabe la carencia total de algunos alimentos, la escasez de otros, la carestía de todos... ¡qué pena recordar que el anciano inapetente se extenua con aquel alimento poco sustancioso y que le repugna: que la mujer recién parida carece de lo más indispensable para reparar sus fuerzas; que el niño llora pidiendo el pan que es imposible darle, y que el enfermo muere por no haber tenido aquellas sustancias nutritivas y de fácil digestión que hubieran podido salvarle"<sup>12</sup>. Respecto a los cuidados siguió la idea de amor por el ser humano y estableció que la acción enfermera se ejerce en un clima de interacción enfermera-paciente. Así, denunció las malas prácticas de enfermeros y practicantes de su época: "[...] el enfermero, no conociendo tan perfectamente como debiera los enfermos prescribe un alimento, suelen dárselo a otro, y que los mozos, zafios y bruscos como suelen serlo todos, manejan y tratan a los enfermos con la misma desenvoltura y falta del necesario cuidado, como si todos ellos fueran costales de paja..."<sup>13</sup>, "pero ya sabe V. lo que dicen de ese hospital; que es un horrible foco de infección la sala de Viroentos; que no los cuidan ni vigilan. Uno ha aparecido muerto en el escusado; otro en su delirio se ha salido de la cama y de la casa, llegando hasta la fuente; otro se ha tirado por la ventana y se ha estrellado; todos se quejan de la mala asistencia; esa casa, con razón o sin ella, inspira a los enfermos una especie de terror"<sup>14</sup>.

En sus escritos se puede observar cómo utilizó el paradigma de enfermería (persona- salud-entorno-cuidado) considerando el holismo, el bienestar social y la higiene como ejes de su discurso pudiendo decir que Concepción Arenal utiliza el marco teórico de Florence Nightingale.

A pesar de haber vivido la misma época, no hay pruebas de que ambas teóricas hayan estado en contacto. Sin embargo, sí que hay pruebas que demuestran el papel importante que ejercía Concepción Arenal fuera de las fronteras españolas, siendo nombrada para ocupar puestos de honor en congresos internacionales, así es el caso del Congreso Internacional de la Federación Abolicionista celebrado del 17 al 23 de septiembre de 1877 en Ginebra, Suiza<sup>15</sup>; finalmente, no asistiría, siendo el único representante Manuel Ruiz Zorrilla<sup>16</sup>. Y es que Concepción nunca salió de su país, lo que sugiere que mantuvo contacto con personalidades internacionales a través de correo ordinario. Así se demuestra en este pequeño extracto escrito en francés: "Lors des Congrès pénitentiaires, un fauteuil d'honneur était toujours réservé a Concepción Arenal qui ne l'occupe jamais n'étant jamais sortie de son pays natal; et l'un des premiers soins des congressistes était de lui envoyer un télégramme de félicitations en même temps que de regret de ne pas la voir parmi eux"<sup>17</sup>.

## CONCLUSIONES

Los textos de Concepción Arenal encontrados en *La Voz de la Caridad* permiten profundizar en su biografía demostrando el pensamiento crítico de sus reflexiones escritas y el compromiso con la sociedad de su tiempo. Teórica y cuidadora adscrita a los cuidados humanistas, se convirtió en figura clave del desarrollo de conceptos básicos de la enfermería moderna en España. Esta actitud innovadora se vio desarrollada gracias, en parte, al contacto que tuvo a nivel internacional con otras personalidades, aunque nunca llegó a salir de su propio país.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Montero ME. Revisión de las ideas morales y políticas de Concepción Arenal [tesis doctoral]. Madrid; 2002: 342. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/der/ucm-t26081.pdf>
2. Salas Iglesias, Pedro Manuel. La influencia de Concepción Arenal en las reformas sociales y sanitarias del s.XIX. Un enfoque histórico desde la perspectiva de los cuidados de Enfermería [tesis doctoral]. Alicante; 2008: 351.
3. Campo Alange ML. Concepción Arenal (1820-1893): Estudio biográfico documental. Ediciones de la Revista de Occidente. Madrid; 1973.
4. Arenal C. Cuadros de la guerra. Obras Completas. Vol. XXIII. Madrid: Victoriano Suárez; 1913: 52.
5. Arenal C. Cuadros de guerra. *La Voz de la Caridad*. Madrid: Imprenta y librería de la viuda de Aguado e hijo; 1875; (129): 141.
6. Aróstegui Sánchez J, García Sebastián M, Gatell Arimont C, Palafox Gamir J, Risques Corbella M. Historia. 1ªed. Barcelona: Vicens Vivens; 2008.
7. Arenal C. El pauperismo II. Obras Completas. Vol. XVI. Madrid: Victoriano Suárez; 1897: 72. Versión digital disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com>
8. Arenal C. La caridad en la guerra. *La Voz de la Caridad*. Madrid: Imprenta y librería de la viuda de Aguado e hijo; 1874; (101): 68-9.
9. Arenal C. En nombre de los pobres. *La Voz de la Caridad*. Madrid: Imprenta y librería de la viuda de Aguado e hijo; 1874; (101): 65.
10. Arenal C. Estudios Penitenciarios I. Obras completas. Tomo V. Madrid: Victoriano Suárez; 1895: 52-3.
11. Arenal C. El otoño. *La Voz de la Caridad*. Madrid: Imprenta y librería de la viuda de Aguado e hijo; 1874; (112): 253.
12. Arenal C. Un sitiador que no levanta el sitio. *La Voz de la Caridad*. Madrid: Imprenta y librería de la viuda de Aguado e hijo; 1874; (101): 73.

13. Arenal C. Artículos sobre Beneficencia y Prisiones. Artículo III. El Hospital General de Madrid. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com>
14. Arenal C. Cuadros de la guerra. *La Voz de la Caridad*. Madrid: Imprenta y librería de la viuda de Aguado e hijo; 1875; (117): 330
15. International Abolitionist Federation. Fédération Britannique Continentale & Générale. Actes du Congrès de Genève 17-23 Septembre 1877. Bureau de Bulletin Bontinental. Neuchatel; 1878.
16. Guereña JL. La prostitución en la España Contemporánea. Marcial Pons, Ediciones de Historia. Madrid; 2003.
17. Vaillant R. Concepción Arenal. Instituto de las Españas de los Estados Unidos. Nueva York; 1926.

# LA ENFERMERÍA SANITARIA EN LOS BUQUES DE LA ARMADA (1895-1898)

## *Nursing at the Armada's ships*

Cruz Barrientos, A.  
Conde Mora, F.  
Núñez Núñez, A.

C.E.U. Salus Infirmorum de Cádiz adscrita a la UCA

**PALABRAS CLAVE:** Armada, Enfermería, Guerra de Cuba y Filipinas.

**KEY WORDS:** Navy, nurse, Cuba and filipines's war

**RESUMEN:** Describir y Analizar los materiales y actividades sanitarias de los Buques de la Armada en Cuba y Filipinas en los años 1895 y 1898. Para ello recurrimos a los Archivos de Guerra de la Marina Álvaro Bazán.

Los medios de los que disponen los buques de la Armada en el ámbito sanitario y los cuidados que estos dispensaban en situaciones de conflictos entre los años 1895 y 1898.

La situación tan precaria que sufrían los soldados heridos, así como la falta de medios en los lugares de conflictos en esta época, llevo al Estado Español a multiplicar los materiales sanitarios en los buques para satisfacer las necesidades infectocontagiosas de la zona y las heridas de guerra, tal como se describe en los archivos de la Armada.

**ABSTRACT:** To describe and analyze the materials and sanitary activities of Navy's ships in Cuba and the Philippines between 1895 and 1898. Archives of the Navy Álvaro Bazán and bibliographic review.

Means available to Navy's ships in health care and that these could be dispensed in situations conflict between 1895 and 1898.

The precarious situation suffered by injured soldiers and the lack of resources in places of conflict at this time, led to multiply the Spanish State sanitary materials on ships to meet the needs infectious disease of the area and war's injury.

En 1885 muere Alfonso XII de tuberculosis dando paso al reinado de Alfonso XIII precedido de la regencia de María Cristina de Habsburgo-Lorena

Los gobiernos de Cánovas y de Sagasta iban realizando sus tareas, legislando en temas como la libertad de expresión, las asociaciones o la prensa, pero el sistema político era irreal y se separaba cada vez más del pueblo, que pronto dejó de creer en la Restauración como solución a sus males.

Para la economía, estos primeros años de la Restauración, hasta 1898, significaron en cuanto a la población, un crecimiento un ritmo más lento y con una dinámica que ocasionó un movimiento del centro a la periferia, haciendo crecer enormemente a los núcleos con una industria más importante, como Barcelona y Bilbao. En este mismo periodo de finales de siglo la clase obrera y campesina veía que los partidos de izquierda y republicanos en los que habían confiado durante el Sexenio Revolucionario (1868-1874) se encontraban fuera de los juegos políticos y además divididos en marxistas y anarquistas.

España pierde Cuba, Filipinas y Puerto Rico; Cuba se rebeló contra España en el comienzo de la Guerra de los Diez Años en 1886, dando como resultado la abolición de la esclavitud en las colonias españolas. Los intereses estadounidenses en la Isla, junto con la preocupación por el pueblo de Cuba, empeoraron las relaciones entre Cuba y España. La explosión del USS Maine lanzó la Guerra de Cuba en 1898, en el que España sufrió un descalabro. Cuba obtuvo su independencia y España perdió sus últimas colonias.

Puerto Rico, junto con Guam y Las Filipinas fueron cedidos a los Estados Unidos por 20 millones de dólares. En 1899, España vendió su participación restantes de las islas del Pacífico, las Islas Marianas del Norte, Islas Carolinas y Palaos, a Alemania.

Todas estas situaciones, es fiel reflejo de la mala situación en la que se encontraban nuestros soldados, tal como se detalla en Historia política de la España Contemporánea, por Fernandez Almagro, M.

De ellas se denota como el mayor número de muertos no son por motivo bélico, sino principalmente son por enfermedades típicas de la zona.

Una zona para que los militares españoles no estaban adaptados, Clima Tropical, donde aparecen enfermedades tales como la Fiebre Amarilla, Beri Beri, El Paludismo, Disentería, Tuberculosis,...

Si a todo esto le añadimos una mala alimentación y una formación sanitaria insuficiente, el número de fallecidos se incrementaba notoriamente.

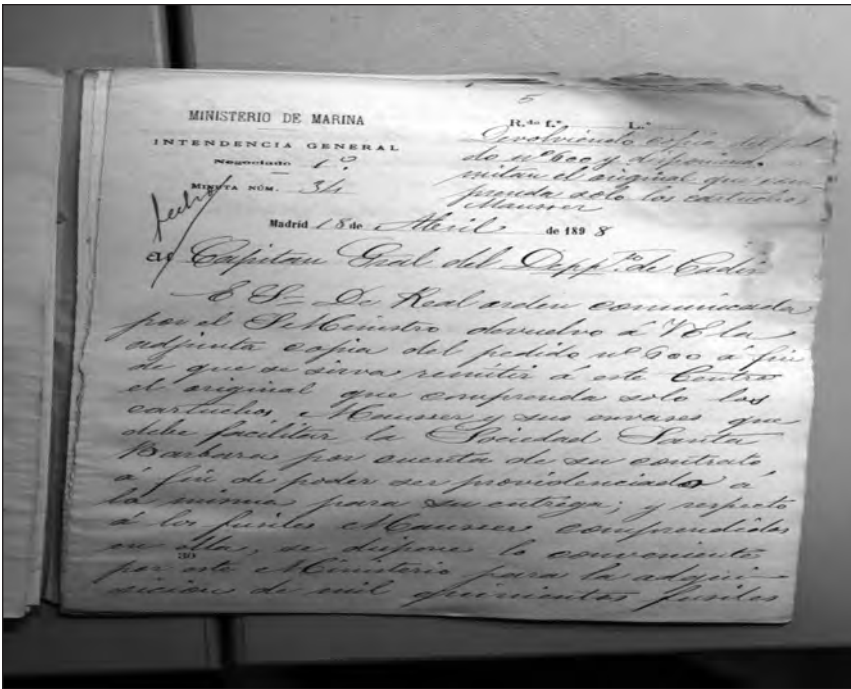
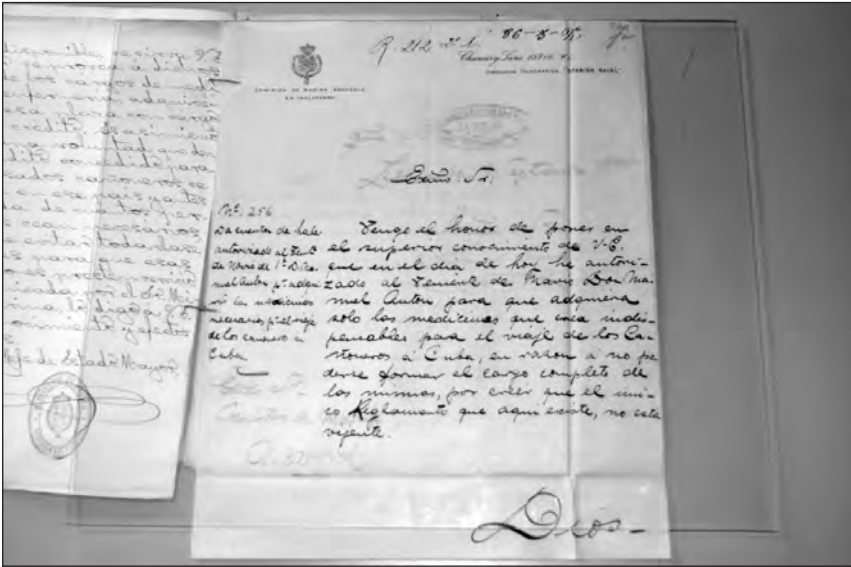
Desde el Ministerio de la Marina se desarrolla una continua comunicación entre el estado Español (Ministerio de la Marina), Comandancia General del Apostadero y Escuadra de Filipinas, División Naval, Comisión de Marina Española en Inglaterra y Capitanía General de Cadiz y el Ferrol, para expresar los materiales que deben aprovisionar que precisan los buques y su continua cambios en los suministros de materiales sanitarios en los buques que salen desde España en dirección a las Islas de Cuba y Filipinas.

En el Archivo de Guerra de la Marina Álvaro de Bazán, (AGMAB) se describe todo el material médico y quirúrgico designados para los buques de la División Naval de Las Carolinas Orientales (Filipinas) y especial mente el aumento en el numero del material, que de forma notoria, se incrementa en los buques desde 1885 al 1889, tal como se describe en los Archivos Álvaro Bazán (AGMAB) Legajo 406 foliado 795 y Legajo 8039 foliado 871-1153; "el inventario de los efectos de cargo del Medico y Practicante de la División Naval de Ponapé".

Los materiales quirúrgicos y médicos fueron transportados para los Destruyores Torpederos "Audaz", "Osado", "Proserpina", y "Plutón" y suministrados por la Capitanía General de Marina del Departamento del Ferrol (AGMAB, Legajo 411 f. 1-47).







# CONTRATACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE TRUJILLO EN 1894

## *Hiring healthcare staff at Hospital Municipal de Trujillo in 1894*

Santano Mogena, Esperanza

Hospital Virgen de Guadalupe, Cáceres

Rico Martín, Sergio

Universidad de Extremadura, Departamento de Enfermería, Cáceres

Solís Jara, José Manuel

Universidad de Extremadura, Departamento de Enfermería, Cáceres

**PALABRAS CLAVE:** Hospital, contratación, enfermería.

**KEY WORDS:** Hospital, hiring, nursing.

**RESUMEN:** Entre 1890-1894, la atención a los enfermos del Hospital fue realizada por las Hermanas Amantes de Jesús (1). Tras su cese (2,3), el Ayuntamiento publicó la oferta, de licitación privada, de varios de los suministros del Hospital, y ofertó varias plazas de profesionales sanitarios (4). Se contrataron enfermero y enfermera (2,5). Ambos, con experiencia en el puesto, estando bajo las órdenes del contratista de estancias y se encargarían de la asistencia, cuidado y aseo de los enfermos; limpieza del establecimiento; entrega y recepción de la ropa del hospital y de las funciones de demandadero, recibiendo el haber de una peseta y 25 céntimos diarios (3).

**ABSTRACT:** From 1890 to 1894, healthcare provided was run by the religious order "Hermanas Amantes de Jesús" (Sisters Lovers of Jesus) (1). After the Sisters ceased their work (2,3), the municipality felt obliged to publish a call for a private tender for various of their supplies and offered different job positions for healthcare professionals (4). A male and a female nurse were hired (2,5). Both had experience in their job, they worked under responsibility of a manager and were in charge of the assistance, care and hygiene of the sick; hospital cleaning; hospital linen handling; the positions of buyer /administrative assistant and physician, who earned 1,25 pesetas per day (3).

## INTRODUCCIÓN

En el siglo XIX, la muy noble y muy leal ciudad de Trujillo contaba con varios establecimientos destinados a la atención de enfermos, militares, pobres, transeúntes y niños expósito. Estos son el Hospital Municipal, la Casa Cuna, el Lazareto y el Asilo de Mendicidad. De todos ellos, el presente trabajo se centra en el Hospital Municipal o de la Concepción. Ubicado en la Plazuela de los Descalzos, catalogado de Municipal por la Real Orden de 1847, posteriormente, en 1867, la Iglesia cedió el edificio al Ayuntamiento para que pudiera continuar como Hospital.

El edificio, de dos plantas, contaba con las siguientes estancias: dormitorios, habitaciones de la demandadera, sala para los presos, sala de visitas, cocina, portería y varios almacenes, ubicadas en la planta baja; la sala de hombre, de mujeres, dos salas de enfermedades contagiosas, un comedor para convalecientes y celdas para las religiosas ubicadas en la planta principal.

En 1890 las Hermanas Amantes de Jesús y María Inmaculada se hacen cargo del servicio a los enfermos que se encontraban ingresados en el Hospital (1), para ello fue necesario realizar algunas reformas que permitieron adaptar el edificio tanto a su función como a sus nuevas inquilinas.

Los objetivos del trabajo son: describir los cambios producidos en la gestión del Hospital Municipal de Trujillo durante el año 1894 y las condiciones de contratación y funciones del personal sanitario, contratado por el Ayuntamiento, para la atender a los enfermos.

## MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio histórico-documental en el Archivo Municipal de la ciudad de Trujillo. La investigación se ha desarrollado durante los años 2014-2015. La información recogida en el presente trabajo, que hace referencia al Hospital Municipal, se ha obtenido a partir del fondo documental del Archivo Municipal de Trujillo.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 1. De los términos del contrato entre el Ayuntamiento y las religiosas.

En 1890 se redactó un contrato donde se recogieron los términos del acuerdo entre las religiosas y el Ayuntamiento (1). El Ayuntamiento cedería el edificio por tiempo ilimitado a las Hermanas, estando obligado a realizar las reformas que fueran necesarias; cubriría los gastos derivados de la asistencia a los enfermos; proveería, a las religiosas, de los utensilios y menaje necesarios para realizar dicha labor asistencial; pagaría los servicios de un enfermero y una enfermera y sostendría a cuatro Hermanas a las que pagaría una peseta diaria para sus gastos. Las religiosas, por su parte, se encargarían del cuidado y asistencia de los enfermos, aseo y conservación de las ropas y de los muebles del establecimiento, se les permitiría educar a un determinado número de niñas. Son, además, las responsables de la buena andanza y gobierno interior de la Casa.

*Este convenio será rescindible por ambas partes, con tal que la que desista avise á la otra con un año de anticipación.*

*Libro de Acuerdos de 1894.*

### 2. De las Hermanas Amantes de Jesús y su renuncia

Las religiosas se encargaron de la atención a los enfermos del Hospital Municipal desde 1890 a Julio de 1894. En el año de 1894 se produjeron una serie de cambios cuyo resultado fue el cese de las Hermanas en sus funciones asistenciales y docentes. Esta renuncia, que tuvo lugar el 7 de Julio de 1894 (2,3), se produce por la confluencia de varias circunstancias: la negativa de la Corporación Local a abonar las estancias de los enfermos del Hospital, que no estuvieran debidamente justifi-

cadás; el despido de varios trabajadores del Hospital y la modificación en las bases que regulaban el contrato que existía entre el Ayuntamiento y las religiosas.

Los acontecimientos se desarrollaron de la siguiente manera: en Febrero, las Hermanas son informadas, de que el Ayuntamiento, no abonaría ninguna estancia de ningún enfermo que no estuviese debidamente autorizada (3), se insta a Sor Concepción, Superiora de las Hermanas, a que ponga en conocimiento de la Secretaría del Ayuntamiento todas los cambios que ocurren en el Hospital; en Marzo, el Ayuntamiento toma la decisión de despedir a Felipe Gimenez Bernal, enfermero interino desde el 3 de diciembre de 1893, "...por no conceptuar necesarios los servicios de dicho empleado temporal. ....se le liquidarán y satisfaran los haberes devengados desde aquella fecha á razon de una peseta y cinco céntimos diarios..."; se despide a Gabriela Quiles, nodriza, por varias quejas, basadas en la falta de lactancia de los niños de la Casa-cuna (2), contratándose en su lugar a Josefa Fernández, quién cuenta con el informe favorable de los médicos titulares (3); finalmente, en el mes de Abril, la Corporación acuerda el desahucio del contrato escrito con las Hermanas debido a las frecuentes quejas recibidas por la mala administración y asistencia que reciben los enfermos y por lo costoso que resulta, para las arcas públicas, dicha asistencia (2). En este momento, cuando el Presidente propone a la Corporación la necesidad de estudiar una nueva organización a nivel de régimen y administración para dicho establecimiento.

El 25 de Junio, La Corporación Local redactó un nuevo convenio que regiría la asistencia a los enfermos del Hospital por parte de las Hermanas, y entraría en vigor en Julio de 1894 (2).

Todos estos cambios, acontecidos en la primera mitad del año 1894, provocan que las Hermanas cesaran en sus funciones, como recogen las siguientes citas:

"...habiendo cesado en la administración del Hospital Municipal las Hermanas Amantes de Jesús. ....el día siete del corriente por no convenirlas continuar desempeñando los cargos que en el mismo tenían con las economías introducidas en el presupuesto del ejercicio corriente".

Libro de Acuerdos de 1894

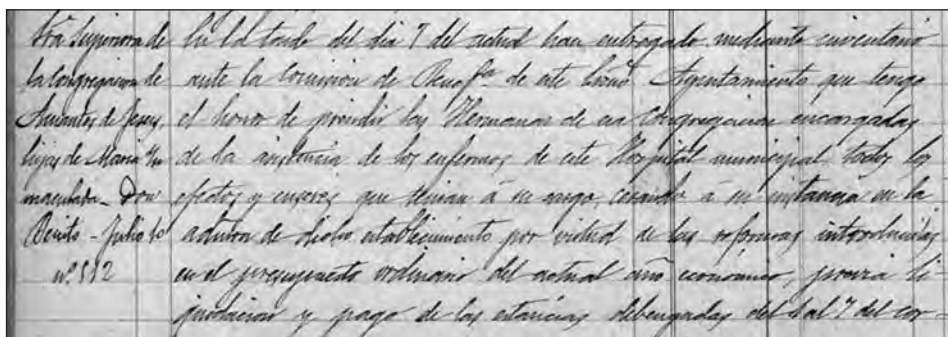


Imagen 1: Legajo 650.

"En la tarde el día 7 del actual han entregado mediante inventario... las Hermanas de esa Congregación encargadas de la asistencia de los enfermos de esta Hospital municipal, todos los efectos y enseres que tenían a su cargo, cesando a su instancia en la administración de dicho establecimiento por virtud de las reformas introducidas en el presupuesto ordinario del actual año económico..."

Legajo 650

### 3. De la nueva gestión del Hospital Municipal y el personal sanitario contratado

El Ayuntamiento, responsable del funcionamiento del Hospital tras el cese de las religiosas, decide sacar a subasta, en términos de licitación privada, varios de los servicios necesarios para su funcionamiento y sacar a concurso varias plazas de profesionales sanitarios (4).

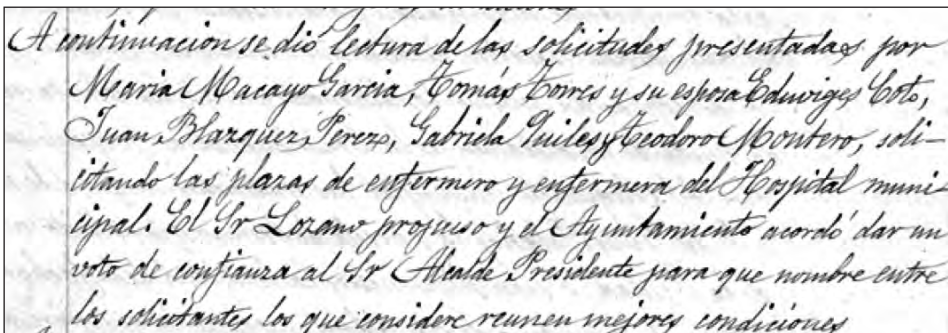
Así en la Junta celebrada el 9 de Julio se decide: "... la subasta en licitación privada de los servicios de suministro de estancias á los enfermos que existan en el Hospital municipal durante el año económico de 1894-95, además de la subasta de carbón vegetal, aceite de oliva y petróleo y surtido de sanguijuelas para el mismo...."

Elaboró y aprobó un Presupuesto y pliego de condiciones para el suministro de víveres y para las estancias de enfermos. Según el presupuesto se pagaría "por cada estancia de enfermos pobres que existan en el Hospital en la que va comprendida la alimentación ordinaria y la extraordinaria que prescribiere el Médico titular de servicio en el mismo, a excepción de las medicinas, 0,75 pesetas," por los enfermos militares, 1 peseta y "por los enfermos transeúntes, 0,63 pesetas (4).

Al contratista elegido se le exigía cumplir las siguientes condiciones: tener al corriente su cédula personal y haber satisfecho la cantidad de 136 pesetas; y estaba obligado a: "satisfacer el gasto que hayan causado las estancias habidas en el Hospital; llevar "un registro especial ... en el que se anotará diariamente las altas y bajas que se producen en el Hospital y las estancias que facilitará el contratista mediante papeleta diaria que firmaran el médico titular de turno y el contratista y que éste entregará"; "suministrar la alimentación ordinaria de cada estancia y cualquier extraordinaria que prescriba el Médico encargado de la asistencia de los enfermos, debiendo ser todos los alimentos que la constituyen de primera calidad", siendo el "encargado del condimento y preparación de las comidas de los enfermos"; de vivir dentro del mismo Hospital; realizar "la limpieza y el aseo del establecimiento auxiliado de los enfermeros"; desempeñar "el servicio de demandadero (de los enfermos y Médico Director en cuanto se refiera á la asistencia y cuidado de aquellos) ayudándole en este cargo los enfermeros, las horas que no necesite estar al inmediato servicio y vigilancia de los enfermos y "hara cumplir el reglamento de régimen interior (4).

Tras valorar los distintos proyectos, se adjudicó el suministro de estancias y el del alumbrado, a D Plácido Beato Pizarro y de sanguijuelas a D. Santiago Blanco

Se ofertó una plaza de enfermero y enfermera, nodriza, practicante de cirugía menor y matrona-partera. Para los puestos de enfermero y enfermera se presentaron un total de seis instancias (Imagen 2) (2, 5).



A continuación se dio lectura de las solicitudes presentadas por Maria Macayo Garcia, Tomas Torres y su esposa Eduviges Coto, Juan Blazquez Perez, Gabriela Quiles y Teodoro Montero, solicitando las plazas de enfermero y enfermera del Hospital municipal. El Sr. Lorenzo propuso y el Ayuntamiento acordó dar un voto de confianza al Sr. Alcalde Presidente para que nombre entre los solicitantes los que considere reúnen mejores condiciones

Imagen 2: Libro de Acuerdos 1894.

El Ayuntamiento resolvió contratar a: Teodoro Montero y María Macayo García en calidad de enfermero y enfermera respectivamente (4). Ambos contaban, al menos, con un año de experiencia en el puesto, experiencia que habían adquirido trabajando en el hospital, hecho que suponía una ventaja pues conocían las instalaciones y las normas de régimen interior, en definitiva el funcionamiento del establecimiento. Percibirían por su trabajo la cantidad de 1 peseta y 25 céntimos diarios y sus funciones, tal y como refleja el pliego de condiciones del suministro de estancias, serían: realizar la asistencia, aseo y cuidado de los enfermos, la limpieza y aseo del establecimiento, y el servicio de demandadero de los enfermos y el médico titular.

La plaza de nodriza del Torno de la Casa-cuna se asignó a María Fernández Rubio, en calidad de interina (3,5) y se ocuparía de la lactancia de los niños expósito.

La plaza de Practicante de Cirugía menor (5), para la asistencia gratuita de los vecinos pobres del mismo, ofertada en el Arrabal de Belén, fue asignada a Manuel Cornejo Soletto, percibiría por dicho trabajo 300 pesetas anuales (3), unos 82 céntimos diarios, este salario es un 33% inferior al que cobrarían los enfermeros. Esta plaza contaba con la obligación de residir en el Arrabal de Belén, lugar donde la vacante había surgido.

La plaza de matrona-partera (2), no se cubrió pues *"no se ha presentado solicitud alguna ... durante los diez días que ha estado anunciada..."*

Fue necesario contratar los servicios de una lavandera (6), Rosario Mariscal Rebollo. Percibiría doscientas cincuenta pesetas por trimestre vencido. Contaba, entre otras, con las siguientes obligaciones: *"lavar con el esmero debido todas las ropas y trapos del servicio del Hospital municipal; cosido ó reparo de dichas ropas que hará antes de entregarlas limpias al enfermero ó enfermera que haya en el Hospital", "la ropa sucia le será entregada, al menos, una vez por semana, en ese momento firmará una papeleta con el número de prendas que recibe", esta le será entregada cuando devuelva la ropa limpia y siempre que no falte ninguna, ..."*

De forma puntual, durante 1894, fue necesario la contratación de personal sanitario adicional por la epidemia variolosa que atravesó la ciudad, tal como recoge la siguiente nota (3):

*"...se acordó conceder á Juan Blazquez Perez una gratificación de quince pesetas por los servicios prestados como auxiliar temporero del enfermero durante la epidemia variolosa que ha habido en aquel Establecimiento..."*

Legajo 650

#### 4. De los enfermos del Hospital

Según los registros encontrados, aunque incompletos, muestran que en 1894, se atendieron en el Hospital Municipal un total de 126 militares, 24 pobres y 7 transeúntes que generaron respectivamente 2047, 1087 y 188 estancias (6).

Si nos fijamos en los datos relativos al cuarto trimestre de 1894, fueron atendidos en el Hospital un total de 68 personas, que ocasionaron 1726 estancias en 92 días, lo que indica que diariamente el Hospital atendía una media de unos 19 enfermos, el Hospital contaba con 21 camas, dispuestas entre las salas de militares, hombres y mujeres, podemos decir que presentaba, de forma habitual, una ocupación de 90% aproximadamente.

Únicamente en los registros de ingreso de los militares se especifica la causa del mismo, observándose que en un alto porcentaje de casos se trata de patología relacionada con el aparato genitourinario como: blenorragia, orquitis doble, chancro venéreo, fístula uretral; en menor proporción aparecen otras como el catarro bronquial, cefalea, fiebre intermitente, viruela, neuralgia intercostal, angina catarral.

También se ha comprobado que algunos de los militares reingresan en el Hospital en más de una ocasión.

## **CONCLUSIONES**

- Tras el cese de las religiosas, el Ayuntamiento realizó una oferta pública de varios puestos de profesionales sanitarios para la atención a los enfermos.
- Se contrataron un enfermero y una enfermera, ambos con experiencia, que habían adquirido trabajando en dicho establecimiento a las órdenes de las religiosas. Recibirían por su trabajo la cantidad de una peseta y veinticinco céntimos diarios.
- Los enfermeros eran los encargados de la asistencia, cuidado y aseo de los enfermos, atenderían únicamente a los pacientes de su mismo sexo. Realizarían la limpieza y aseo del establecimiento y se encargaban de entregar la ropa sucia y recibir la ropa limpia de manos de la lavandera. Desempeñarían la función de demandadero, tanto de los enfermos como del médico titular, cuando así se les encomendara.
- La Nodriza se encargaría de la lactancia de los niños expósito, en su caso la plaza era en términos de interinidad.
- El practicante de Cirugía menor, desempeñaría su labor en el Arrabal de Belén, lugar donde debía residir. El salario asignado a su puesto, era un 33% inferior al que percibirían los enfermeros.

## **BIBLIOGRAFÍA**

### **FUENTES PRIMARIAS**

1. Libro de Acuerdos de 1890. Archivo Municipal de Trujillo.
2. Libro de Acuerdos de 1894. Archivo Municipal de Trujillo.
3. Legajo 650: Libro Copiador de Comunicaciones. Archivo Municipal de Trujillo.
4. Legajo 1217-4. Archivo Municipal de Trujillo.
5. Legajo 994-9. Archivo Municipal de Trujillo.
6. Legajo 802-6. Archivo Municipal de Trujillo.

# FUENTES DOCUMENTALES PARA EL ESTUDIO DE LA HISTORIA DE ENFERMERÍA DESDE 1915 EN LA RIOJA

## *Documentary sources for the study of nursing history from 1915 in La Rioja*

Ana Cobos Rincón

Fundación Hospital de Calahorra, Calahorra, La Rioja

Jorge Mínguez Arias

Centro de Salud "Puerta de Arnedo", Arnedo, La Rioja

Concepción Germán Bes

Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza, Zaragoza

**PALABRAS CLAVE:** Fuentes documentales, Historia de enfermería, Beneficencia.

**KEY WORDS:** Documentary sources, History of nursing, Charity.

**RESUMEN:** El concepto de cuidar ha estado ligado al concepto de caridad más que al de profesión, sin embargo, en 1915 la enfermería nació con el propósito de extenderlo a religiosas y no religiosas. Nuestro objetivo es describir y valorar las fuentes documentales que aportan información sobre el desarrollo e institución de la enfermería desde 1915 en La Rioja. Los archivos hasta ahora explorados, nos muestran un desarrollo de la asistencia sanitaria muy ligado a la beneficencia, puesto que a nivel municipal y provincial son estas instituciones principalmente las que se encargan de establecer los centros asistenciales. Conocer los factores que han intervenido en la evolución de la enfermería es clave para comprender nuestro presente.

**ABSTRACT:** The concept of care has been linked to the concept of charity rather than the profession, however, nursing born in 1915 in order to extend it to religious and non religious. Our aim is to describe and evaluate the documentary sources that provide information on the development and institution of nursing since 1915 in La Rioja. The files so far explored, show a development closely linked to charity healthcare, since the municipal and provincial level are mainly those institutions that are responsible for establishing health centers. Knowing the factors that have intervened in the evolution of nursing will help us understand our present.



## INTRODUCCIÓN

En los países de cultura católica, el cuidado de los enfermos no fue considerado una verdadera profesión, dado que la atención y consuelo de enfermos y necesitados era labor de caridad y humildad cristiana propiciada por la Iglesia como vehículo de salvación. Sin embargo, las mujeres ilustradas europeas del siglo XIX, como Concepción Arenal<sup>1</sup> y el movimiento salubrista, propiciaron e impulsaron la formación de las mujeres como enfermeras profesionales como una manera de sacar adelante a las que criaban a sus hijos sola. En gran medida, las personas que se dedicaron al cuidado de los enfermos en los hospitales eran religiosas. Esta corriente de formación de Enfermeras llegó a Roma que creó su propia escuela de enfermeras para cuidar de los sacerdotes. Las Siervas de María, tras su formación en Roma propiciaron y lograron la Orden de aprobación de la Carrera de 1915<sup>2</sup>, centenario que celebramos.

El concepto de cuidar ha estado ligado al concepto de caridad más que al de profesión en el imaginario colectivo español, por razones culturales en las que ha prevalecido la ideología católica y patriarcal más que los criterios técnicos<sup>3,4</sup>. Sin embargo debemos pensar y divulgar que, en 1915 la enfermería nació de la mano de los profesores de Facultad de Medicina y con la iniciativa de las religiosas, con el propósito de extenderlo a religiosas y no religiosas. Recordemos que ya estaban las Matronas<sup>5</sup> y los Practicantes, incluidas las practicantas, que en ese periodo fueron cinco, en el ámbito de Zaragoza<sup>6</sup>.

Si os vamos un poco antes podemos ver en palabras del Catedrático de Historia Moderna de la Universidad de La Rioja J.L. Gómez Urdáñez:

*En 1890, todavía estaban en uso los viejos mecanismos de la caridad cristiana, aunque ahora el intermediario fuera el Estado a través de las Juntas de Beneficencia. El mantenimiento de esta vieja caridad era la consecuencia de la ausencia de una red pública de asistencia, que sólo comienza a ser una realidad a partir de 1871, año en que el rey Amadeo I inaugura el Hospital Provincial”<sup>7</sup>*

Durante el siglo XIX comienzan a darse en España una serie de cambios socioculturales por la aprobación de la Constitución de Cádiz de 1812, siendo el primer texto en el que se recoge la

---

1 Germán B, Concha. Apuntes de la historia de la enfermería en finlandia y españa. *Temperamentvm*; 2006;3(<http://www.index-f.com/temperamentum/tn3/t6022.php>);

2 Amillano Sor Jesús. Un acontecimiento para recordar y celebrar: Gestación del reconocimiento oficial de la enfermería como profesión en España. 2014; *Temperamentvm* 20.

3 Chamizo Vega, Carmen. El proceso de profesionalización de la Enfermería en el Principado de Asturias. Universidad Alicante. Tesis Doctoral. 2009 [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/16039/1/tesis\\_carmen\\_chamizo.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/16039/1/tesis_carmen_chamizo.pdf)

4 Mínguez Arias, Jorge. La enfermera comunitaria. Historia de la reforma sanitaria en La Rioja (1984-2006). Instituto de Estudios Riojanos. 2013

5 Subirón Valera Ana Belén, Germán-Bes Concha, Fernández-Doctor Asunción, Azón-López Esther, García –Martínez, García-Martínez María A. Los primeros 50 años de las matronas en la Universidad de Zaragoza (1878-1928). *Matronas Prof* | 2014 | 15(4):112-118

6 Blázquez Ornat, Isabel; Subirón Valera, Ana Belén; Becerril Ramírez, Natalia; Germán Bes, Concha; Fernández Doctor, Asunción. Los primeros pasos de la mujer en la carrera de practicante de la Universidad de Zaragoza (1869-1915). *Temperamentvm* 2012, 16. Disponible en <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn16/t1012.php>>. Consultado el 19 de abril de 2015.

7 Gómez Urdáñez, Jose Luis. El Sector No Lucrativo de la Economía Social en La Rioja. Una primera aproximación. (4) p:89-111. [https://www.larioja.org/npRioja/cache/documents/558046\\_capitulo4.pdf?id-tab=783301](https://www.larioja.org/npRioja/cache/documents/558046_capitulo4.pdf?id-tab=783301)

obligación del Estado de atender a los pobres y remediar sus necesidades. Fue ratificada posteriormente por la Ley General de Beneficencia de 1849 como mecanismo para impulsar el cambio. Poco después se aprueba la ley de Instrucción Pública del año 1857, como instrumento que regula y reconoce las diferentes profesiones sanitarias, tales como medicina y cirugía, el arte de los partos, dentista y practicante. Así comienza el reconocimiento de las ocupaciones sanitarias, aunque es en el siglo XX cuando se producen los cambios y transformaciones en los estudios, titulaciones, y funciones de los profesionales de enfermería en consonancia con los cambios socioculturales que se dan en la época, los que poco a poco nos irán acercando a los cánones de profesión, iniciándose la reflexión intelectual sobre nuestro quehacer profesional.

En el contexto de autoritarismo del régimen franquista, se aprobó un nuevo plan de estudios en 1953 con la denominación de Ayudantes Técnico Sanitarios, donde se agruparon los estudios de practicantes, enfermeras y matronas (que pasaron a ser una especialidad). Esta unificación no fue bien aceptada por algunas de las partes, que intentaron discriminar al resto y pusieron muchos problemas para la integración u homologación del resto. Esta denominación permaneció hasta 1976, cuando se recupera definitivamente el nombre de enfermería tras un largo proceso de demandas, presiones y negociaciones<sup>8</sup>.

## OBJETIVOS

Describir y valorar las fuentes documentales que aportan información sobre el desarrollo y evolución de la enfermería desde 1915 en la Rioja.

Contextualizar el proceso de institución de la enfermería en La Rioja.

## METODOLOGÍA

Exploración y primera extracción de datos e información de las fuentes consultadas.

Centraré el estudio en las fuentes escritas, diferenciando entre las de Archivo y las Bibliográficas:

### Fuentes de archivo:

Archivo Municipal de Logroño  
Archivo Histórico Provincial de La Rioja  
Archivo del Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja  
Archivo de la Facultad de Medicina de Zaragoza  
Fondo de la Escuela Universitaria de Enfermería de La Rioja

### Fuentes bibliográficas:

Boletín Oficial de La Rioja  
Fondo histórico de la Biblioteca pública de La Rioja  
Prensa Especializada  
Prensa Provincial  
Fondo bibliográfico del Instituto de Estudios Riojanos

---

<sup>8</sup> Germán Bes Concha, Universidad de Zaragoza. *La revolución de las batas blancas: La enfermería española de 1976 a 1978*. 1ª ed. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza; 2013:282.

## RESULTADOS

Destacamos como elementos más significativos dentro de las fuentes encontradas, los expedientes de:

- 1) La Comisión de Beneficencia y Sanidad con sus actas y presupuesto (1900-36) en el Archivo Municipal de Logroño, puesto que se detallan los centros de asistencia sanitaria existentes.
- 2) En el Archivo Histórico Provincial podemos resaltar el libro de registro de Asociaciones y algunos expedientes de Asociaciones, entre ellas algunas dedicadas al cuidado de enfermos y pobres, como por ejemplo "La Caridad Logroñesa" inscrita en 1899, o la "Asociación de Camilleros de la Cruz Roja" en 1917.
- 3) Destaca también el Archivo del Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja, donde encontramos los Libros de Actas de Juntas Directiva y General (1916-35); expedientes personales de algunos de los colegiados y cuatro números de "El Practicantes Riojano" (1.928, 1929 y dos números de 1939) como parte de la prensa especializada **más representativa de la época, donde se comentan y debaten los temas de actualidad de la profesión y con la que nos hacemos una idea de la relevancia que en ese momento tenía las enfermedades** infecciosas, puesto que en todos los números hay un espacio dedicado a alguna de ellas explicando su transmisibilidad, periodo de incubación etc. . .
- 4) El archivo de la Universidad de Zaragoza, ya que la escuela de ATS perteneció a este distrito Universitario, al igual que podemos conocer las personas que estudiaron para practicantes y Matronas en la época de estudio.

No tenemos problemas para las fuentes legales y bibliográficas ya que contamos con las de la Rioja y las de la Hemeroteca del Colegio de Enfermería de Madrid.

Las noticias aparecidas en la prensa local contrastadas con los estudios de la prensa nacional como la Vanguardia, nos permiten suponer que tendremos una buena fuente de información para el desarrollo de nuestra tesis doctoral <sup>9</sup>.

## CONCLUSIONES

Los archivos encontrados y hasta ahora explorados, nos muestran el desarrollo de la asistencia sanitaria, y por tanto, también de la enfermería en cada momento de la Historia. Los primeros archivos están muy ligados a la beneficencia, puesto que a nivel municipal y provincial son estas instituciones principalmente las que se encargan de establecer los centros asistenciales. Hasta ahora hemos encontrado poca prensa especializada en el contexto de la Rioja, pero si la tenemos en el contexto español.

Conocer los factores sociales, económicos, políticos, culturales, de género y religiosos que han intervenido en el origen y evolución de la historia de la Enfermería y comprender las diversas características y aspectos que configuran los cuidados, los cuidadores y los hospitales en los diversos períodos histórico nos permite crear una memoria histórica para ayudarnos a comprender mejor nuestro presente y como queremos construir el futuro de la profesión y del servicio a los ciudadanos.

---

<sup>9</sup> Natalia Becerril-Ramírez, Concha Germán-Bes y Yolanda Martínez-Santos. La Enfermeras (1915-1953): El reflejo en la prensa de su regulación docente y profesional. Comunicación que se presenta en este congreso.



CAPÍTULO 3

*El papel de las religiosas en el  
reconocimiento de la Enfermería*



# SIERVAS DE MARÍA EN LA REGIÓN DE MURCIA: MUJERES AL CUIDADO DE LOS ENFERMOS

## *Siervas de María in Murcia: women caring for the sick*

M<sup>a</sup> Ángeles Navarro Perán

Carlos Daniel Landaeta Delpiani

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Servicio Murciano de Salud y  
Universidad de Murcia. Facultad de Enfermería

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería, Historia de la Enfermería, Siervas de María.

**KEY WORDS:** Nursing, Nursing History, Servants of Mary.

### RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** Los testimonios documentales de la acción gubernamental sobre las Asociaciones a lo largo de la historia han constituido una fuente importante para el estudio de la historia social de las mismas. Los aspectos como la formación, la sociedad civil y la sociabilidad son fundamentales para el estudio documental del origen, desarrollo y extinción de la Congregación Siervas de María Ministras de los Enfermos en la Región de Murcia, para ello el archivo Municipal de la Región de Murcia y el archivo del Obispado de la Región de Murcia, han sido fundamentales en el desarrollo de esta investigación, hallando el asiento legal de constitución de las mismas en el año 1902 (GOB, 6580/13 n° 601-650 y GOB 5580/12 n° 651-700).

**OBJETIVO:** Describir las connotaciones del origen y desarrollo de la Congregación de Siervas de María Ministras de los Enfermos en la Región de Murcia.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo, de corte documental, con el que relatamos el

### ABSTRACT:

**INTRODUCTION.** The documentary evidence of government action on Associations throughout history have been an important for the study of social history from the same source. Aspects such as training, civil society and sociability are central to the documentary study of the origin, development and extinction of the Servants of Mary Congregation Servants of the Sick in the Region of Murcia, for which the Municipal file of the Region of Murcia and file the Bishopric of Murcia, have been instrumental in the development of this research, finding the legal seat of incorporation of the same in 1902 (GOB, 6580/13 n°601-650 and GOB5580/12 n°651-700).

**OBJECTIV.** Describe the connotations of the origin and development of the Congregation of the Servants of Mary, Ministers to the Sick in the Region of Murcia.

**METHODOLOGY.** Descriptive, documentary-style, with which we relate the origin,

origen, desarrollo y desaparición de la congregación de Siervas de María en la Región de Murcia, incidiendo en su labor como congregación religiosa femenina de las llamadas de *vida activa*, dedicadas a labores asistenciales, principalmente en la enseñanza y el cuidado de los enfermos.

**RESULTADOS:** La Congregación de Siervas de María Ministras de los Enfermos en la Región de Murcia, con el asiento legal de constitución en el año 1902 (GOB, 6580/13 n<sup>o</sup> 601-650 y GOB 5580/12 n<sup>o</sup> 651-700), desde su fundación han desempeñado la misión de asistir en domicilio, gratuitamente y esmeradamente, a los enfermos de ambos sexos en toda clase de enfermedades, vivan en vivienda humilde como el pordiosero, o en un palacio como el potentado, asistiendo a todos por igual, y no viendo en ellos más que la representación de Jesucristo, hasta su extinción en la década de los noventa.

**CONCLUSIONES:** Constatamos la existencia y la importante labor asistencial al enfermo de la Congregación Siervas de María Ministras de los Enfermos en la Región de Murcia.

development and disappearance of the Congregation of Servants of Mary in Murcia, focusing on his work as female religious congregation of calls active life dedicated to care work, mainly in teaching and patient care.

**RESULTS.** The Congregation of the Servants of Mary, Ministers to the Sick in the Region of Murcia, with legal seat in the 1902 constitution (GOB, 601-650 No. 6580/13 and 5580/12 GOB No. 651-700), since its founding have to play the role of assisting at home, free and carefully, sick of both sexes in all kinds of diseases, live in poor housing as the beggar, or a palace like the potentate, attending all alike, and saw them more than the representation of Jesus Christ, to extinction in the nineties.

**CONCLUSIONS.** We note the existence and significant assistance to the sick of the Congregation Servants of Mary, Ministers of the Sick in the Region of Murcia.

## INTRODUCCIÓN

La constitución de asociaciones fue siempre una aspiración de libre ejercicio de la sociabilidad humana, pero también objeto de control por las autoridades gubernativas, prescribiendo a las hermandades y cofradías la obligatoriedad de su aprobación civil, o mediante otros medios, como su inscripción en el Registro de Asociaciones y la supervisión de los estatutos de las sociedades. Estos testimonios documentales han constituido a lo largo de la historia, una importante fuente para el estudio de la historia social y de aspectos como la formación de grupos sociales, la sociedad civil y religiosa, y la sociabilidad (1).

Si bien esta actividad gubernamental de finales del siglo XVIII, junto a la instauración del registro de asociaciones un siglo después, tuvieron una doble orientación: una el *reformismo ilustrado*, y el otro, el reconocimiento del derecho de asociación y la regulación del asociacionismo en beneficio de la sociedad civil. A través de este sistema de regulación, hemos podido hallar la inscripción en el mismo de la Congregación Siervas de María, Ministras de los Enfermos, en la Región de Murcia, en el año 1902 (GOB, 6580/13 n<sup>o</sup> 601-650 y GOB 5580/12 n<sup>o</sup> 651-700).

En la tradición cristiana las órdenes religiosas han constituido asociaciones de hombres o mujeres que buscaban llevar una vida de oración y prácticas piadosas, y que a menudo se dedicaban a formas específicas de servicio. Sus miembros se comprometían, por lo general públicamente o en privado a llevar una vida dedicada con votos de: pobreza, castidad y obediencia. Las órdenes católicas romanas de monjas o hermanas, entre las que hayamos a la Congregación de Siervas

de María, eran de un tamaño pequeño, comparadas con las órdenes masculinas, pero en cambio eran más numerosas, y se dedicaban principalmente a la enseñanza, y en el caso de las Siervas de María, al cuidado de los pobres enfermos, auspiciado ya desde el siglo XIX por una centuria marcada por grandes cambios, revueltas y conflictos políticos que se acentuaron con problemas sociales, económicos y culturales. Los historiadores coinciden en resaltar del siglo XIX la situación de miseria crónica entre extensas capas de la población rural y urbana española (2). La Ley de Beneficencia de 1845 vino a reordenar el sistema para armonizarlo con las Leyes de Ayuntamientos y Diputaciones, insertándose en las administraciones locales, tanto por la vía municipal como por la vía provincial, y en esta organización la Iglesia supo ocupar un papel destacado, bien por encargarla la administración de centros a órdenes religiosas especializadas, o bien por la presencia de eclesiásticos en patronatos rectores de obras benéficas sin significación confesional, destacando las órdenes religiosas femeninas como las Siervas de María, cuyo despliegue en la atención en domicilios, asilos y hospitales fue notable en toda España, y en particular, en la Región de Murcia.

La Congregación Siervas de María basa su hacer en sus reglas o constituciones, constituyendo el cimiento de la misma la *Regla de San Agustín*, seguida también por otras órdenes religiosas como las Agustinas, las Dominicas o las Salesas Reales, en las cuales se manifestaban las particularidades del trato con los enfermos, las cualidades que tenían que tener los enfermos y la importancia de la Enfermería (3). De ella derivó la Constitución de las Siervas de María, hallando como ejemplo de las mismas la publicada en Madrid en el año 1897, corregida y reformada y dispuesta conforme a las animadversiones de la sagrada Congregación de Obispos y reglars (4).

*1º La Congregación de las Siervas de María, Ministras de los Enfermos, además del fin general de procurar la mayor gloria de Dios y la santificación de las hermanas por la práctica de todas las virtudes, tiene por su fin especial y propio, el ejercicio de la caridad para con los enfermos, prestándoles asistencia esmerada y gratuita, bien sea a domicilio, ó bien en los hospitales ó donde quiera que se encuentren.*

*2º Para llenar este fin tan grande y caritativo cumplida y fructuosamente, desconfiada, como desconfían, de sus propias fuerzas, humilde y reverentemente se acogen al amparo y poderoso valimiento de la Gran Reina y Señora de los cielos y la tierra, María Santísima, aclamándola como Madre y Patrona principal de toda Congregación, con el título de Salus Infirmorum, por segundo patrono al glorioso Patriarca San José, y después al Precursor San Juan Bautista y al Doctor de la Iglesia San Agustín.*

[...]

En el capítulo octavo encontramos referencias a la Enfermería.

*1º En todas las casa de la Congregación habrá una pieza espaciosa y salubre, bien ventilada, independiente y provista de camas y cómodas, de ropa abundante, de cocina y demás necesario para admitir y servir con toda comodidad, puntualidad y caridad á las Hermanas enfermeras. Aquellas enfermas que por su estado de gravedad, ó peligro, no pudieren ser trasladadas á la enfermería, serán servidas con todo esmero en sus cuartos, ó donde se hallaren.*

[...]

Y es en el capítulo noveno el dedicado a la asistencia a enfermos en domicilio, con 21 puntos donde se relata las características de la asistencia prestadas por las Siervas de María.

*1º Por mucho que nos esforcemos, no conseguiremos encomiar y recomendar bastantemente á las Siervas de María el tesoro de la caridad, de prudencia y de sacrificio que, en cumplimiento de su deber sagrado, y de esta parte sustancial de las Constituciones, han de procurar ejercer cerca de sus prójimos dolientes [...].*



*2º Las superiores antes de proveer á una asistencia, se informará escrupulosamente de la clase de enfermo y de su enfermedad, del personal de la casa, calle, número y habitación, y de cuanto en conciencia y prudencia estimare conveniente, y todo lo anotará en el libro de asistencia [...].*

*3º Cuando marcharen por las calles serán sus pasos graves y compuestos, su mirada humilde, el rostro natural, y revelarán en sus palabras y maneras el espíritu de Dios que anima sus almas, y preside en todos sus actos. No entrarán en casa ni en tiendas, ni aún en Iglesias sin licencia de la Superiora; y cuando en las calles fuesen saludadas por señoras, ó por persona de autoridad, corresponderán cortésmente, pero sin detenerse mucho.*

*[...]*

*5º Ministras de los enfermos, no de sus familias, se les prohíbe todo servicio extraño á los objetos del Instituto [...].*

*8º La Hermana descansará en las horas convenientes, pero nunca se retirará, á no encargarse del enfermo entretanto persona competente, ó de la familia, á la cual enterarán de la clase de medicinas, de las horas y forma de administrarlas.*

## OBJETIVO GENERAL

Describir las connotaciones del origen, desarrollo y extinción de la Congregación de Siervas de María Ministras de los Enfermos en la Región de Murcia.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Localización de los vestigios de Siervas de María Ministras de los Enfermos en la Región de Murcia.
2. Analizar las características institucionales de la Congregación Siervas de María en la Región de Murcia.

## HIPÓTESIS

Constatar los vestigios de origen, desarrollo y extinción de la Congregación Siervas de María, Ministras de los Enfermos, seglares dedicadas al cuidado altruista de los pobres enfermeros durante los siglos XIX y XX en la Región de Murcia.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, de corte documental, con el que relatamos el origen, desarrollo y extinción de la congregación de Siervas de María Ministras de los Enfermos en la Región de Murcia, incidiendo en su labor como congregación religiosa femenina de las llamadas de *vida activa*, dedicadas a labores asistenciales, principalmente en la enseñanza y el cuidado de los enfermos. Para ello hemos llevado a cabo la búsqueda de las fuentes primarias en el Archivo Provincial de la Región de Murcia, el Archivo Municipal de Lorca, el Centro Documental y Bibliográfico del Palacio Episcopal de Cartagena-Murcia y la Biblioteca Regional de la Región de Murcia. Utilizando las palabras clave: Enfermería, Historia de la Enfermería y Siervas de María.

## DISCUSIÓN

Los datos archivísticos que nos ponen de manifiesto la fundación de la Congregación Siervas de María Ministras de los Enfermos en la Comunidad de Murcia datan de la década de los ochenta-

ta, y nos confirman la misma los datos hallamos en la localidad de Lorca en el año 1982 en el documento expedido por el Secretario General del Obispado D. Juan Castex Anaya, véase imagen 1, aunque los datos oficiales del Registro Provincial de la Ciudad de Murcia datan del año 1902, véase imagen 2 y 3. La presencia de las Siervas de María en la localidad de Lorca ha resultado vital en esta investigación, ya que la gran mayoría de datos históricos de su creación, desarrollo de sus actividades asistenciales a los pobres enfermos y extinción pertenecen a esta localidad.

Concretamente, en el Archivo Municipal de Lorca hallamos bajo el asiento documental 13-10-1862: carta del obispo de la diócesis al alcalde corregidor: se verifiquen esas mejoras tan beneficiosas y de tanta utilidad pública, apruebo el proyecto en todas sus partes confiando en su religiosidad que sabrá realizarlo de modo que en nada se falte al decoro y respeto debido a los templos y al culto religioso a que están destinados, y que puesto de acuerdo con el cura de San mateo y su coadjutor de San José convendrá con ellas en el modo y forma en que debe hacerse la correspondiente indemnización, véase imagen 4.



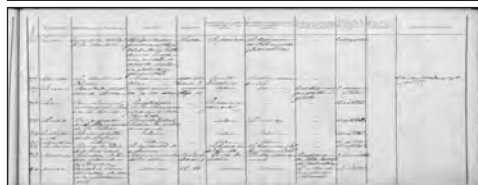
Imagen 1: Documento de fundación de la Congregación Siervas de María Ministras de los Enfermos en Lorca. Fuente: Archivo de la Diócesis Episcopal de Cartagena y Murcia.



Imagen 2: [ES.30030.AHP/05 / Gobierno Civil de la Provincia de Murcia \(1822-1999\) > 5.4 / Asociaciones y orden público. Derechos ciudadanos \(1888-1986\).](#) > [5.4.2 / Asociaciones > 5.4.2.2 / Registros de asociaciones \(1888-1927\).](#) > GOB, 6580/11 / Registro de Asociaciones: nº 551-600. Año 1902. Fuente: Archivo Provincial de la Región de Murcia.



Imagen 3: 3 imágenes del mismo libro de registro. [ES.30030.AHP/05 / Gobierno Civil de la Provincia de Murcia \(1822-1999\) > 5.4 / Asociaciones y orden público. Derechos ciudadanos \(1888-1986\).](#) > [5.4.2 / Asociaciones > 5.4.2.2 / Registros de asociaciones \(1888-1927\).](#) > GOB,6580/12 / Registro de Asociaciones: nº 601-650. Año 1902. Fuente: Archivo Provincial de la Región de Murcia.



1970  
**PARO OBRERO:**  
 Reparación del convento de las Siervas de  
 María. LORCA.  
 N<sup>o</sup> 790

MEMORANDO DE LA COMISIÓN REPARADORA DEL CONVENTO DE LAS SIERVAS DE MARÍA, DE LORCA, MURCIA.

El presente informe tiene por objeto informar a V. E. sobre el estado de los trabajos de reparación del convento de las Siervas de María de Lorca, en el mes de agosto de 1970.

El presupuesto de los trabajos de reparación del convento de las Siervas de María de Lorca, en el mes de agosto de 1970, asciende a la cantidad de 46.000.000 pesetas.

Concepto	Cant.
Deposito subvenc. de la Diputación Provincial de Murcia	46.000.000
Deposito subvenc. de la Diputación Provincial de Murcia	46.000.000
Deposito subvenc. de la Diputación Provincial de Murcia	46.000.000

En LORCA, a los 27 días del mes de agosto de 1970.

El Presidente de la Comisión Reparadora: *[Firma]*

Región de Murcia  
 Consejería de Educación y Cultura

N<sup>o</sup> de Expediente: PARO OBRERO D.P. 554/4  
 1956 Reparación en el Convento de las Siervas de  
 María.  
 N<sup>o</sup> 573 LORCA

La Dirección Provincial de Administración del Impuesto para la Vivienda del País Vasco, en fecha anterior al día 7 de Mayo del presente año, comunicó a los señores de las Siervas de María de Lorca, en el mes de agosto de 1970, para que contestaran a las obras de reparación del convento de las Siervas de María de Lorca, en el mes de agosto de 1970.

En su virtud, se comunicó a la Comisión Reparadora del convento de las Siervas de María de Lorca, en el mes de agosto de 1970, para que contestara a las obras de reparación del convento de las Siervas de María de Lorca, en el mes de agosto de 1970.

En el presupuesto de este proyecto se detallan los trabajos de reparación del convento de las Siervas de María de Lorca, en el mes de agosto de 1970.

Al hacer el cálculo de los trabajos de reparación del convento de las Siervas de María de Lorca, en el mes de agosto de 1970, se ha tenido en cuenta el importe de los trabajos de reparación del convento de las Siervas de María de Lorca, en el mes de agosto de 1970.

Partiendo de los datos de precios antes mencionados, y teniendo en cuenta el coste y cantidad de los trabajos de reparación del convento de las Siervas de María de Lorca, en el mes de agosto de 1970, se ha determinado el importe de los trabajos de reparación del convento de las Siervas de María de Lorca, en el mes de agosto de 1970.

Región de Murcia  
 Consejería de Educación y Cultura

Expediente número: 1946 D.P. 9337, D.B.  
 Expediente en virtud de la instancia de las Siervas de María de Lorca solicitando ayuda económica para la reparación del edificio.

La Madre Superiora y Hermanas de la Comunidad de Siervas de María de esta ciudad, con el que yo convengo y me comprometo a cumplir.

La Madre Superiora y Hermanas de la Comunidad de Siervas de María de esta ciudad, con el que yo convengo y me comprometo a cumplir.

Que el edificio que habitamos en esta ciudad de Lorca, situado en la calle de San José, tiene un estado de ruina que hace necesario su reparación para poder continuar en la mayor santidad que nos es posible en la vida religiosa.

La Madre Superiora y Hermanas de la Comunidad de Siervas de María de esta ciudad, con el que yo convengo y me comprometo a cumplir.

Que el edificio que habitamos en esta ciudad de Lorca, situado en la calle de San José, tiene un estado de ruina que hace necesario su reparación para poder continuar en la mayor santidad que nos es posible en la vida religiosa.

La Madre Superiora y toda la Comunidad, suplicamos con la mayor encarecimiento al Sr. D. J. Presidente de la Diputación Provincial de Murcia, tenga a bien acordar una subvención en la mayor cantidad que considere; sea la que sea, para que tal donativo sea otorgado para la reparación del edificio de las Siervas de María, cuya misión en esta vida, es consolar en alivio el dolor de sus semejantes y sublevar sus penas.

*[Firma]*  
 D. J. Presidente de la Diputación Provincial de Murcia

Imagen 4: 7 imágenes de archivo de solicitud de obras de reparación del convento de Siervas de María Ministras de los Enfermos en Lorca, de los años: 1946, 1956 y 1970. Fuente: Archivo Provincial de Murcia.

Asimismo en el Expedientes de Ornato, 13, hallamos los datos registrales de constitución de la misma bajo las señas:

-Nombre del Convento, Iglesia o Residencia: *Residencia e iglesia de Nuestra Señora de Gracia.*

-Orden o Regla que profesan los religiosos: *Siervas de María, Ministras de los Enfermos. Orden de San Agustín.*

-Objeto a que se dedican: *gratuita asistencia de enfermos a domicilio.*

-Inscrita en el registro del Gobierno: *abril de 1902.*

-Fecha de establecimiento: *28 marzo 1889.*

-Nº españoles y extranjeros: *seis; ninguno.*

-Nombres autoridad: *Superiora Sor Elena Picurelli; Consiliaria: Sor Petronila Salvador.*

*Las primeras monjas que vienen a Lorca son Sor Elena Picurelli, fundadora, que está casi 25 años de superiora, era natural de Alcoy, (donde también fundó otra Congregación de Siervas de María extinguida en 1992, tras 119 años de existencia en la comarca, por falta de vocaciones), y fue enfermera de Alfonso XII cuando el rey tuvo tuberculosis, así como de enfermos de la epidemia cólera de 1885; Sor Isabel Gaztelu y Sor Ignacia Olabarría. Primeramente ocuparon unas pequeñas habitaciones junto al Carmen, pasando después a un inmueble de la c/ Martín Piñero (donde, según cuenta la superiora, había tres comunidades: en la primera cucarachas, en la buhardilla ratones y en medio estaban ellas, la comunidad de Siervas, que mantienen a las otras dos). La Congregación de Siervas de María quedó instalada en Lorca el 25 de marzo de 1889. Primeramente ocuparon una casita junto a la iglesia del Carmen, después se trasladaron a Martín Piñero, nº 4, y por último a su edificio actual de la calle Carril de Gracia, véase imagen 5. En 1900 se completan las obras en el edificio que las albergaba desde 1889. En 1990 la comunidad estaba compuesta por 11 miembros.*

Asimismo, Francisco Escobar, en su libro *Esculturas de Bussi, Salzillo y D. Roque López en Lorca* (5), dice sobre las siervas lo siguiente:

*La Congregación de las Siervas de María, quedó instalada en Lorca el día de la Anunciación de Nuestra Señora y Encarnación del Hijo de Dios, 25 de marzo de 1889, a propuesta y bajo los auspicios de las Sras. D<sup>a</sup> Palmira Helguero, D<sup>a</sup> María de la Soledad Rodríguez, D<sup>a</sup> Ana Méndez Fernández*

Imagen 5: Fotos de la casa de Siervas de María Ministras de los Enfermos en la calle Carril de Gracia en Lorca. Fuente: Archivo Municipal de la Ciudad de Lorca.



y D<sup>a</sup> María Josefa Martínez de la Junta, con el consejo e instrucciones del Sr. cura párroco de San Mateo, D. Francisco de Paula Mata, que solicitó y obtuvo la competente autorización superior. Las hermanas designadas para esta fundación, fueron Sor Elena Picurelli, Superiora; Sor Isabel Gaztelu y Sor Ignacia Olaberria.

Primeramente ocuparon una casita junto a la iglesia del Carmen, que abandonaron a los 10 meses por insuficiente, trasladándose a la calle de Martín Piñero, número 4, donde permanecieron hasta el 1º de agosto de 1899, en que pasaron a su actual casa residencia, Carril de Gracia número 54, propia de dicha Congregación, adosada a la ermita de Gracia que tomaron a su cargo.

La actividad asistencial a enfermos en esta localidad localizados en el Archivo de la Diócesis de Cartagena y Murcia, datan de los años 1971, 1972, 1973, 1974, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980 y 1981, véase imagen 6 donde podemos apreciar en primer lugar el permiso episcopal para el cuidado de los enfermos, y en la imágene 7, podemos ver los permisos de los años 1971 y 1981 para el cuidado de los enfermos en domicilios y en el Hospital Virgen del Alcázar, durante estos años cuidaron una media de 950 enfermos y el número de hermanas autorizadas para esa tarea oscilaba entre las 11 y 15 hermanas.

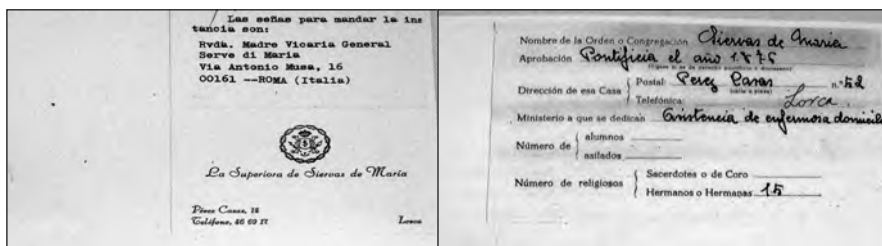


Imagen 6: Primer permiso episcopal que autoriza a la Congregación de Siervas de María Ministras de los Enfermos de Lorca a la asistencia de enfermos a domicilio. Fuente: Archivo de la Diócesis Episcopal de Cartagena y Murcia.

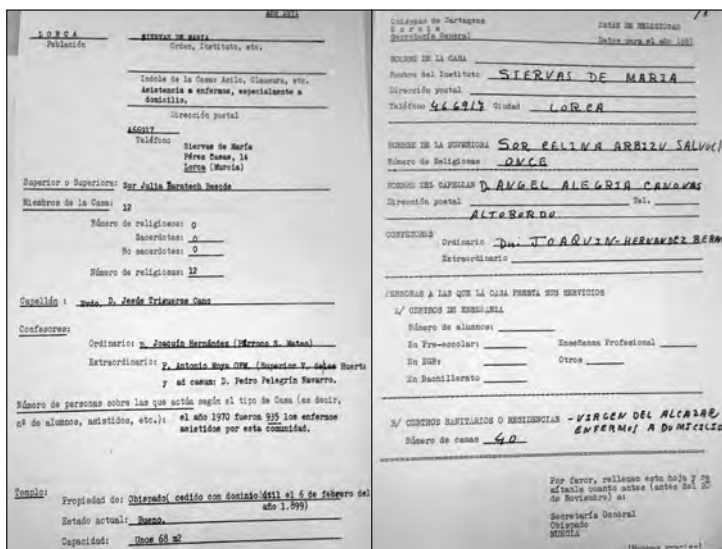


Imagen 7: Datos de los permisos de Asistencia de la Congregación Siervas de María Ministras de los Enfermos, correspondientes a los años 1971 y 1981. Fuente: Archivo de la Diócesis Episcopal de Cartagena y Murcia.

Una vez ya extinguidas de la ciudad de Lorca, por falta de vocaciones como nos indican datos del Archivo del Palacio Episcopal de Cartagena y Murcia, documento que por su contenido en datos privados de las hermanas, no ha sido posible fotografiar, la Congregación de Siervas de María Ministras de los Enfermos, recibieron en la ciudad de Lorca el Premio Elio 1990 concedido por la Asociación de Amigos de la Cultura de Lorca a toda la gran labor asistencial y humanitaria llevada a cabo entre sus vecinos, véase imagen 8 y 9.



Imagen 8: Noticia Diario La Verdad de Lorca que se hace eco de la entrega del Premio Elio en noviembre de 1990 a la Congregación Siervas de María Ministras de los Enfermos de Lorca. Fuente: Archivo Municipal de Lorca.



Imagen 9: Fotos del acto de Premios Elio 1990. Fuente: Archivo Municipal de Lorca.

El único vestigio de archivo en la ciudad de Murcia, localizado en el Archivo Provincial de Murcia, es una fotografía de la Junta Directiva de Hijas de María, las cuales eran mujeres laicas, encargadas de recoger fondos para la Congregación, véase imagen 10.



Imagen 10: FOT\_DIG-0000259. Junta Directiva de las Hijas de María, merced a cuyas recaudatorias se celebran espléndidas fiestas en el día de la Inmaculada. Archivo Provincial de Murcia.

## CONCLUSIONES

Constatamos la existencia y la importante labor asistencial al enfermo, tanto en domicilio como en hospital, por parte de la Congregación Siervas de María Ministras de los Enfermos en la Región de Murcia, principalmente en los tres municipios donde hemos hallado claros vestigios de su paso, Murcia capital, Cieza y Lorca, además de una carta que por su contenido reservado ha sido imposible fotografiar de su extinción en la ciudad de Cartagena.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Montojo Montojo V. Las asociaciones de la Región de Murcia (1887-1902): Fuentes documentales de gobierno en el archivo histórico provincial. [acceso 12 de febrero de 2015]. Disponible en: [http://estaticoarchivo.carm.es/adjuntos/DOC24562050707\\_413\\_Asociaciones.pdf](http://estaticoarchivo.carm.es/adjuntos/DOC24562050707_413_Asociaciones.pdf)
2. Fernández Mérida MC. El sistema Benéfico-Asistencial en el siglo XIX. El Hospital provincial de Cádiz y las Hijas de la Caridad. Index de Enfermería [Index Enfem] (edición digital) 1996; 18. Disponible en:  
2. <http://www.index-f.com/index-enfermeria/18/5760.php>. Consultado el 28/4/2012.
3. Río Hijas ME del. Cuidadoras religiosas en el Masríd Moderno (1). La vida en las enfermerías de los conventos femeninos. [Index Enfem] (edición digital) 1995; 12-13. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/12-13/5963.php>. Consultado el 28/4/2012. Consultado el 28/4/2012.
4. Álvarez Nebreda CC. Semblanzas de la profesión enfermera (1862-1953). Madrid: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid; 2011. pp. 71-78.
5. Ecobar F. Esculturas de Bussi, Salzillo y Don Roque López en Lorca. Lorca: Imp. De la viuda de Carrasco; 1919.

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a D. Manuel Muñoz y a D. Eduardo Sánchez, documentalistas del Archivo Municipal de la Ciudad de Lorca, gracias por su disponibilidad y su valiosa ayuda en la localización de tan meritorios fondos.

Al Canciller-Secretario General de la Diócesis Episcopal de Cartagena-Murcia D. Tomás Cascales Cobacho y en particular también a su secretario D. Guillermo, por su inestimable amabilidad y por el gran valor de la documentación facilitada, vital en esta investigación.

Y por último y no menos importante, a los documentalistas del Archivo Provincial de Murcia, por su valiosa ayuda en la localización de documentos.

# LAS ENFERMERAS RELIGIOSAS EN ESTADOS UNIDOS (1727-1861): LA HERENCIA FRANCESA

## *Religious nurses in the United States of America (1727-1861): The French heritage*

Ana Choperena  
Universidad de Navarra

**PALABRAS CLAVE:** órdenes religiosas asistenciales, domesticidad, cuidado.

**KEY WORDS:** *health care religious orders, domesticity, care.*

**RESUMEN:** Desde los inicios del cristianismo, las enfermeras religiosas han administrado los cuidados de Enfermería desde el punto de vista de la humildad, la obediencia y la espiritualidad. Sin embargo, rara vez se ha estudiado su contribución desde el enfoque de la historia y, más particularmente, desde el que proporciona la historia de las mujeres. Más allá, ésta es una cuestión especialmente significativa en el contexto de los Estados Unidos durante el siglo XIX, si se tiene en cuenta que la mayoría de hospitales e instituciones caritativas fueron sobrellevadas por ellas. Consecuentemente, en este trabajo abordo la contribución de las órdenes religiosas femeninas a la Enfermería del siglo XIX circunscrita en el contexto previo a la Guerra Civil Americana. Para ello, desarrollo una revisión bibliográfica de las fuentes secundarias que abordan este tema, de tal modo que atiendo a su recepción, su establecimiento y su contribución asistencial en territorio norteamericano.

**ABSTRACT:** *Since the beginning of Christianity, religious nurses have managed Nursing care from the point of view of humility, obedience and spirituality. However, their contribution from the perspective of history and, particularly, from the history of women, has been rarely studied. If one takes into account that most of the hospitals and charitable institutions were developed by them, this is a significant issue in the context of the United States during the nineteenth century. This research explores the contribution of nineteenth century female religious orders within the pre American Civil War context. To achieve this aim, a literature review of secondary sources that address this issue was developed. Consequently, I study their reception, their settle and their contribution to health care in American territory.*



## INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, las enfermeras religiosas han administrado los cuidados de Enfermería desde el punto de vista de la humildad, la obediencia y la espiritualidad<sup>1</sup>. Salvo algunas excepciones, como las de Mary Ewens y *The Role of the Nun in Nineteenth-Century America* (1978)<sup>2</sup>; James J. Kenneally y *The History of American Catholic Women* (1990)<sup>3</sup> o Karen J. Kennelly y *American Catholic Women: An Historical Exploration* (1989)<sup>4</sup>, rara vez se ha estudiado a las mujeres religiosas desde el enfoque de la historia de las mujeres en el contexto anglosajón<sup>5</sup>. Ésta es una cuestión significativa si se tiene en cuenta que la mayoría de los hospitales, las escuelas católicas e instituciones caritativas del siglo XIX en Estados Unidos fueron creadas o mantenidas por ellas<sup>6</sup>.

La situación inicial a la que tuvieron que enfrentarse las primeras monjas católicas que accedieron al territorio americano en 1727 puede definirse, a grandes rasgos, a través del dominio general de los sentimientos anticatólicos y de la persistencia de los valores protestantes. Efectivamente, los movimientos anticatólicos provocaron la destrucción del Convento de las Ursulinas en Boston en 1834. En 1840, sucedieron acontecimientos parecidos en Cincinnati, Louisville y Albany. La peor situación se dio en Filadelfia en 1844, con el asesinato de cincuenta personas y cincuenta heridos por disturbios anticatólicos. Incluso, en 1849 se fundó la sociedad clandestina *Know-Nothing* con el fin de perseguir a los inmigrantes que participasen en oficios religiosos católicos. En este caso, su odio se focalizaba en los católicos inmigrantes de Irlanda, de tal modo que consiguieron el poder necesario para poder mantener su influencia en la zona de Nueva Inglaterra, enmascarados en el partido político *American Party*<sup>1</sup>.

Partiendo de esta controvertida situación, en este trabajo abordo la contribución de las órdenes religiosas femeninas a la Enfermería del siglo XIX, circunscrita en el contexto previo a la Guerra Civil Americana. Para ello, realizo una revisión bibliográfica desde el marco conceptual que me proporciona la historia de las mujeres, materializado en investigaciones como las de Sioban Nelson y *Say Little, Do Much* (2001)<sup>1</sup>; Sister Mary Maher y *To Bind Up the Wounds* (1989)<sup>7</sup> o Carol K. Coburn y Marta Smith, *How Nuns Shaped Catholic Culture and Spirited Lives, American Life, 1836-1920* (1999)<sup>5</sup>. Estas obras me permiten indagar en la recepción, el establecimiento y el desarrollo de las órdenes asistenciales femeninas en el territorio norteamericano.

Quiero aclarar que, tradicionalmente, las mujeres religiosas que administraban cuidados de Enfermería no eran consideradas como "monjas" o *nuns*, sino como "hermanas" o *sisters* de la comunidad de mujeres religiosas. El término "monjas" estaba reservado a las mujeres que realizaban votos perpetuos y que vivían el resto de sus vidas entre las paredes del convento y que no desempeñaban labores apostólicas<sup>1</sup>. En esta investigación, empleo el término "religiosas" o "hermanas" a la hora de referirme a mujeres católicas de vida activa.

## RECEPCIÓN, ESTABLECIMIENTO Y DESARROLLO DE SUS LABORES ASISTENCIALES

La primera comunidad católica femenina en establecerse en Estados Unidos fue la comunidad de las Ursulinas Francesas, que en 1727 lideró la educación femenina entre los siete y los quince años en Nueva Orleans<sup>8,5,9,7</sup>. Las Ursulinas establecieron una academia en Nueva Orleans, donde enseñaban a leer, a escribir, aritmética, catecismo y preparación industrial. Se requería la oración diaria, asistencia a misa y examen de conciencia. La escuela pasó de tener cuarenta internas en 1727, a tener ciento setenta en 1803, convirtiéndose en el centro de referencia para la educación de las mujeres en Luisiana y los territorios vecinos<sup>9</sup>. Fueron seguidas en 1790 por las Carmelitas en *Port Tobacco*, Maryland<sup>7</sup>. Las comunidades, en general, asumían el modelo francés de superiora general ayudada por un consejo de hermanas experimentadas y un superior eclesiástico (el obispo o algún sacerdote designado a tal efecto)<sup>7</sup>.

Las características que distinguían el estilo de vida de estas hermandades católicas aseguraron la efectividad, la longevidad y su crecimiento hasta la llegada del siglo XX. Aceptaban la variedad racial en sus conventos; la educación y la formación constituían un requisito necesario y permanente en sus vidas y la toma de votos perpetuos les confería autoridad y distinción<sup>5</sup>.

Ya en el terreno asistencial, las hermanas católicas fundaron un total de doscientos noventa y nueve hospitales en territorio estadounidense, entre 1829 y 1900<sup>10</sup>. A diferencia del territorio europeo, el espíritu de empresa libre que primaba en Norteamérica sirvió de soporte para materializar los esfuerzos de las religiosas. Fueron capaces de establecer contratos con aseguradoras, con la armada, con compañías mineras e, incluso, con el gobierno federal. Lejos de ser las manos de obra pasivas de los clérigos que controlaban las instituciones, intervinieron en su creación y en su control<sup>15</sup>. Colaboraron con las escuelas médicas y atrajeron la atención de excelentes doctores. Establecieron un sistema de cuidados privado. De este modo y a finales de siglo, los hospitales religiosos eran financiados a través de los honorarios de los pacientes. Así, se fue definiendo el prototipo de hospital privado religioso que se desarrollaría durante el siglo XX. Concretamente, en 1820, las hermanas de San Luis establecieron el primer hospital católico en los Estados Unidos. En 1823, las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl se hicieron cargo del *Baltimore Infirmary*. Este hospital en concreto constaba de cuatro pabellones. En uno de ellos se atendían a los pacientes oftalmológicos. En cada pabellón se leía diariamente la Biblia a viva voz<sup>11</sup>. Por su parte, las Hermanas de la Caridad de Nazareth establecieron un hospital en Louisville. Todos estos centros asistenciales atendían a los pobres y aseguraban la libertad religiosa a los pacientes<sup>12</sup>. La humildad y la abnegación provocaron que las religiosas católicas no pusieran por escrito sus tareas cotidianas hospitalarias. Se presume que sus principales deberes consistían en el cuidado de las heridas, baño de los pacientes, mantener las habitaciones limpias y ventiladas, preparar y servir la comida y proporcionar soporte espiritual para los enfermos y los moribundos<sup>11</sup>.

La inspiración original de los cuidados protestantes, que tradicionalmente se venían administrando, difería de los cuidados católicos. Efectivamente, la fe, la aceptación de la voluntad de Dios o la permanencia entre los muros del hogar, eran los caminos que conducían a la salvación. Posteriormente, y gracias a la contribución del modelo católico, estos límites se extendieron más allá de la barrera doméstica y tanto la mujer católica como la protestante pudieron satisfacer las necesidades sociales de los que se encontraban a su alrededor<sup>1</sup>. Paradójicamente, el aparente sentido constrictor de las facultades domésticas de aquellas mujeres se convirtió en una herramienta de sentido y visibilidad social.

El desarrollo institucional de los cuidados protestantes vino después de la formación de asociaciones de beneficencia o ayuda. En cambio, en el ámbito católico, las hermandades ya pertenecían a instituciones circunscritas a esos fines caritativos benevolentes. De este modo, las religiosas católicas pudieron participar en su construcción, en su administración y en su desarrollo a través de los valores de la domesticidad<sup>7</sup>. En definitiva, su objetivo final radicaba en el deseo de que la religión católica se conociera a través del trabajo caritativo materializado, principalmente, en los cuidados<sup>7</sup>.

Por lo tanto, y a pesar de las sospechas iniciales hacia un catolicismo que parecía desafiar los ideales del pensamiento protestante<sup>13</sup>, la sociedad abandonó sus prejuicios, debido a su capacidad de adaptación a un nuevo entorno y a sus contribuciones en materia de salud y de educación. De este modo, la hostilidad y la sospecha dieron paso al respeto y a la aceptación. Además, en un contexto de creciente inmigración caracterizado por los largos y tediosos viajes por mar y tierra, la necesidad de unos cuidados de calidad se convirtió en urgencia. Todos estos factores favorecieron la acogida<sup>11</sup>.

## CONCLUSIONES

La autoridad doméstica atribuida a las comunidades religiosas femeninas facilitó el escenario adecuado para que las hermanas adquirieran herramientas de liderazgo. La ideología de la vida doméstica no fue ni desafiada ni confrontada, sino más bien asumida e incorporada a sus propósitos religiosos. La traslación de su trabajo más allá del ámbito familiar posibilitó la ampliación del significado de la esfera femenina, tanto en el ámbito católico como en el protestante. En consecuencia, las enfermeras religiosas trasladaron el cuidado de los enfermos desde la esfera privada del convento, a la vida pública, materializada en las instituciones hospitalarias, que ellas mismas fueron impulsando y gestionando.

Consecuentemente, puede decirse que el principal ámbito de circunscripción de las labores de Enfermería desarrolladas por parte de las órdenes religiosas fue el hospital. El éxito del trabajo de las enfermeras religiosas hay que atribuirlo a su habilidad a la hora de asimilar el clima político y económico específicamente americano, así como a su capacidad para emplear sus habilidades domésticas como catalizadores para el cambio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nelson S. *Say little, Do Much: Nursing, Nuns and Hospitals in the Nineteenth Century*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2001.
2. Ewens M. *The Role of the Nuns in Nineteenth-Century America*. New York: Arno Press; 1979.
3. Kennelly JJ. *The History of American Catholic Women*. New York: Crossroad; 1990.
4. Kennelly KJ. *American Catholic Women: An Historical Exploration*. New York: McMillan; 1989.
5. Coburn CK. & Smith M (1999). *How Nuns Shaped Catholic Culture and Spirited Lives, American Life, 1836-1920*. United States: Running Feet Books.
6. Leonard, A. *Catholic Sisters and Nursing in the Civil War*. *Lincoln Herald*. 1991;winter,65-81.
7. Maher M.D. *To Bind Up the Wounds: Catholic Sisters in the Civil War*. Baton Rouge: Louisiana State University Press; 1999.
8. Tracy Ellis J. *Catholics in Colonial America*. Baltimore: Helicon Press; 1965.
9. Brewer, EM. *Nuns of the Education of American Catholic Women, 1860-1920*. Chicago: Loyola University Press; 1987.
10. Stewart GC. *Marvels of Charity: History of American Sisters and Nuns*. Huntington: Our Sunday Visitor; 1994.
11. Doyle A. *Nursing by Religious Orders in the United States: Part I, 1809-1840*. *The American Journal of Nursing*. 1929; 7(29),764-786.
12. McNamara JA. *Sister in Arms: Catholic Nuns through Two Millennia*. Cambridge: Harvard University Press; 1926.
13. Mannard JG. *Maternity...of the spirit: Nuns and Domesticity in Antebellum America*. *United States Catholic Historian*. 1985;5,(3/4),305-324.

# LA CONSTRUCCIÓN NARRATIVA DE LA IDENTIDAD ENFERMERA EN LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

## *The narrative construction of nurse's identity in the Hospitaller Order of St John of God*

Antonio Vázquez Sellán

Centro Universitario San Rafael-Nebrija (Universidad Antonio de Nebrija)

Begoña Cuenca de Prada

Centro Universitario San Rafael-Nebrija (Universidad Antonio de Nebrija)

Florentino Blanco Trejo

Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid

**PALABRAS CLAVE:** identidad, historia, Hermanos de San Juan de Dios.

**KEY WORDS:** identity, history, Brothers of St John of God.

**RESUMEN:** Nuestro trabajo cobra sentido en una línea de investigación cuyo objetivo es estudiar el proceso de construcción histórica de la enfermería española desde una perspectiva mediacional. Exploraremos el modo en que dos enfermeros de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios ponen en relación su visión de la historia disciplinar con los valores de la Orden. Ambos han cumplimentado por escrito un cuestionario abierto compuesto por seis preguntas. Nuestros resultados muestran que (1) las tramas construidas por los participantes están condicionadas en distinta medida por los valores de la orden y (2) por los escenarios histórico-sociales en los que se han formado.

**ABSTRACT:** Following a mediational approach, the aim of this work is to analyze the way two male nurses from the Hospitaller Order of St. John of God relate their vision of disciplinary history with the values of the Order. Both of them have fulfilled a form with six open questions. Our results show that (1) the plots constructed by our participants are differently conditioned by the values of the Order and (2) by the socio-historical scenarios in which they were formed as nurses.

El objetivo de ese trabajo es explorar el modo en que los valores de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (en lo sucesivo OHSJD) orientan el modo en que sus miembros se representan la historia de la enfermería. Nuestra hipótesis es que estos valores comunes, cuando son ejercidos a través de procesos de socialización enfermera diferentes, deberían dar lugar a formas de conciencia histórica distintas y a concepciones también distintas de la disciplina. No pretendemos, por tanto, reconstruir el relato histórico común y oficial que legitimaría una concepción única y sustancialista de la identidad enfermera en el seno de la OHSJD, sino detectar la polifonía a través de la cual se expresa la diversidad en cualquier grupo humano que aspire a ponerse al servicio de lo humano.

Frente a esta concepción sustancialista, de carácter marcadamente defensivo y conservador, sostenemos que la identidad se entiende mejor como una función o un conjunto de funciones que garantizan una cierta estabilidad y congruencia en un mundo que tiende inevitablemente al cambio y la diversidad<sup>1</sup>. Hemos defendido en otros lugares<sup>2,3</sup> que la identidad pudiera tener de hecho tres funciones generales: (1) contribuir a nuestra continuidad existencial o biográfica; (2) insertar nuestra biografía en la lógica del tiempo histórico y (3) especificar nuestra posición individual en el juego de los grupos y las categorías sociales.

Estas funciones se llevan a cabo en situaciones histórico-sociales concretas a través de lo que hemos denominado actos (o actuaciones) de identificación<sup>4</sup>. La dinámica de estos actos de identificación tiene una dimensión dramática, aunque seguramente no pueden ser reducidos a ella; decimos que la identidad tiene una dimensión dramática porque al tiempo que es ejercida o formulada es también representada o actuada<sup>5,6</sup>. Por ejemplo, algunos médicos o enfermeras llevan bata cuando dan clase, aun siendo manifiestamente innecesaria, como una forma de identificarse, es decir, de representarse a sí mismos según cierta hipótesis sobre lo que son.

Tanto en el plano personal como colectivo, el relato es la forma primaria de representación de la identidad<sup>7-9</sup>. Los colectivos (grupos, profesiones, naciones) elaboran historias oficiales (y también alternativas) como forma de establecer su propia continuidad en el tiempo y de articular, a través de la trama, el modo en que el pasado se hace presente en su aspiración a un futuro determinado, orientado por unos ciertos valores<sup>10,11</sup>.

Si las historias son dispositivos retóricos al servicio de una cierta identidad, entonces no hay neutralidad posible. Los relatos que los grupos humanos (las enfermeras, por ejemplo) construyen, distribuyen y consumen están orientados por agendas de valores concretas, que condicionan no sólo el modo de ver el futuro, sino el modo en que el presente es juzgado y, por supuesto, los acontecimientos del pasado que consideramos necesario incluir en nuestros relatos históricos<sup>2,12-14</sup>.

La dinámica de la identidad enfermera, tanto fuera como dentro de nuestro país, refleja idealmente este debate permanente entre hipótesis identitarias distintas al servicio de valores humanos y profesionales también distintos. Este debate, generalmente poco productivo, entre concepciones distintas de la enfermería resulta aún más agónico en la medida en que otros colectivos (especialmente los médicos) detentan el poder suficiente como para disponer tanto las condiciones como los límites del debate<sup>14</sup>. Estas dificultades en la gestión de su identidad están en la base de muchos de los problemas de salud laboral que afectan a las enfermeras<sup>14</sup>. Por este motivo, estudiar el modo en que las enfermeras se representan su propia identidad es una tarea fundamental para introducir criterios más inteligentes de construcción disciplinar y corregir esta tendencia.

Los dos relatos sobre la historia de la enfermería que vamos a comentar aquí nos permiten intuir la compleja dinámica de la identidad enfermera en el seno de un grupo humano, la OHSJD, decisivo para entender y dar sentido a la historia de la enfermería en nuestro país. Constituyen dos perspectivas personales distintas, armadas sobre escenarios histórico-culturales, también distin-

tos. Estos dos relatos ilustran cabalmente la fluidez de los procesos identitarios y la diversidad de posicionamientos posibles dentro de un mismo campo de juego.

## MÉTODO

Hemos entrevistado a dos personas que representan dos posiciones distintas dentro de la cultura enfermera de la OHSJD. El enfermero de más edad tiene el título de ATS (participante 1) y el más joven es Diplomado en Enfermería (participante 2). Aunque ambos son enfermeros y hermanos de la OHSJD y comparten el mismo ideario y el mismo horizonte de valores, representan dos momentos históricos distintos en el desarrollo de la enfermería española y dos concepciones distintas del cuidado profesional<sup>14</sup>.

Los dos participantes respondieron por escrito, y sin limitación de tiempo o espacio, a un cuestionario compuesto por seis preguntas abiertas. Las tres primeras preguntas (pasado-presente, futuro previsible y futuro deseable, respectivamente) nos permiten reconstruir la representación de la historia de la enfermería española de cada participante, sin imponer ningún criterio de selección de acontecimientos o de estilo narrativo. Las preguntas cuatro y cinco atañen al papel de la OHSJD en la historia de la enfermería española y la seis al nivel de interiorización personal de los valores enfermeros de la OHSJD.

Para orientar el análisis de las respuestas hemos adaptado una estrategia inspirada por Gergen y Gergen<sup>15</sup>, que ya hemos utilizado previamente para el análisis de la función de la historia en la construcción de la identidad nacional<sup>16</sup>, de la identidad disciplinar de los psicólogos<sup>17</sup> y de la identidad disciplinar de las enfermeras españolas<sup>2</sup>.

Nuestra hipótesis es que los relatos históricos son dispositivos literarios retóricamente organizados al servicio de ciertas formas de entender la identidad de un colectivo<sup>10</sup>. Es decir, ofrecen argumentos persuasivos, verosímiles, más que verdaderos, que sostienen una cierta idea sobre el sentido histórico de un colectivo.

## RESULTADOS

En primer lugar cabe decir que tenemos en nuestras manos dos relatos que soportan concepciones casi opuestas de la disciplina y seguramente de sus funciones en el seno de la sociedad contemporánea. El texto del participante 1 presenta la estructura de un relato romántico en el que la enfermería parece ir ganando cada vez mayores niveles de agencialidad y control sobre su destino, autonomía y reconocimiento social. El relato da por supuesto el hecho de que la enfermería ha alcanzado el nivel de autonomía necesario en relación con el resto de las profesiones socio-sanitarias, un criterio que se convierte en la clave para una valoración abiertamente positiva del estado actual de la disciplina:

“La Enfermería española ha llegado a un gran nivel de formación y de actuación en el ámbito de la salud y de los servicios sociales [...] El concepto de enfermería ha logrado quitar la imagen de los enfermeros/as eran los “secretarios” de los médicos o sus ayudantes.”

Este presente entraña una apelación a un pasado genérico de esfuerzo y lucha por la autonomía, “de muchas reivindicaciones y sensibilización por parte de la Enfermería”, y a un futuro “prometedor, siempre que los cambios de la política sanitaria y social sean progresistas y basados en evidencias científicas y sociales”. Este futuro previsible no se diferencia mucho del deseable, que parece estar enteramente en las manos del colectivo, siempre que éste persevere, como parece haber venido haciendo, en la formación y el ajuste de los cuidados a las demandas sociales y en la especialización.

Por su parte, el texto del participante 2 presenta la orientación moral propia de las tragedias. La enfermería aparece como una instancia que nunca ha ejercido suficiente control sobre su propio devenir, a expensas de las formas de poder, a pesar de las cuales sigue agónicamente viva:

“Personalmente, creo que [la enfermería ha alcanzado su estado actual] a través de un profundo sentimiento de inferioridad con respecto a otras profesiones sanitarias, sobre todo la médica”.

El texto que acabamos de citar da por supuesto que el presente de la disciplina está muy lejos de ser el ideal. Apunta una idea extremadamente lúcida: cualquier logro social o profesional resulta irrelevante si sólo sirve para enmascarar una profunda incomodidad identitaria. La enfermería siempre ha estado “intentando justificarse constantemente sobre su importancia en el cuidado de las personas”. En este contexto la insistencia en lo aparentemente conseguido aparece como una forma dudosa de gestionar retóricamente un malestar profesional, seguramente ético, profundo:

“Siempre me ha molestado ese afán por recalcar que nuestros estudios son universitarios, que somos profesionales, que somos facultativos (en el sentido de persona entendida en algo y con facultad para decidir sobre su actuación)... creo que hay un sentimiento colectivo de que somos menos importantes de lo que realmente somos.”

Como antes insinuábamos, esta valoración profundamente pesimista de la enfermería actual es la expresión de un pasado implícito, elíptico, en el que la distancia con el paciente era más corta y la conciencia de un cuidado genuino, al margen de los criterios fisiológicos, de poder y autonomía, más intensa. Esta forma casi nostálgica de imaginar el pasado, emparentada, como veremos un poco más abajo, con su forma de entender la OHSJD como comunidad de cuidados, arroja un saldo lúcidamente desolador sobre el futuro que le espera a la disciplina y a la sociedad que le da sentido:

“El futuro de la enfermería se encaminará hacia donde se encamine el modelo de salud, hacia una mayor burocratización, hacia unos cuidados mucho más defensivos desde el punto de vista legal y a un menor contacto con el paciente.”

El futuro deseable implicaría, por el contrario, un improbable desmantelamiento tanto del proceso de tecnificación burocrática del cuidado como de los valores sociales que lo justifican. Este proceso llevaría a una deconstrucción de la idea misma de cuidado, cuyo núcleo ético estaría ya en la idea de acompañamiento y cuya superficie de trabajo sería, más que el organismo, el proceso vital, la vida:

“[El futuro deseable sería] Justamente el contrario, una enfermería basada en la persona y no en la enfermedad, el síntoma o la estadística, donde la enferm[er]a sea una acompañante del proceso vital, que ayude a la toma de decisiones de la persona, desde un punto de vista global y no tan especializado.”

Se trata, en efecto, de dos relatos abiertamente alternativos, incluso aunque se ciernan sobre valores ideológicos (políticos y religiosos) aparentemente semejantes. Las diferencias se dan, sobre todo, en virtud del modo en que estos valores se incorporan a cada proyecto vital. El relato del ATS sobre la OHSJD es un relato menos elaborado, y menos interiorizado, que el relato del diplomado. Para el ATS la OHSJD es esencialmente una fuerza más en el proceso de humanización de los servicios de salud, un factor que permitiría corregir los excesos comprensibles de la técnica y la racionalidad:

“Creo que los enfermos y necesitados, así como los medios técnicos más avanzados, necesitan de la hospitalidad en el verdadero sentido de esta palabra, hoy y mañana. Si el Hospital o Centro no acoge a las personas, a la totalidad de la persona, le estamos dando una gran decepción, y restamos credibilidad a nuestra profesionalidad de enfermeros/as”

La hospitalidad es, por así decirlo, el valor añadido de la OHSJD al proceso general de profundización en la condición humana en el que se ha embarcado esperanzadamente la enfermería actual. Se trata de un proceso natural, no problemático, dado por supuesto. De este modo, el encuentro entre enfermera y enfermo es entendido como un encuentro entre personas, pero necesariamente técnico y asimétrico:

“Los tratamientos y el encuentro entre enfermero/a y enfermo/a tiene y debe ser un encuentro entre dos personas, una necesitada de salud y otra que le ayuda a alcanzar la salud, es un encuentro profesional, pero ante todo es un encuentro humano.”

Por último, los valores de la OHSJD funcionan en este discurso como máximas que regulan de fuera a dentro las acciones de cuidado. Se trata de principios que no es necesario reformular en el espacio de la conciencia personal, porque se entienden como apriorísticos y universales:

“Respetando la dignidad de la persona humana, desde el inicio hasta el final de la vida.  
Ofreciendo una atención integral: física, psíquica, social y espiritual.  
Tolerancia, misericordia, comprensión, universalidad.  
Promocionando la salud y luchando contra la enfermedad y el sufrimiento.”

En contraste, el participante 2 presenta una forma más sofisticada de incorporación de los valores de la Orden en su proyecto de cuidados, hasta el punto de que es incapaz de disociar los valores de la OHSJD de sus propios valores como enfermero:

“No creo que pueda contestar a esta pregunta, ya que mi ser enfermero ha sido siempre desde la orden, no solo porque mi formación y mi trabajo siempre se ha desarrollado dentro de ella, sino porque mi visión y mi sentir se centran en este modelo de enfermería.”

Como antes avanzábamos, son los valores de la OHSJD los que finalmente llevan a enfatizar la actitud de acompañamiento como elemento fundante de su concepción del cuidado:

“Por intentar resaltar alguna cosa, creo que la concepción de mi trabajo como acompañante, cualificado, pero acompañante al fin y al cabo, del enfermo, sin derecho a juzgar, a decidir o criticar sus decisiones.”

Pero lo realmente interesante para nuestros propósitos es que el participante 2 se anima a elaborar historiográficamente su manera de interiorizar los valores de la OHSJD en su filosofía de los cuidados, mostrándonos así, como pretendíamos, la profunda imbricación entre historia, identidad y valores:

“Un punto a destacar durante la historia de la orden, es que los hospitales siempre han sido dirigidos por y desde la enfermería, nunca han sido hospitales médicos o la clínica del doctor fulanito. La estructura de la comunidad religiosa aportaba a la persona encargada de dirigirlo una información global sobre la realidad del centro y de los pacientes que otros tipos de estructuras no son capaces de aportar, logrando un cuidado global de la persona. Es muy enriquecedor leer las antiguas constituciones de los hermanos y comprobar como se regulaba que el paciente del hospital fuera atendido en su totalidad, preocupandose por su higiene, su dieta, su ropa, la atención médica, por su atención espiritual... así como los diversos oficios de los que no estaban en contacto con el enfermo pero sí prestaban servicios auxiliares tales como cocina, lavandería, limosna, etc”

La organización de la comunidad religiosa como comunidad de cuidados, cubriendo todas las necesidades de los enfermos, hacía más patente la idea de una continuidad existencial, vital, que no puede ser tan visible si los cuidados se organizan con un criterio anatómico o medicalizado. La OHSJD se convierte así, por una vía práctica, en un baluarte de una concepción del cuidado profundamente contemporánea y que permite mantener el foco ético en el plano de la vida.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Bauman Z. *Vida líquida*. Madrid: Paidós Ibérica; 2006.
2. Vázquez A. *El papel del conocimiento histórico en la construcción de la identidad enfermera: una aproximación mediacional al conflicto disciplinar*. Tesis doctoral inédita. Madrid: UAM; 2012.
3. Rasskin I. *Identidad y alteridad en la escuela multicultural una etnografía crítica*. Tesis doctoral inédita. Madrid: UAM; 2012.
4. Rosa A y Blanco F. *Actuations of Identification in the games of identity. Social practice/Psychological Theorizing* [Internet]. 2007 [consulta el 10 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.sppt-gulerce.boun.edu.tr/article7.aspx>
5. Goffman E. *La representación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu; 1981.
6. Burke K. *A grammar of motives*. Los Angeles: University of California Press; 1969.
7. Ricoer P. *Temps et récit*. Vol I. Paris: Le Seuil; 1984.
8. Bruner J. *Actos de significado*. Madrid: Alianza; 2006.
9. Balbi J. *La mente narrativa*. Madrid: Paidós Ibérica; 2004.
10. White H. *The content of the form*. Boston: Johns Hopkins University Press; 1990.
11. Blanco F. *El cultivo de la mente*. Madrid: Machado; 2002.
12. Rosa A, Huertas J y Blanco F. *Metodología para la historia de la psicología*. Madrid: Alianza; 1996.
13. Rosa A, Castro J y Blanco F. *Otherness in historic situated self-experiences*. En L. Simao y J. Valsiner (comps.). *Otherness in question: Development of the self* (pp. 229-255). Charlotte (NC): InfoAge; 2006.
14. Sellán MC. *La profesión va por dentro*. Madrid: FUDEN; 2008.
15. Gergen KJ y Gergen MM. *Narratives of the self*. In Sarbin TR y Scheibe KE (ed). *Studies in social identity* (pp. 254-273). New York: Praeger; 1983.
16. Rosa A, Blanco F, Díaz F y Castro J. *Europe as a discursive resource for Spanish national identity*. En Ulf Hedetoft (ed). *Political Symbols, Symbolic Politics: European Identities in Transformation*. Aldershot: Ashgate. (105-131); 1998.
17. Jiménez B, Blanco F y Morgade M. *La función de los mitos fundacionales en la promoción de una identidad disciplinar para la psicología*. *Revista de historia de la psicología*, 22(3-4)297-310; 2001.

# SALUS INFIRMORUM EN TÁNGER EN LOS AÑOS 1952-1956

## *Salus Infirmorum in Tangier in the years 1952-1956*

**Concepción Mata Pérez**

Docente del Centro Universitario de Enfermería Salus Infirmorum

**Isabel Lepiani Díaz**

Docente del Centro Universitario de Enfermería Salus Infirmorum

**Josefa Calatayud Succino**

Enfermera del Servicio Andaluz de Salud

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería, Tánger, Salus Infirmorum.

**KEY WORDS:** Nursing, Tangier, Salus Infirmorum.

### **RESUMEN:**

- Objetivo: Difundir la labor de Salus Infirmorum en la formación de enfermeras en el Hospital Español de Tánger.- Fuentes: Documentos inéditos del archivo Histórico de Salus Infirmorum, archivos del Ministerio de Asuntos Exteriores

- Metodología: Se recalca el uso y análisis de fuentes inéditas de archivos Históricos de Salus Infirmorum de Cádiz en donde Hemos encontrado documentos escritos, desde la apertura de la escuela en Tánger, pasos a seguir para su elaboración hasta su absolución

- Como resultados se destaca la labor de la formación de mujeres de distintas culturas con un mismo fin, que sería el cuidado de personas donde algunas de ellas acabaron con expedientes académicos bastantes satisfactorios y otras obtuvieron la formación inicial que se impartían pudiéndola ampliar en otros campos.

### **ABSTRACT:**

- Objective: To disseminate the role of Salus Infirmorum in training of nurses in the Spanish Hospital of Tangier.

- Sources: Unpublished historical documents from Salus Infirmorum archive, and Ministry of Foreign Affairs archives.

- Methodology: It must be considered the inclusion in the study of unpublished sources belonging toof Salus Infirmorum, Cadiz Historic Archives. It has been found documents about school openness in Tangier, stages in their implementation and ending

- Results: we highlight the fact that women from different cultural background could be trained in a common objective, people care, whit a good result. This was reflected in satisfactory academic records of students, which were capable of amplifying their initial training to other fields.

- Conclusiones: Tras analizar los documentos se ha podido contrastar la importancia que los conocimientos éticos y morales tiene en el desarrollo de la profesión de la enfermería con respecto al cuidado integral de la persona y teniendo en cuenta la diferencia de cultura y religiones.

-Conclusions: After analysis of these documents we have been able to determine the importance of ethical and moral knowledge in nurse formation directed to comprehensive care of the person. This instruction must be performed taking into account the cultural and religious diversity.

El Hospital Español de Tánger se creó a mediados del siglo XX cuyo objetivo principal era el de atender a la colonia española la cual en aquellos momentos alcanzó los 50.000 habitantes. El centro, que depende del Ministerio de Asuntos Exteriores, atendía a los usuarios de cualquier nacionalidad y llegó a ser el mejor servicio sanitario del Norte de Marrueco [1].

Entre 1912 y 1956 España ejerció un régimen de Protectorado sobre la Zona del Norte de Marruecos, y es después de la 2ª Guerra Mundial cuando aumenta el número de habitantes Españoles en Tánger, ya que se convirtió en Ciudad Internacional [1],[2].

Como consecuencia de este aumento de españoles en Tánger, D. Alberto Martín Artajo, político español, miembro de Acción Católica, que en 1945 ocupó el Ministerio de Asuntos Exteriores, le pide a Dª María de Madariaga y Alonso, presidenta de la escuela de Enfermería "Salus Infirmorum", la posibilidad de abrir una escuela de Enfermería en el Hospital Español de Tánger, para poder formar enfermeras entre las mujeres: españolas, marroquíes o francesas, que luego puedan atender a los españoles que allí residían( AHSIC)[5],[6],[8]

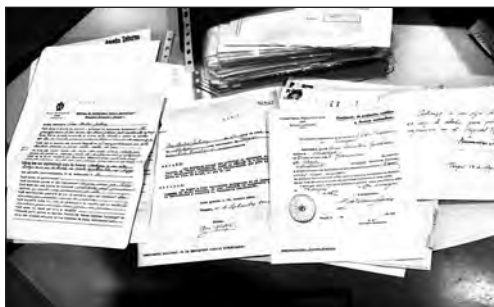
Una vez recibida la autorización Dª Mª de Madariaga y Alonso, comienza con todos los tramites, y tras realizar una campaña publicitaria en periódicos de Tánger, en 1952 para conocer el nivel de formación que tenían las mujeres aspirantes, convoca un curso preliminar con una duración de 10 semanas, donde además de la formación teórica, recibían una formación de prácticas clínicas de 4 horas diarias, las asignaturas que componían el curso eran: religión, elementos moral profesional, anatomía y fisiología, técnicas cuidados enfermos, formación políticas y hogar ( AHSIC) [6]

Dª María de Madariaga una vez finalizado el curso preliminar en el año 1952, y viendo el buen resultado obtenido, inaugura la escuela de enfermería en el Hospital Español de Tánger el año 1953 con 20 alumnas de distintas nacionalidad.( AHSIC)

Estas alumnas que comenzaron sus estudios realizaban sus prácticas clínicas en el Hospital Español de Tánger y también acudían acompañada de sus monitoras a los dispensarios parroquiales, donde se trasladaban a los lugares más despavoridos de la ciudad para dar cuidados a estas personas.[9]

Tras la finalización de sus estudios de dos años, estas alumnas iban con sus monitoras a la Facultad de Medicina de Cádiz, donde realizaban un examen para revalidar los conocimientos adquiridos y conseguir el Título oficial de Enfermería.(AHSIC) [5],[6]

Tras la Independencia en Tánger en 1956, Marruecos crea su propia red de hospitales. Poco a poco el funcionamiento del hospital se va deteriorando debido a los vaivenes políticos, que provocaron la reducción



Documentación del Archivo Histórico de Salus Infirmorum de Cádiz (A partir de ahora AHSIC)

3.1.9.7

**PLAN DE ESTUDIOS PARA LA CARRERA DE ENFERMERA**

Curso 1952 - 53

**PRÁCTICAS Y CLASES.**

**CURSO PRÁCTICAS**

Duración del Curso: 20 semanas = 60 días.

Prácticas: 4 horas diarias por las mañanas.

4 semanas Sala de Desinfección.

4 " : Medicina General.

2 " : Pediatría.

1 " : Cirugía.

1 " : Quirófano.

Pichas, Pichero, micrografía y escrito.

**CLASES**

2 hora diarias, 5 veces = 10 horas semanales = 200 horas Curso.

Religión ..... 1 hora semanal = 20 horas.

Elementos Moral Profa. .... 1 " " = 20 "

Anatomía y Fisiología..... 3 " " = 30 "

Temas cubiertos enfermos..... 1 " " = 20 "

Formación polifásica ..... 1 " " = 20 "

Hogar ..... 1 " " = 20 "

**CURSO CLASES**

Duración del Curso: 9 meses = 21 semanas = 105 días = 210 horas.

Prácticas: 4 horas diarias en Salas de enfermos.

**CLASES**

1.-Religión.....	1 hora semanal = 21 horas.
2.-Moral Profesional.....	1 " " = 21 "
3.-Hogar.....	1 " " = 21 "
4.-Formación polifásica.....	1 " " = 21 "
5.-Anatomía y Fisiología.....	2 " " = 42 "
6.-Temas cubiertos enfermos.....	1 " " = 21 "
7.-Histología.....	1 " " = 21 "
8.-Micrografía.....	1 " " = 21 "
9.-Elementos Físicos y químicos.....	1 " " = 21 "
10.-Matemáticas elementales.....	1 " " = 21 "
11.-Historia de la profesión.....	1 " " = 21 "

**SEGUNDO AÑO.**

Duración del Curso: 11 semanas = 33 días = 330 horas.

Prácticas: 6 horas diarias con los enfermos.

**CLASES**

1.-Religión.....	1 hora semanal = 11 horas.
2.-Moral profesional.....	1 " " = 11 "
3.-Hogar.....	1 " " = 11 "
4.-Formación polifásica.....	1 " " = 11 "
5.-Patología.....	2 " " = 22 "
6.-Farmacología.....	1 " " = 11 "
7.-Matemáticas.....	1 " " = 11 "
8.-Química.....	1 " " = 11 "
9.-Fisiología.....	1 hora semanal = 11 horas.
10.-Historia de la Profesión.....	1 " " = 11 "

**TERCER AÑO.**

Duración del Curso: 11 semanas = 33 días = 330 horas.

Prácticas: 6 horas diarias con los enfermos.

**CLASES**

1.-Religión.....	1 hora semanal = 11 horas.
2.-Moral profesional.....	1 " " = 11 "
3.-Hogar.....	1 " " = 11 "
4.-Formación polifásica.....	1 " " = 11 "
5.-Enfermedades infecciosas.....	1 " " = 11 "
6.-Organos sentidos.....	1 " " = 11 "
7.-Pieloterapia.....	1 " " = 11 "
8.-Ginecología y Parturición.....	1 " " = 11 "
9.-Higiene y Pedagogía.....	1 " " = 11 "
10.-Fisiología.....	1 " " = 11 "
11.-Botánica.....	1 " " = 11 "
12.-Ornamentación sanitaria.....	1 " " = 11 "

Planes de Estudio de la Escuela de Salus Infirmorum de Tánger (Curso 1952-1953)

Fuente: AHSIC Secc. Marruecos.



Foto de las alumnas en la fachada del Hospital Español de Tánger

Fuente: AHSIC Secc. Marruecos.

de la población española y europea, las plazas de muchos médicos jubilados no llegan a cubrirse y se van cerrando servicios.[1],[10]

Actualmente el Hospital Español es, en parte, una residencia de ancianos que cuenta con los mejores cuidados y servicios sanitarios. Por otra parte, sigue ofertando diversos servicios, como algunas consultas externas [10].

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. MORALES LEZCANO, V.: *España y el Norte de África: El protectorado en Marruecos (1912-1956)*. UNED, 1986.
2. HERRERO MUÑOS, L.: "Acción Sanitaria Española en Marruecos" y HERRERO MUÑOS, L.: "La sanidad Española en Marruecos"
3. SOLSONA CONILLERA, J.: "Lineas generales de la organización y legislación de los servicios sanitarios en la zona de protectorado de España en Marruecos: conferencia a los alumnos del curso para jefes de negociado del cuerpo general administrativo".

- En: Anejo al Boletín mensual de información estadística, sanitaria y demográfica. N. 16 (mayo 1941), p. 67-90.
4. SILES GONZÁLEZ, J.: "Fuentes etnográficas e Historia de la Enfermería" En *Híades, Revista de Historia de la Enfermería*, nº 10, 1, 2008 (Ejemplar dedicado a Tradición y Modernidad. Las fuentes para el estudio de Historia de la Enfermería, pp. 111-137.
  5. CHAMORRO REBOLLO, A. MARTÍNEZ DE MANUEL "DEL AYER AL HOY, DE MARÍA DE MADARIAGA A "SALUS INFIRMORUM". En *Híades: Revista de historia de la enfermería*, N.º. 10, 2, 2008 (Ejemplar dedicado a: Tradición y Modernidad. Las fuentes para el estudio de la Historia de la Enfermería), pags. 1151-1163.
  6. CONDE MORA, F.G. .: *La Hermana Mayor D<sup>a</sup> María de Madariaga Alonso (1905-2001)*. Cádiz, 2008.
  7. GALLEGO RODRÍGUEZ, S.: "Los orígenes de Salus Infirmorum en Madrid y Cádiz". En *Híades: Revista de Historia de la Enfermería*, nº 7, (2000) (Ejemplar dedicado a V Congreso Nacional de Historia de la Enfermería), pp. 357-372.
  8. MIRALLES SANGRO, M<sup>a</sup>. T. et Al.: "Historia de la Escuela de Enfermeras Salus Infirmorum en Madrid". En *Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*, nº 1 y 2. Seminario de Historia y Antropología de los Cuidados Enfermeros. Universidad de Alicante. Alicante, 1997.
  9. RODRÍGUEZ SANJOSÉ, T.: Cuidados de Enfermería en los dispensarios parroquiales durante la posguerra española (1939-1955) (en prensa).
  10. OCHOA Y BENJUMEA J.: " El nuevo Hospital Español de Tánger". Revista de obra publicas. Noviembre 1942. Pag 542-548.

## LAS ENFERMERAS RELIGIOSAS EN ESTADOS UNIDOS (1861-1865): LA GUERRA CIVIL AMERICANA

### *Religious nurses in the United States of America (1861-1865): The American Civil War*

Ana Choperena  
Universidad de Navarra

**PALABRAS CLAVE:** órdenes religiosas asistenciales, Guerra Civil Americana, profesionalización

**KEY WORDS:** *health care religious orders, American Civil War, professionalization*

**RESUMEN:** Mujeres religiosas de diferentes órdenes católicas colaboraron durante la Guerra Civil Americana a nivel asistencial. Estas mujeres asumieron el compromiso de atender a los heridos y damnificados a causa de la guerra. Partiendo de esta visión, en este trabajo indago en las aportaciones de las enfermeras religiosas a través del enfoque y la bibliografía que proporciona el marco conceptual de la "historia de las mujeres". De este modo, se puede constatar que el escenario de la guerra proporcionó a las congregaciones católicas la posibilidad de establecer nuevas instituciones hospitalarias y consolidar las existentes. La habilidad de las religiosas para responder tan positivamente a los desafíos políticos y sociales del momento se basó en su organización, en su preparación y en su sentido apostólico. Además, a través de la reorganización y el establecimiento del nuevo sistema hospitalario, colaboraron con la redefinición de los cuidados de Enfermería, de la imagen pública de las mujeres y de la consideración social hacia la iglesia católica en el territorio norteamericano.

**ABSTRACT:** *Women of different Catholic religious orders worked in the care of the wounded during the American Civil War. These women incorporated into their daily lives the care of the injured and homeless of war. From this point of view, in this work I investigate the contributions of religious nurses in the context of war, taking into account the bibliography provided by the conceptual framework of "women's history". Thus, it can be seen that the theatre of war provided the possibility of building new hospitals and consolidate the existing ones. The ability of the religious women to respond positively to the political and social challenges was based on their organization, preparation and apostolic sense. In addition, through the reorganization and establishment of the new hospital system, they collaborated with the redefinition of nursing care, the public image of women and the social consideration for the Catholic Church in the United States territory.*

## INTRODUCCIÓN

Mujeres religiosas de diferentes órdenes católicas administraron cuidados de Enfermería durante la Guerra Civil Americana (1861-1865). Aproximadamente, seiscientas mujeres religiosas de doce órdenes sirvieron durante este periodo en ese contexto. Las hermanas procedían de las siguientes órdenes y lugares: *Sisters of Charity, Nazareth*, Kentucky; *Sisters of Charity, Mount Saint Vincent-on-Hudson*, New York City; *Sisters of Charity, Mount St. Joseph-on-Ohio*, Cincinnati, Ohio; *Daughters of Charity of St. Vincent de Paul*, Emmetsburg, Maryland; *Sisters of St. Dominic*, Memphis, Tennessee; *Sisters of the Poor of St. Francis*, Cincinnati, Ohio; *Sisters of the Holy Cross*, Notre Dame, Indiana; *Sisters of St. Joseph*, Philadelphia, Pennsylvania; *Sisters of Mercy*, Chicago, Illinois; *Sisters of Mercy*, Baltimore, Maryland; *Sisters of Mercy*, Vicksburg, Mississippi; *Sisters of Mercy*, Cincinnati, Ohio; *Sisters of our Lady of Mercy*, Charleston, Carolina del Sur; *Sisters of Our Lady of Mount Carmel*, Nueva Orleans, Louisiana; *Sisters of Providence, St. Mary-of-the-Woods*, Indiana; *Sisters of St. Ursula*, Galveston, Texas<sup>1</sup>.

Las religiosas del bando de la Unión trabajaron en los hospitales militares de Boston, Nueva York, Filadelfia, Pittsburgh, Baltimore, Washington, Columbus, Cincinnati, Louisville, Chicago y San Louis. Los hospitales confederados gestionados por las religiosas se encontraban localizados en Richmond, Charleston, Nashville, Memphis, Vicksburg, Galveston, Atlanta y Nueva Orleans. También desarrollaron sus labores en hospitales de localidades más reducidas. En este caso, las religiosas podían servir a los dos bandos de forma alternativa, en función de quién ocupase en aquel momento los territorios<sup>2</sup>. Otras fuentes hablan de seiscientas diecisiete religiosas trabajadoras en la guerra<sup>3-5</sup>. La historiadora Sioban Nelson maneja la cifra de seiscientas mujeres procedentes de veintiún comunidades<sup>6</sup>.

Tres de las principales grupos asistenciales fueron: las Hijas de la Caridad o *Daughters of Charity*, las enfermeras religiosas de la Santa Cruz o *Nursing Sisters of the Holy Cross* y las Hermanas de San José o *Sisters of St. Joseph*. Las Hijas de la Caridad, encabezadas por la visitadora provincial *Sister Ann Simeon Morris*, desarrollaron su misión de caridad en sesenta localizaciones pertenecientes a quince estados y al distrito de Columbia<sup>7</sup>. Se trataba de la congregación que más mujeres proporcionó en el conflicto (232)<sup>5</sup>. Las religiosas de la Santa Cruz procedían de Notre Dame, Indiana, y a pesar de no aportar una formación inicial en cuanto a la Enfermería, fueron capaces de trasladar los valores espirituales de su grupo a los enfermos y participar en la emergencia social de las mujeres en aquel contexto histórico. Un total de ochenta religiosas, encabezadas por *Mother Angela*, sirvieron en la guerra en Illinois, Missouri, Kentucky y Tennessee<sup>8</sup>. Esta congregación, que previamente no incluía las labores de Enfermería entre sus actividades, formó el segundo mayor grupo de enfermeras de la guerra (sesenta y tres)<sup>5</sup>. La espiritualidad de las Hermanas de San José proporcionó una identidad consistente como para servir a los soldados, proporcionar visibilidad a la práctica de Enfermería y favorecer la comprensión hacia la Iglesia Católica. Coordinadas por *Mother St. John Fournier*, catorce religiosas de la comunidad de Filadelfia sirvieron en hospitales de la Unión y en barcos-hospitales en Virginia durante 1862. Diez religiosas más, procedentes de West Virginia, abrieron su propio hospital en 1864<sup>9</sup>.

## SU TRABAJO COMO AGENTE DE CAMBIO

El principal distintivo de su servicio se fundamentaba en la caridad al prójimo, independientemente del bando o de sus circunstancias personales<sup>10</sup>. Esta actuación desinteresada quedó materializada en la Convención de Ginebra de 1864 que, promovida por la Cruz Roja, pretendía proteger a los heridos de guerra. En virtud de dicha convención, se adoptaron medidas en cuanto a la neutralidad de las unidades hospitalarias y los trabajadores médicos, así como directrices en relación con

la provisión de los cuidados y la subsistencia de los heridos. Los Estados Unidos ratificaron formalmente el Tratado de Ginebra en 1882<sup>10</sup>. Efectivamente, las religiosas eran tan escrupulosamente neutrales que, de manera frecuente, se les permitía el acceso a lugares prohibidos y protegidos por guardas o piquetes<sup>12</sup>. Este fue uno de los motivos por los que la presencia de todas ellas supuso la aminoración de los prejuicios hacia la iglesia católica.

La mayor parte de las religiosas habían recibido formación en Europa<sup>11</sup>. Estas mujeres, cuya misión en el siglo XIX en el contexto americano incluía la enseñanza, el cuidado de los enfermos, el consejo espiritual y la alimentación de los huérfanos, asumieron el compromiso de atender a los heridos y damnificados a causa de la guerra<sup>3</sup>. Conforme fue avanzando el conflicto y los prejuicios hacia las mujeres que desarrollaban los cuidados de manera voluntaria no desaparecieron, el presidente Abraham Lincoln manifestó la conveniencia de favorecer su presencia en los grupos de ayuda. De hecho, escribió cartas de protección hacia ellas y hacia sus competencias y las felicitó personalmente en visitas a Washington. Por su parte, el presidente confederado Thomas Jefferson, hizo lo propio con aquellas que trabajaban en el sur<sup>12</sup>. Su buena consideración se basaba en el hecho de que eran mujeres organizadas, acostumbradas a la disciplina, obedientes a la autoridad e independientes de sus familias como para pasar largos periodos alejadas del hogar. Además, parecían inmunes ante la posibilidad de romances con los soldados y no exigían paga alguna. Efectivamente, aunque las órdenes recibían pagas para su sustento general de forma centralizada, las religiosas tuvieron que hacer frente a grandes dificultades económicas. Por ejemplo, las Hermanas de la Misericordia en Vicksburg se vieron forzadas a utilizar hilo blanco en sus hábitos negros y a utilizar zapatos de piel de conejo, elaborados por uno de los sacerdotes<sup>5</sup>. Ann Leonard, en "Catholic Sisters and Nursing in the Civil War" (1991), describe cómo fueron agrupadas, en su mayor parte, bajo el nombre de *Sisters of Charity* y cómo recibían no más de cuarenta céntimos al día<sup>12</sup>.

La guerra proporcionó a las congregaciones católicas la posibilidad de establecer nuevas instituciones y consolidar las existentes. Las religiosas atendieron a los heridos y a los enfermos en el campo de batalla, en hospitales religiosos y hospitales militares<sup>13</sup>. Del mismo modo, barcos de transporte, hospitales de campaña y otros lugares provisionales e improvisados configuraron el entorno en el que muchas desarrollaron sus labores de Enfermería<sup>5</sup>. La aparente identidad subordinada no socavó su control hacia sus propias organizaciones, pues eran ellas las que gestionaban sus instituciones, controlaban sus finanzas y negociaban a nivel eclesiástico, médico y militar<sup>9</sup>.

La habilidad de las religiosas para responder tan positivamente a los desafíos políticos y sociales de la guerra se basó en su organización, en su preparación, en su sistema de casa-madre y en su sentido de apostolado<sup>6</sup>. Más allá de grandes avances terapéuticos, su éxito estaba fundamentado en la buena comida, en el calor del hogar, en la limpieza y en la dignidad, componentes que hacían que los hospitales y los lugares donde desarrollaban sus cuidados se convirtieran en adecuados y agradables, tanto para las almas como para los cuerpos de los pacientes<sup>14</sup>.

Debido a su humildad y a su condición de trabajadoras no retribuidas, las mujeres católicas no fueron registradas en las listas oficiales del Gobierno y, por lo tanto, se conservan escasos documentos de sus sacrificios. El número de mujeres pertenecientes a grupos religiosos que fallecieron en la contienda es desconocido, pero se estima que fueron cientos las religiosas que perecieron en sus esfuerzos por atender a los heridos y enfermos en la guerra<sup>2</sup>. Con el paso de los años, las enfermeras religiosas fueron olvidadas debido a su escaso interés en dotar a su trabajo de la merecida visibilidad<sup>15</sup>. Sin embargo, a pesar del olvido general, las autoridades eclesiásticas se empeñaron por cambiar la imagen de los católicos en los años posteriores a través de cartas pastorales que expresaban, de manera pública, su gratitud hacia las religiosas<sup>9</sup>.



## CONCLUSIONES

Las mujeres religiosas que contribuyeron a través de sus cuidados en la Guerra Civil Americana no incluyeron entre sus principales motivaciones el bando o las retribuciones, sino más bien atender a la dignidad de las personas y colaborar con Dios en la asistencia a los necesitados. Por todo lo dicho, su trabajo colaboró en la redefinición de la visión general de los cuidados de Enfermería, de la imagen pública de las mujeres religiosas y de la consideración general social hacia la iglesia católica en el territorio americano.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dolan JA. *History of Nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1969.
2. Fitzpatrick MF. The Mercy Brigade. *Civil War Times Illustrated*. 1997;5(36),34-43.
3. Lesniak, RG. Expanding the Role of Women as Nurses during the American Civil War. *Adv Nurs Sci*. 2009;32(1):33-42.
4. Wall BM. Called to a Mission of Charity: The Sisters of St. Joseph in the Civil War. *Nurs Hist Rev*. 1998;6,85-113.
5. Maher MD. *To Bind Up the Wounds: Catholic Sisters in the Civil War*. Baton Rouge: Louisiana State University Press; 1999.
6. Nelson S. Reading Nursing History. *Nurs Inquiry*;4(4),229-236.
7. McNeil BA. The Daughters of Charity as Civil War Nurses, Caring without Boundaries. *Vincennes Heritage Journal*. 2007;1(27),133-168.
8. Wall BM. Grace Under Pressure: The Nursing Sisters of the Holy Cross, 1861-1865". *Nurs Hist Rev*. 1993;1,71-87.
9. Wall BM. Called to a Mission of Charity: The Sisters of St. Joseph in the Civil War. *Nurs Hist Rev*. 1998;6,85-113.
10. Sarnecky MT. *A History of the U.S. Army Nurse Corps*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1999.
11. Gangwer CW. Civil War Nurses and Society's View of Women. *The Kansas Nurse*. 1998;63(12),11-12.
12. Leonard A. Catholic Sisters and Nursing in the Civil War. *Lincoln Herald*. 1991; winter,65-81.
13. Davis RW. Behind the Battle of Gettysburg: American Nursing is born. *Pennsylvania Heritage*. 1987;13(4),10-15.
14. Rosenberg CE. *The Care of Strangers: The Rise of America's Hospital System*. Baltimore and London: The John Hopkins University Press; 1987.
15. Schultz JE. *Women at the Front: Hospital Workers in Civil War America*. Chapel Hill: University of Carolina Press; 2004.

# SOR PAULA ALZOLA LIZARRITARRA (1847-1934). VIDA Y OBRA DE UNA HERMANA DE LA CARIDAD EN HUELVA

## *Sister Paula Alzola Lizarritarra (1847-1934). Life and Work of a Sister of Charity in Huelva*

José Eugenio Guerra-González  
Hospital Ntra. Sra. de Valme (Sevilla)

Carmen M<sup>a</sup> Martínez-Sánchez  
Hospital El Tomillar (Sevilla)

**PALABRAS CLAVE:** Hermanas de la Caridad, Hospital, Vida y Obra

**KEY WORDS:** Sisters of Charity, Hospital, Life and Work

**RESUMEN:** Este trabajo rinde merecido homenaje a la figura y trayectoria de Sor Paula Alzola Lizarritarra y a la Obra de su Orden, las Hermanas de la Caridad, en Huelva. La investigación se realiza con una metodología histórico-biográfica y utiliza fuentes y técnicas diversas. En conclusión, figura, -persona y profesional- de Sor Paula Alzola Lizarritarra en Huelva se constata que fue exitosa y fructífera y la Orden gozó de un gran prestigio institucional y civil, siendo prueba de ello sus numerosos reconocimientos profesionales y públicos y el arraigo de ella y su Orden en la sociedad onubense a través de numerosas instituciones.

**ABSTRACT:** This work pays tribute to the figure and trajectory of Sister Paula Alzola Lizarritarra and the Work of his Order, the Sisters of Charity, in Huelva. The research was done with a historical-biographical methodology and sources and uses various techniques. In conclusion, figure, -person and professionally- Sister Paula Alzola Lizarritarra in Huelva is found that was successful and fruitful and the Order enjoyed great institutional and civil prestige, as evidenced by his numerous professional and public recognition and establishment of she and her Order in Huelva society through numerous institutions.

Las Hijas de la Caridad en Huelva tienen un referente en la persona de Sor Paula Alzola Lizarritarra, gran desconocida pero no por ello carente de valía personal y profesional para con la sociedad onubense, aquella acuciada por la miseria, las enfermedades, los más desfavorecidos y necesitados de la segunda mitad del siglo XIX. Así pues, Huelva sigue en deuda perenne e impagable con ella y su obra a pesar de los reconocimientos públicos ya otorgados en vida y en su ausencia.

El objetivo planteado con el presente trabajo es rendir merecido homenaje a la figura y trayectoria de Sor Paula Alzola Lizarritarra así como a la Obra de su Orden, las Hermanas de la Caridad, en Huelva y por extensión a todos los miembros de esta Institución religiosa.

A partir de una metodología de investigación histórica, de índole biográfica se han utilizado fuentes testimoniales -materiales y culturales-, y no testimoniales -culturales-, técnicas de índole cualitativa, la observación documental -prensa, publicaciones oficiales y textos bibliográficos-, biográficas y de investigación oral -entrevista, cuestionario- y también cuantitativas -estadística descriptiva y gráficas-.

Así pues, se está en disposición de afirmar que Sor Paula Alzola Lizarritarra, nace el 16 de Enero de 1847, en Arichavaleta (Guipúzcoa), de familia aristócrata. Ampliamente desconocida resulta ser su vida anterior a la llegada a tierras onubenses allá por el año 1887, posiblemente requerida por su prima Sor Francisca Jaúregui Alzola y por otra Hermana, Sor Baldomera Iparraguirre Estola, ambas llegadas a Huelva a principios de 1885.<sup>(1)</sup> Por entonces, las hermanas vascas de esta Orden dependían de la Provincia de Madrid pues la Provincia Vasca de las Hijas de la Caridad no se crea hasta el año 1950.<sup>(2)</sup>

Apenas un quinquenio después, Sor Paula Alzola es proclamada Superiora de las Hermanas de la Caridad en el Hospital Provincial de Huelva (1892). Foto 1. Los testimonios documentales sobre su persona la consideran *recta, tranquila, sobria, valerosa, virtuosa, de esmerada educación, querida, apreciada* etc., cómo así lo atestiguan numerosos artículos periodísticos de la época en los que incluso se la recordaba anualmente en sus onomásticas o se le legaba testamentos.<sup>(3)(4)</sup>

Tal es la admiración ciudadana y popular de la Hermana Sor Paula Alzola que es nombrada Hija adoptiva de Huelva y se le concede rotular con su nombre una calle, muy céntrica, en el antiguo Huerto de la Merced,<sup>(5)</sup> a espaldas del templo, su Templo, el Hospital Provincial de Huelva, perpetuándose su vida y obra en el nomenclátor onubense.<sup>(6)</sup> Foto 2.

Nuestra biografiada fallece a una edad avanzada para la época, a los 87 años (9/2/1934), y así es publicado para conocimiento general en un periódico nacional como en otras tantas ocasiones lo había sido su labor asistencial para los más desfavorecidos.<sup>(7)</sup> Foto 3



Foto 1. Fachada de la Iglesia de la Merced y del Hospital Provincial de la Merced (Huelva). Foto procedente de [www.huelvabuenasnoticias.com](http://www.huelvabuenasnoticias.com)



Foto 2. Lozas de la calle dedicada a Sor Paula Alzola Lizarritarra, en la trasera de la Iglesia y el Hospital Provincial de la Merced (Huelva). Foto realizada por José Eugenio Guerra González (15/3/2014)

La llegada de la comunidad de las Hijas de la Caridad a Huelva se remonta al año 1876, con la misión de responsabilizarse del régimen interior del Hospital Provincial de la Merced, labor socio-caritativa, concretamente por la contrata efectuada entre el instituto religioso y la Diputación Provincial de Huelva el 8 de Junio de 1876, entre D. Antonio Soldán y Salsedo, senador representando a la Diputación de Huelva y el director de las Hijas de la Caridad, D. Mariano G., Maller.<sup>(6)</sup> Este Hospital provincial de la Merced comenzó a funcionar en el año 1868 y fue inaugurado al año siguiente cerrando sus puertas en el año 1985, por tanto 117 años de vida, de historia. En este año de 1869, el edificio en su conjunto albergaba la sede de la Diputación de Huelva, el Instituto General y Técnico y el Hospital Provincial de la Merced propiamente dicho y que según consta en la documentación existente, en las dependencias habilitadas por entonces del Hospital llegó a acoger a 293 enfermos.<sup>(9)</sup>

Es digno mencionar que el Hospital Provincial de la Merced ocupó el vacío socio-sanitario dejado por el anterior centro sanitario de la provincia, el Hospital de la Caridad.<sup>(2)</sup> Por entonces, este establecimiento sanitario, el Hospital Provincial de la Merced, atendía a más hombres que mujeres, en más de  $\frac{3}{4}$  partes y en cuanto a la morbilidad estacional, estaba siempre más acentuada en los 2<sup>os</sup> semestres. Por otro lado, las enfermedades diagnosticadas en el Hospital para el periodo 1870-1880, por este orden e incidencia eran la calentura, la sífilis y las heridas (46%-67%) mientras que la evolución de los enfermos finalizaba en curados (85%-92%) y en fallecidos (5%-11%).<sup>(10)</sup> Foto 4.

La ardua y documentada labor de aquellos periodistas locales y nacionales, verdaderos guardianes de la Historia, que escribieron sus columnas periodísticas acerca de la Obra de la Congregación hace que podamos mencionar hoy con nombres propios a algunas de las Hijas de la Caridad ejercientes antaño y que responden a los nombres de Sor Fausta Goyeneche, Sor Rafaela Muñoz, Sor Purificación González García, Sor María del Carmen Frías Rus, Sor Justa Domínguez <sup>(6)</sup> y tantas otras.

Siendo imprescindible en este trabajo señalar el legado más relevante de las Hijas de la Caridad en Huelva tendremos que mencionar la Farmacia Municipal (1890-1985), la Cocina Económica o Restaurante Municipal de San Vicente de Paúl (1893-1990), la Escuela de párvulos (1897), las Escuelas de San Vicente de Paul (1913), el Centro de Puericultura Gota de Leche (1923) y la Comunidad "Margarita Naseau" y "Sta. Catalina" (1986).<sup>(8)</sup>

Antes de finalizar este trabajo comentar que el Hospital Provincial de la Merced, en Huelva cierra sus puertas y con ello toda su centenaria actividad asistencial bajo mandato de las Hijas de la Caridad en el año 1985, pasando en el mes de junio de 1986 las últimas Hijas de la Caridad que

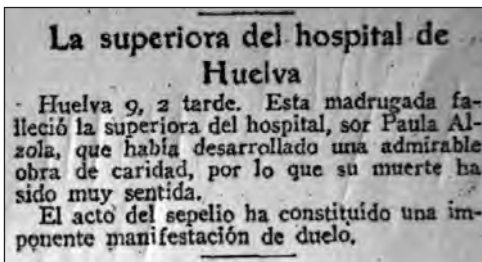


Foto 3. Noticia del fallecimiento de Sor Paula Alzola en el periódico ABC Madrid, Edición de la mañana, fechada el 10/2/34, pág. 40.



Foto 4. Sala del Hospital de la Merced, con una veintena de enfermos encamados y una Hermana de la caridad al fondo. Foto procedente de [www.huelvabuenasnoticias.com](http://www.huelvabuenasnoticias.com)

aún permanecían en él al Hospital Infanta Elena de Huelva.<sup>(6)</sup> Para finalizar, hacer constar que en el artículo número 5 de las *Atribuciones de las Hijas de la Caridad* se manifestaba lo siguiente:<sup>(2)</sup>

*Las hijas de la Caridad tendrán a su cargo y desempeñaran con el celo propio de su instituto todas las salas de enfermos y enfermas del Hospital, dando en todas los alimentos y medicinas internas; y las externas a sólo las personas de su sexo, a excepción de las salas destinadas para el venéreo, por prohibírsele sus reglas; pero cuidaran que los encargados de dichas salas cumplan exactamente con sus deberes prestando a los enfermos toda la asistencia debida, y suministrándoles todos los alimentos y medicinas necesarias. También cuidaran... por sí mismas de las salas de las parturientas, pero prestaran los servicios necesarios por las personas destinadas a su inmediato servicio.*

E igualmente, en las *Atribuciones de la Superiora de las Hijas de la Caridad*, se manifestaba entre otros aspectos:

Art. nº 2. *Su nombramiento, a cargo del Director de las Hermanas de la Caridad.*

Art. nº 6. *Distribuirá los empleos entre las Hermanas.*

Art. nº 7. *Interlocutora de órdenes y providencias entre Jefes e Hijas de la Caridad particulares.*

Art. nº 9. *Receptora de bienes donados por terceras personas.*

Art. nº 17. *Designar hora de misa diaria en la iglesia o capilla.*

Art. nº 18. *Gestionar el gasto -vestido, calzado y demás-, de las Hijas de la Caridad -40 reales de vellón/mes/Hermana-.*

Por último, decir que actualmente la Obra de las Hijas de la Caridad en Huelva perdura en el tiempo, está aún presente y muy arraigada entre nosotros, con algunas de sus miembros aún en activo ejerciendo labores socio-sanitarias, tal es el caso de la Hermana Enfermera D<sup>a</sup> Esther López Pérez de Caballero, en Alosno<sup>(11)(12)</sup> e incluso, cómo antes se ha mencionado y constatado mediante fotografía, en el propio nomenclátor onubense para deleite de aquel ciudadano anónimo con problemática socio-sanitaria en el que volcó toda su sapiencia y experiencia en el cuidar y curar.

A modo de conclusión comentar que la figura, -persona y profesional- de Sor Paula Alzola Lizarritarra en Huelva fue exitosa y fructífera y la Orden gozó de un gran prestigio institucional y civil, prueba de ello sus numerosos reconocimientos profesionales y públicos y su arraigo en la sociedad onubense. Por tanto, el legado de las Hermanas de la Caridad en Huelva fue antaño, es ahora y será por tiempo de vital importancia en el desarrollo socio-sanitario y de valores de Huelva y sus ciudadanos.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Martínez Navarro AJ. Sor Paula Alzola, Reverenda Hija de la Caridad. En: Galería de mujeres de Huelva. Universidad de Huelva. 2010. Capítulo VI, pag. 37-40
- (2) Información facilitada tras la colaboración demandada a D. Manuel Solórzano Sánchez. Realizada por D. José Eugenio Guerra González. 25/11/14
- (3) Diario Huelva. 16/1/20; Consultado el 15/1/2015, 23/2/2015 y 12/3/2015
- (4) Diario La Provincia. 16/1/1898; 16/1/26; Consultado el 3/1/2015, 19/2/2015 y 16/3/2015
- (5) Díaz Hierro D. Historia de las calles y plazas de Huelva. Excmo. Ayuntamiento de Huelva y Ediciones Consulcom. 2012. Tomo II. pág. 772-790
- (6) Archivo fotográfico personal de D. José Eugenio Guerra González

- (7) ABC Madrid. La superiora del hospital de Huelva. Edición de la mañana. 10/2/34; pág. 40. Consultado el 20/1/2015.
- (8) Sagrañes Gómez EJ. La Milagrosa y las Hijas de la Caridad en Huelva. Atlantic Cooper. 1998
- (9) Vicerrectorado de los Centros Universitarios de Huelva. La Merced y su uso Provincial. En: La Merced. Cuatro siglos de Historia. Universidad de Sevilla. Consejería de Educación y Ciencia. Junta de Andalucía. 1991. Cap. III. pág. 70-77
- (10) Peña González P. Morbilidad en el Hospital Provincial. En: La salud y la enfermedad en Huelva en el siglo XIX (1800-1880). Colección Investigación. Diputación Provincial de Huelva. 1993. pag. 225-231
- (11) Entrevista a la Hermana D<sup>a</sup>. Esther López Pérez de Caballero. Realizada por D. José Eugenio Guerra González en el mes de Febrero de 2006. No publicada.
- (12) Salas MJ. El análisis de la Historia de la Enfermería por medio del método biográfico. La Llegada de la Congregación de las Hermanas de la Caridad de Sta. Ana a Alosno, Huelva (1951). Doc Enf. 2007; 26:19-23.



# EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS GERIÁTRICOS A TRAVÉS DE UNA INSTITUCIÓN RELIGIOSA: LAS HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS

## *Evolution of geriatric care through a religious institution: las Hermanitas de los Ancianos Desamparados*

Sarabia-Cobo CM.

Escuela de Enfermería, Universidad de Cantabria

Domínguez, E.

Hermanitas de los Ancianos Desamparados, Madrid.

De Lorena, P.

Hermanitas de los Ancianos Desamparados, Madrid.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería Geriátrica; Investigación cualitativa; Historia de la Enfermería.

**KEY WORDS:** Nursing; Qualitative research; History of Nursing.

**RESUMEN:** El objetivo de este trabajo es analizar la experiencia de las monjas enfermeras de la congregación de las Hermanitas en su atención al anciano. Se realizó una investigación cualitativa basada en entrevistas en profundidad a cinco religiosas de distintas Casas de España. Destaca el carisma vocacional y la evolución histórica de la profesión enfermera (aprobada en 1915 en España) que las religiosas defienden como "una necesidad" y "una responsabilidad, ya que saber cuidar es cuidar bien, y nosotras somos por vocación dadoras de buenos cuidados". La enfermería gerontológica y geriátrica en España puede ser evaluada desde el prisma de la única Congregación religiosa dedicada en exclusiva al cuidado de los mayores.

**ABSTRACT:** The aim is to analyze the experience of nurses nuns of the congregation of the Hermanitas, paying particular attention to the evolution of nursing care. A qualitative study based on interviews to five nuns from different houses Spain was performed. It highlights the vocational charism and the historical evolution of the nursing profession (adopted in 1915 in Spain) that religious defend as a "necessity" and "responsibility as care knowledge is caring well, and we we are by vocation good care givers ". Gerontological and geriatric nursing in Spain can be evaluated from the perspective of the only religious congregation dedicated exclusively to the care of the elderly.



## INTRODUCCIÓN

En 1904 fue publicado en el American Journal of Nursing el primer artículo sobre el cuidado del anciano (1). No obstante ya existían enfermeras dedicadas a los cuidados específicos a los ancianos, como es la congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados.

## OBJETIVO

Analizar la experiencia de las monjas enfermeras de la congregación de las Hermanitas, para comprender y contextualizar la organización y características de las Hermanitas en el cuidado de ancianos en España y específicamente en Santander, desde su fundación, prestando especial atención a la evolución de los cuidados enfermeros.

## MÉTODO

Se realizó una investigación cualitativa basada en fuentes documentales escritas, material fotográfico y entrevistas en profundidad a cinco religiosas de distintas Casas de España. El análisis de los datos se guió con las categorías Cuidados; Enfermería; Ancianos; Vocación. Este trabajo se fundamenta en la teoría fenomenológica. Una vez se realizó la recogida de cada entrevista, se procedió a la transcripción de la mismas. Posteriormente se codificaron y analizaron los datos.

## RESULTADOS

Fueron entrevistadas cinco monjas pertenecientes a la orden con una edad media de 76 años y una pertenecía a la orden entre 25 y 40 años. El análisis de los datos se guió con las categorías Cuidados; Enfermería; Ancianos; Vocación.

### *Evolución histórica*

La Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados es un Instituto Religioso de Derecho Pontificio, fundado en Barbastro (Huesca) el 27 de Enero de 1873 con el único fin de atender a ancianos (2). El 11 de octubre de 1872 llegó Teresa Jornet a Barbastro, (Huesca) acompañada por su hermana María y una amiga, Mercedes Calzada, a unirse a las primeras aspirantes que desde la tarde del 3 de octubre de 1872, dirigidas por el sacerdote Saturnino López de Novoa (el fundador. Pocos días después, Teresa fue nombrada superiora del grupo, y don Saturnino le entrega oficialmente las constituciones, que ella recibe como un designio de Dios (2).

El 27 de enero de 1873, con la vestición del hábito de hermanitas de aquel grupo de 10 jóvenes en la iglesia del seminario de Barbastro (Huesca), quedará registrado en la historia como la fecha de fundación de la Congregación de Hermanitas de los Ancianos Desamparados (3).

Estos meses vividos en Barbastro, en la Casa Pueyo, cuna de la congregación, sirvieron para ahondar las raíces de lo que estaban llamadas a ser: esposas de Cristo y expresión de su amor para los ancianos desamparados. El 8 de mayo de 1873, acompañadas de D. Saturnino llegan a Valencia solicitadas por la Asociación de Católicos de esta ciudad (4). El sábado día 10 tiene lugar la admisión de la primera persona acogida a la caridad de las hermanitas, una señora de 99 años. El domingo 11 de mayo, festividad de Nuestra Señora de los Desamparados, patrona de Valencia, bajo cuyo amparo y protección pusieron la obra se inaugura oficialmente el primer hogar de la Congregación situado en la Plaza de la Almoina, detrás de la real basílica de la Virgen de los Desamparados. En noviembre de 1874 se trasladan a una casa más espaciosa, Santa Mónica, y desde entonces Santa Mónica será la Casa madre de la Congregación (5).

Teresa Jornet se incorporaba en 1872 al cuidado de los ancianos (3). En tan sólo veinticinco años que marcan el intervalo hasta su temprano fallecimiento en agosto de 1897 dejó abiertas 103 casas repletas de ancianos necesitados. Este espíritu emprendedor se sigue manteniendo en la actualidad, destacando como una de las Congregaciones dedicadas al cuidado específico de los ancianos con mayor capacidad de crecimiento y expansión (5).

En la actualidad hay 210 Casas en 19 países que atienden a más de 30.000 ancianos, con 2.700 monjas de las cuales el 40% son enfermeras y se estima que un 15% especialistas en enfermería geriátrica (3).

En Santander se fundó la Casa Santa Lucía en 1974 (6). Actualmente acoge a 229 residentes ancianos de ambos sexos y está formada por una comunidad de 15 Hermanitas de las cuales cuatro son enfermeras. La edad media es de 67 años.

### Entrevistas

Todas ellas fueron realizadas de manera individual con las mismas preguntas abiertas: ¿Cuál es la vocación y finalidad de la Congregación? ¿Cuál es la filosofía del cuidado al anciano? ¿Cuál es el papel de los cuidados enfermeros dentro de la Congregación?

De manera general cuando se les preguntó cuál era la finalidad de la orden, todas ellas enunciaron las palabras del fundador de la orden. La finalidad de la obra es en palabras del Fundador, Saturnino López Novoa "ser continuadoras de la misión de Cristo, que pasó por el mundo haciendo el bien"; concretado en acoger, cuidar y prodigar todo género de asistencia, inspirada en la caridad evangélica, a los ancianos necesitados. Éste es el carisma: el cuidado y asistencia espiritual y material de los ancianos desvalidos de uno y otro sexo, preferentemente los pobres, que sean puestos al cuidado de la Congregación.

*"La Hermanita ha sido llamada a hacer de su vida una gozosa donación de amor, en el servicio a los ancianos necesitados, al estilo de Cristo que "nos amó hasta el extremo" (Juan 13,1). Amor que se alimenta en la oración y en la Eucaristía".*

Respecto a la filosofía de cuidado del anciano se puede resumir que todas las Hermanitas indicaron seguir las directrices de Santa Teresa Jornet, "cuidar los cuerpos para salvar las almas". Sus residencias tienen carácter de hogar, por lo que se trata fundamentalmente de fomentar en los ancianos el "espíritu de familia", a fin de que se sientan como en su propia casa, ofreciendo un servicio desinteresado, con amor y cariño (3, 5).

Las Hermanitas defienden con orgullo continuar con su tradición de servicio a la sociedad para lo cual han mantenido sus tradiciones y filosofía intacta: el mismo espíritu, la misma abnegación, el mismo hábito, la misma disciplina de vida religiosa, los mismos principios aunque sabiamente adaptados (Imagen 1).



Imagen 1. Hermanitas en la casa Madre de Valencia junto a la estatua de la fundadora.

*“Lo que las del pasado buscaban en la Congregación, las jóvenes llamadas hoy lo encuentran: entrega a Jesucristo y su Iglesia, cristalizada en el servicio al anciano”.*

En cuanto al valor de la enfermería dentro de la planificación de los cuidados, destacaron que la Madre Teresa consiguió crear para sus ancianos un auténtico plan gerontológico en “un ambiente nutritivo” que les salvara de la hostilidad amenazante y ahorrara todo tipo de problemas favoreciendo cuidados de calidad lo más profesionales posibles. De esta manera la Congregación sigue las directrices del movimiento Humanista de los Cuidados en el que se apoyan la mayoría de los marcos teóricos centrados en la persona, especialmente cuando ésta es mayor y dependiente.

Destaca el carisma vocacional y la evolución histórica de la profesión enfermera (aprobada en 1915 en España) que las religiosas defienden como “una necesidad” y “una responsabilidad, ya que saber cuidar es cuidar bien, y nosotras somos por vocación dadoras de buenos cuidados”. Asimismo se destaca la importancia de la formación continuada específica en enfermería, geriatría y gerontología tanto de religiosas como de los profesionales que trabajan en sus residencias (3).

## CONCLUSIONES

La enfermería gerontológica y geriátrica en España puede ser evaluada desde el prisma de la única Congregación religiosa dedicada en exclusiva al cuidado de los mayores. Concluir el valor histórico de su trayectoria y su aporte a la enfermería geriátrica, tanto en los orígenes como en la actualidad es importante para entender la realidad actual de la profesión enfermera.

En muchas zonas de España, las comunidades religiosas femeninas dedicadas al cuidado de enfermos y personas con necesidades especiales, realizaron una importante labor desde el siglo XIX hasta la actualidad y sus archivos son de una gran riqueza documental. Es importante reconocer el papel que desempeñaron las enfermeras religiosas en el desarrollo de la enfermería profesional en España.

Agradecimientos. A todas las Hermanitas de la residencia Santa Lucía de Santander y especialmente a las cinco que han colaborado desinteresadamente en la realización de este trabajo.

## REFERENCIAS

1. Freeman E. Aging, it's history and literature. Human Sci Press 1979:161-3.
2. Aparicio Olmos EM. Así Nacieron las Hermanitas.... Valencia, Tip. Levante, 1984.
3. Archivo de la Casa Central de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, Libro de Fundación y Visitas, Casa Madre de Valencia.
4. Asenjo Pelegrina JL. Saturnino López Novoa, fundador de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, BAC, Madrid 2000.
5. Bustos T. Hermanitas de los Ancianos Desamparados. Su Carisma y su Espiritualidad, Valencia, Imp. A. G. Iglesias, 2003.
6. Archivo de la Residencia Santa Lucía de Santander.

# “SALUS INFIRMORUM Y LA FORMACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN CÁDIZ (1952-2015)”

## *Salus Infirmorum and nursing training in Cádiz (1952-2015)*

D. Alonso Núñez Núñez  
Dr. Francisco Glicerio Conde Mora  
D. Juan Carlos Paramio Cuevas  
E.U. Salus Infirmorum de Cádiz

**PALABRAS CLAVE:** Salus infirmorum/Cádiz/escuela

**KEY WORDS:** Salus infirmorum/care/nursing school

### **RESUMEN:**

1. Los objetivos del presente trabajo son poner de relieve la importancia de la formación en el cuidado enfermero a los profesionales de la enfermería desde mediados del siglo XX hasta nuestros días.

2. Las fuentes utilizadas para la elaboración del siguiente estudio provienen en su mayor parte del Archivo Histórico de Salus Infirmorum de Cádiz. Las fuentes inéditas son la piedra base sobre la que el investigador debe realizar un estudio en profundidad. Este archivo nos ofrece son el pilar fundamental para profundizar en nuevos aspectos de Salus Infirmorum. Encontramos documentos sobre la constitución de la Escuela en Cádiz desde 1952.

3. La Metodología de la investigación se basará en un análisis pormenorizado de las fuentes disponibles, destacando los planes de estudios, las fichas de las alumnas, calificación

### **ABSTRACT:**

1. The purpose of this study is to highlight the importance of training in care nurse nursing professionals since the mid-20th century to the present day.

2. The sources used for the preparation of the following come most of the historical Archive of Salus Infirmorum of Cádiz. Unpublished sources are the stone base on which the researcher should conduct a study in depth. This file gives us are the mainstay to delve into new aspects of Salus Infirmorum. We found documents on the establishment of the Nursing school in Cadiz since 1952.

3. The methodology of the research will be based on a detailed analysis of the available sources, highlighting curriculum, the cards of students, grades, memories of the more sister Mrs. Mary of Madariaga.

4. Results: Results based on the analysis

nes, memorias de la Hermana Mayor D<sup>a</sup> María de Madariaga.

4. Resultados: Los resultados basados en el análisis y contraste de las fuentes disponibles, ponen de relieve las variables que definen a las sucesivas promociones en la Escuela Salus Infirmorum de Cádiz.

5. Conclusiones: Tras el análisis sincrónico y diacrónico de la Historia de Salus Infirmorum de Cádiz expondremos la calidad y la excelencia en los cuidados que esta escuela de enfermería ha querido poner siempre en las sucesivas promociones de enfermeros que han pasado por sus aulas.

and contrast of available sources, underscore the variables that define successive promotions in school Salus Infirmorum of Cádiz.

5. Conclusions: After the synchronous and diachronic analysis of the history of Salus Infirmorum of Cadiz we will exhibit the quality and excellence in care that this school of nursing has wanted to put always in successive promotions from nurses who have passed through its classrooms.

## 1. LOS ORÍGENES DE SALUS INFIRMORUM

Salus Infirmorum fue fundada en Madrid en 1942 por la Hermana Mayor D<sup>a</sup> María de Madariaga y Alonso (Madrid, 1905-Madrid, 2001). La vida de D<sup>a</sup> María de Madariaga y Alonso y su obra la Asociación Salus Infirmorum está marcada por el cumplimiento del deber, expresado por una fidelidad a la jerarquía eclesiástica, y por una magnífica labor de apostolado, realizada en el campo de la enfermería<sup>1</sup>.

Con la fundación de la Hermandad Salus Infirmorum (en la actualidad Asociación privada de fieles) la Hermana Mayor D<sup>a</sup> María de Madariaga y Alonso, deseaba formar enfermeras para la atención sanitaria en las difíciles condiciones del momento dando respuesta a la llamada que recibiera del Papa Pío XI (1922-1939) en el Congreso de Roma a las Enfermeras Católicas. Esta formación se basa en las siguientes vertientes: técnica, humana, espiritual, ética y social.

## 2. SALUS INFIRMORUM EN MADRID

Debemos rastrear los inicios de Salus Infirmorum en Madrid al año 1936. Ya en esa época María de Madariaga, entonces Presidenta de la Junta Femenina de Acción Católica había realizado los estudios de Enfermera y pretendía llevar la Doctrina Social de la Iglesia al mundo sanitario. Debemos recordar que en esta época la correspondencia del Nuncio Federico Tedeschini pone de relieve la amplia actividad de la Acción Católica Española en sus dos ramas masculina y femenina representadas por el Siervo de Dios D. Ángel Herrera Oria y la Juventud Femenina de Acción Católica por D<sup>a</sup> María de Madariaga y Alonso.

El estallido de la Guerra Civil Española en julio de 1936 hizo imposible el proyecto aunque sabemos que durante la contienda D<sup>a</sup> María de Madariaga trabajó junto a D<sup>a</sup> Mercedes Milá como Inspectora de Hospitales en el bando nacional como queda atestiguado por la documentación del Cardenal Gomá que se encuentra en Roma en el Archivo Secreto Vaticano.

Tras dejar la Presidencia de las Juventudes Femenina de Acción Católica se consagró a fundar su gran obra, buscar la Salud de los Enfermos=**SALUS INFIRMORUM**. Salus Infirmorum será

---

1 Sobre la Hermana Mayor D<sup>a</sup> María de Madariaga remitimos a Conde Mora FG María de Madariaga y Alonso (1905-2001). Fundadora de Salus Infirmorum. Cádiz, 2008.

pionera en la España de la postguerra. Con la aprobación del Arzobispo de Madrid D. Leopoldo Eijo Garay, D<sup>a</sup> María de Madariaga se lanzó a su gran obra, *Salus Infirmorum*, colaborando con la necesaria formación de sanitarias, y la lucha contra la epidemia de la tuberculosis a través de los dispensarios parroquiales. Entre los centros fundados en España y sus posesiones por *Salus Infirmorum* (Madrid, Salamanca, Coruña, Tánger...) destacamos el de CÁDIZ.

### 3. LA FUNDACIÓN DE SALUS INFIRMORUM EN CÁDIZ

Diez años después de su establecimiento en Madrid tuvo lugar la fundación de *Salus Infirmorum* en Cádiz tiene como alma mater a D<sup>a</sup> Carmen Varela Iglesias, hermana del conocido General D. José Enrique Varela Iglesias, I Marqués de Varela de San Fernando (San Fernando, 1891-Tánger, 1951)<sup>2</sup>. Podemos rastrear en la correspondencia entre D<sup>a</sup> María de Madariaga y D<sup>a</sup> Carmen Varela (que se conserva en el Archivo Histórico de *Salus Infirmorum* de Cádiz (AHSIC) las vicisitudes y dificultades para el establecimiento en la capital gaditana que poco a poco se fueron superando.

*Salus Infirmorum* se constituye en la ciudad de Cádiz, el 27 de Junio de 1952, siendo aprobada por la Diócesis de Cádiz y Ceuta, el 29 de Julio del mismo año. Comienzan un grupo de enfermeras alquilando una pequeña vivienda en la C/ Beato Diego de Cádiz, sólo cuentan con lo más importante, la aprobación del Obispo D. Tomás Gutiérrez Díez (1943-1964).

Posteriormente se constituye una Junta de Gobierno aprobada por el Obispo D. Tomás, bajo la presidencia de D<sup>a</sup> Carmen Varela y se aprueban las normas de *Salus Infirmorum* en Cádiz. Una vez, constituida *Salus Infirmorum* en Cádiz, D<sup>a</sup> María de Madariaga, anima a D<sup>a</sup> Carmen Varela y su Junta de Gobierno para los tramites de una futura escuela de enfermeras que será abierta en Octubre de 1953.

La aprobación oficial de la Escuela de Enfermería llegaría en Abril de 1954. La Escuela dependía de la Facultad de Medicina de Cádiz (entonces adscrita a la Universidad de Sevilla) y las alumnas realizaban sus prácticas en el Hospital de Mora” (actual Facultad de CC. Económicas y Empresariales de la UCA. Un año más tarde, en el año 1955 se incorporó a la Escuela de Cádiz la Hermana D<sup>a</sup>. María Abaurrea Álvarez-Ossorio, (antigua Presidenta de la Acción Católica Femenina de Sevilla) para asumir las reformas de la Escuela de ATS (que ya estaba aprobada) y sobre todo, por la necesidad de incorporar un internado obligatorio para las alumnas<sup>3</sup>.

Este régimen de internado comenzó en 1956 y en ese mismo año, D<sup>a</sup>. María Abaurrea Álvarez-Ossorio, es nombrada Rectora de la Escuela. El primer internado de *Salus Infirmorum* tuvo su sede en un piso de la Plaza de España de Cádiz. Más tarde se adquirirá un inmueble en la calle Delicias de la capital gaditana.

Es posible afirmar que en esta época *Salus Infirmorum* es la cabeza de la formación y de la enseñanza sanitaria en Cádiz de enfermeras. Un año más tarde del nombramiento de la Hermana D<sup>a</sup> María Abaurrea como Rectora de la Escuela de Cádiz, fue publicado el Real Decreto de 18 de Enero de 1957 (BOE 12/2/57) por el que se creaba la Especialidad de Asistencia Obstétrico-Matrona para los ATS. Para acceder a esta especialidad se requería estar en posesión del título de ATS femenino y tener menos de 45 años de edad. Los estudios eran en régimen de internado y tenían un año de duración, del cual ocho meses se dedicaban a estudios teórico-prácticos y el resto sólo a las prácticas.

---

2 Para una aproximación al estudio de *Salus Infirmorum* en Cádiz véase Resille Bernal I y Mejías Márquez C. *Salus Infirmorum*. 50 años en Cádiz. En Actas del VI Congreso Nacional e Internacional de Historia de la Enfermería. Universidad de Alcalá de Henares, 2003, p. 128-131.

3 Sobre el Hospital de Mora véase Fernández Ruiz EJ y Núñez Morales NI. *El espíritu del Mora*. Cádiz, 2011.

Días más tarde por Orden de 23 de Febrero salía aprobado el programa para la enseñanza de la especialidad de Asistencia Obstétrica (Matrona) para los ATS. Tan sólo un año más tarde el 27 de junio de 1958 Salus Infirmorum aprobaba en Cádiz la Especialidad de Asistencia Obstétrica (Matronas). En los años setenta se produce la evolución de ATS a Diplomados en Enfermería ya que recordemos que por Real Decreto de 23 de Julio de 1977 (BOE 22/8/77) los estudios de ATS se integraban en las universidades como Escuelas Universitarias de Enfermería, hasta el momento existentes en las Facultades de Medicina, creándose la titulación de Diplomado en Enfermería. Siguiendo esta evolución, en 1978 se transforma la Escuela ATS "Salus Infirmorum" de Cádiz en Escuela Universitaria de Enfermería. A comienzos de la década de los ochenta Salus Infirmorum de Cádiz crea una Sección de Formación Profesional en la Rama Sanitaria de Técnicos de Laboratorio que continua en nuestros días.

#### **4. EN LA ACTUALIDAD**

La Escuela Salus Infirmorum de Cádiz tiene como misión la búsqueda de la excelencia académica en la formación de los alumnos, difundiendo a través de sus obras (el grado de enfermería y los módulos de las ramas sanitarias de FP, Técnico Sanitario y Documentación Clínica) la Doctrina Social de la Iglesia como en sus orígenes lo hiciera la Hermana Mayor D<sup>a</sup> María de Madariaga y Alonso.

# SALUS INFIRMORUM Y LA FORMACIÓN ENFERMERA

## *Salus Infirmorum and nurse training*

Elena Chamorro Rebollo

Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum de la Universidad Pontificia de Salamanca

José Siles González

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante

**PALABRAS CLAVE:** Salus infirmorum/Cádiz/escuela.

**KEY WORDS:** School, Nurse, Training.

**RESUMEN:** Siguiendo los deseos del Romano Pontífice Pío XI, de agrupar a las enfermeras católicas de todos los países, María de Madariaga, vicepresidenta de las Juventudes Femeninas de Acción Católica, organizaría en 1935 el "Movimiento específico de Enfermería" como órgano de unión y coordinación de las enfermeras seculares, que años más tarde se transformaría en la Hermandad de Salus Infirmorum, que creará una escuela de enfermeras en 1943.

El objetivo de la presente comunicación es destacar el papel de la Asociación Salus Infirmorum en el desarrollo de la formación enfermera. Para ello se han analizado documentos del archivo de la Asociación, realizando un trabajo de corte historiográfico.

Desde los orígenes de Salus Infirmorum apuesta por la formación de las enfermeras, creando la escuela diez años antes de que se aprobaran los planes de estudios de los Ayudantes Técnicos Sanitarios que se promulgaría en el año 1952.

**ABSTRACT:** Following of Romano Pontífice Pío XI's desires of grouping the catholic nurses of all countries, Maria de Madariaga, vice-president of the Feminine Youth of Catholic Action, would organize in 1935 the "specific Movement of Nursing" as an organ of union and coordination of the secular nurses. Years later this Movement it would transform into the Brotherhood of Salus Infirmorum, which will create a Nurses' School in 1942.

The target of the present communication is to emphasize the role of the Salus Infirmorum Association in the development of the Nursing Training. In order to achieve this, documents of the Association's File have been analyzed, carrying out a historiographical style job.

From the origins, Salus Infirmorum supports Nursing Training, even creating the School ten years before the Sanitary Technical Assistants' Curricula were approved. That curricula would be promulgated in the year 1952.



## SALUS INFIRMORUM Y LA FORMACIÓN ENFERMERA

La génesis de la asociación Salus Infirmorum tuvo como principal fin la formación, no sólo para las mujeres que quería adquirir una profesión, sino para las ya enfermeras, a las que se les ofrecía ampliar, completar y perfeccionar su carrera profesional. En el presente trabajo de corte historiográfico, se pretende justificar desde esta perspectiva, la constitución de la Asociación Salus Infirmorum y su primera escuela de enfermeras en Madrid, centro que ha sabido adaptarse a los tiempos sin perder lo sustancial de sus señas de identidad.

En 1934, su Santidad el Papa Pío XI (1922-1939), hizo un llamamiento a todas las Enfermeras católicas del mundo a unirse frente al *“materialismo invasor de todos los sectores”*. Siguiendo los deseos del Romano Pontífice, las enfermeras católicas de todos los países se agruparon, a las órdenes directas de sus Jerarquías Eclesiásticas. De la misma forma que María de Madariaga (1905-2001), que había obtenido su título de enfermera en 1931 por la Universidad Central, vio necesaria esta propuesta de unión de los profesionales sanitarios. Así, junto con otras compañeras de Acción Católica, organizaría en 1935 el *“Movimiento Específico de Enfermería”*, dentro de Juventud Católica Femenina de Acción Católica que María presidía.

Este Movimiento pretendía crear una Organización Nacional de Enfermeras, antesala de lo que sería Salus Infirmorum, de absoluta novedad en nuestro país, que contaría con una escuela de perfeccionamiento para las enfermeras, contemplando todos los aspectos que la atención hospitalaria presentaba: científico, técnicos, sociales, humanos y espirituales, además de ser un órgano de unión y coordinación de las enfermeras seglares que actuase en defensa de los intereses humanos y profesionales de sus componentes.

En junio de 1936, fue aprobado por el Doctor Gómez Ulla en Madrid, el proyecto del texto normativo de esta Organización que fue presentado por María de Madariaga al Cardenal Gomá el 6 de abril de 1937. El principal fin de esta Organización quedó reflejado en dicho documento de la siguiente manera:

*Dado el gran número de enfermeras españolas que después de haber seguido el Curso de Formación, teórica y práctica han pasado sus exámenes y obtenido su título oficial de enfermeras en las Facultades de Medicina y hallándose las más, dispersas por Clínicas, Hospitales, Dispensarios, sin el apoyo y la disciplina de una organización que responda de ellas, las ampare, las instruya, las eduque en el cumplimiento perfecto de sus deberes morales y profesionales; creemos llegado el momento de llamar a cuantas jóvenes se hallen en poder de un título oficial de enfermera en España, a fin de constituir un bloque sanitario de carácter nacional, útil a la patria, digno de la profesión que lleva a cabo, por encima y fuera de todo partido político, sin distinción de ideales, con un sólo y único lema <<Dios y España>>2.*

El centro especializado tuvo como sede en el número 2 de la calle Bárbara de Braganza de Madrid. El proyecto se ampliaría en un centro mayor en Carabanchel, en julio de 1936, proyecto que no llegó a realizarse por el inicio de la Guerra Civil.

*“Fue precisamente el 18 de julio de 1936 el día que habíamos elegido para formalizar el contrato de una casa en Carabanchel que nos iba a servir como primer centro específico de reunión para enfermeras. La guerra abrió un largo y doloroso paréntesis en nuestras vidas, pero no en la agrupación reciente creada, ya que en ambas Españas, abiertamente o en la clandestinidad, se siguió trabajando por la idea y los objetivos de Salus”. (Entrevista a María de Madariaga el diario ABC3).*

Concluida la Guerra Civil, en 1940, ante las condiciones de la posguerra española y la carencia de asistencia sanitaria, el Arzobispo de Madrid-Alcalá y Patriarca de las Indias Occidentales, Monseñor D. Leopoldo Eijo y Garay, pensó en una Acción Católica especializada por profesiones,

eligiendo para la rama de la Enfermería a María de Madariaga. Fue el desencadenante que impulsó a María para retomar su proyecto, y así, un grupo de enfermeras pertenecientes a 14 instituciones de Enfermería del momento (RENFE, Sanidad Militar, Sanidad Civil, Seguro de Enfermedad, "18 de Julio", Cruz Roja, Auxilio Social, entre otras), lideradas por María, se comprometen, a las órdenes de la Iglesia, unas a ejercer el apostolado entre los pobres de los suburbios madrileños, otras en el propio ambiente profesional, naciendo así Salus Infirmorum.

Será en 1942 cuando se crea formalmente la "Asociación Católica Nacional y Profesional de Enfermeras y Asistencia Médico y Social", dando a esta asociación el nombre de "Hermandad de Enfermeras Salus Infirmorum" nombrando como presidenta nacional a María de Madariaga a quien se le encargó el desarrollo y funcionamiento de la misma.

El 26 de enero de 1944, Salus Infirmorum queda erigida canónicamente por el canon 712 en la Iglesia de las Comendadoras de Santiago de Madrid, por el Patriarca Obispo de Madrid-Alcalá, D. Leopoldo Eijo y Garay, otorgándole todas las gracias y privilegios concedidas a toda Asociación aprobada por la Iglesia.

En mayo del mismo año, se aprueba su Reglamento cuyo objeto, según dispone su artículo primero es: *Esta Hermandad tiene como objeto honrar y dar alabanza a la Santísima Virgen María bajo su advocación "Salus Infirmorum". Agrupar a las enfermeras y comadronas católicas; alcanzar el mejoramiento religioso, moral y profesional de las hermanas que lo integran, manteniendo vivo entre ellas, el sentimiento de la verdadera fraternidad cristiana. Para esto atenderá preferentemente a los siguientes fines: Religioso, Moral profesional, Científico profesional y Apostólico.*

Los propósitos fundacionales eran cuatro: preparar, un futuro sanitario; actualizar, revalorizar y especializar, a aquellas que lo deseasen para una mejor capacitación; unificar, a todas en la obra de la iglesia y en la variedad de sus profesiones, porque entonces no existía ninguna asociación o colegio profesional de enfermería y ayudar, a cada uno de sus miembros en todos los órdenes.

La primera actividad que María pone en marcha es una asistencia voluntaria de sus enfermeras a los más necesitados, a través de las distintas parroquias creando un departamento dentro de la Hermandad que denominó Secretariado voluntario de Caridad. Consideró necesario proporcionar a estas enfermeras de dispensarios una formación específica organizando cursillos intensivos de una semana de duración donde se impartía formación en medicina, cirugía, religiosa y moral.

Pero su gran reto fue crear su propia escuela donde formar a las futuras enfermeras, ofreciendo una formación integral del alumnado, en orden a que los cuidados de enfermería, en sus distintas especialidades y ramas, alcancen el espíritu de la persona enferma, haciendo especial hincapié en la calidad asistencial. Este centro no trataba de formar religiosas que fueran enfermeras, como hacían otros escuelas similares, sino de formar enfermeras que tuvieran presentes los valores éticos y la moral del catolicismo español<sup>4</sup>.

En el curso 1943-44 empieza a funcionar la Escuela bajo la dirección del ilustre profesor D. Gregorio Marañón. El plan de estudios se impartía en dos años de preparación básica y un curso más de Especialidad en las ramas de Psiquiatría, Cirugía, Puericultura y Pediatría, Radiología o Laboratorio, para las que quisieran culminar sus estudios. Aquellas alumnas que no habían cursado el Bachiller, recibían además la formación básica necesaria, con el fin de completar su formación cultural.

El programa de estudios contemplaba asignaturas de religión, ética profesional, moral, nociones de Anatomía y Fisiología, higiene, Física y Química, cultura general y cocina dietética. Además de las clases teóricas, se contemplaba la asistencia a las prácticas, asistiendo primero durante dos meses a la sala de demostración y posteriormente a las prácticas clínicas en las salas del hospital<sup>5</sup>.

En 1947 se amplió a tres años la formación básica, para una mayor y mejor capacitación de la enfermera en todo lo referente a su carrera, estableciendo un programa más extenso que el esta-

blecido por el Estado, reglamentado por la Orden Ministerial de 21 de mayo de 1941 que establecía que los estudios debían tener una duración de dos años<sup>6</sup>. Hasta entonces, las prácticas, solo hospitalarias, se ampliaron al área extrahospitalaria, en la comunidad. Las alumnas de tercer año, previa preparación adecuada y siempre acompañadas por aquellas enfermeras de suburbios, acudían una vez por semana a los dispensarios parroquiales y a las visitas domiciliarias correspondientes. Este área de conocimiento de Salud Pública, se introduciría de manera oficial 30 años más tarde, en el plan de estudios de 1977.

Salus Infirmorum fue requerida oficialmente en 1947 por el Ministerio de Educación Nacional, para que formase parte de la Comisión creada para llevar a cabo un proyecto de reglamento y plan de estudios de las escuelas de enfermeras. Uno de los puntos que más defendió Salus en esta Comisión fue conseguir que incluyesen en los nuevos programas las materias de Religión y Moral que hasta entonces no figuraban en los estudios oficiales. Sucesivos órdenes ministeriales irán concretando la organización de los estudios hasta la publicación del Decreto de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de enfermeras, practicantes y matronas, que habilitó para el título de Ayudante Técnico Sanitario.

## CONCLUSIONES

Salus Infirmorum nace como una agrupación de enfermeras católicas, teniendo como máxima, la formación de sus miembros y de futuras profesionales. En la Hermandad quedaban representadas 14 entidades de Enfermería, 12 del ámbito público y dos de la Iglesia.

La oferta de escuelas en el momento en el que se crea la de Salus es escasa, debido a que algunas de las escuelas que surgieron a principios del siglo XX, cesan durante la Guerra Civil Española.

La escuela de enfermeras, de dos años de duración, amplía su formación para una mejor capacitación de las alumnas, realizando parte de sus prácticas en dispensarios parroquiales, fuera del ámbito hospitalario, aspectos que se plasmaron posteriormente en los planes de estudios de A.T.S. y en la diplomatura respectivamente.

Los años de experiencia acumulada en la formación de la escuela de enfermeras de Madrid, contribuyó a que Salus participara en la Comisión del Ministerio de Educación Nacional para la elaboración de los nuevos planes de estudio de los A.T.S.

La escuela de enfermería de Madrid, ha sabido adaptarse a los tiempos sin perder lo sustancial de sus señas de identidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Conde, FG. D<sup>a</sup> María de Madariaga y Alonso (1905-2001). Fundadora de Salus Infirmorum. Cádiz. 2008.
  2. Andrés-Gallego, J, Pazos, A. Archivo Gomá: Documentos de la Guerra Civil. Volumen 5 (Abril-Mayo 1937). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas. 2003
- Cincuentenario de Salus Infirmorum. Semanal Blanco y Negro. ABC. 30 de junio de 1985
- Siles, J. El reformismo y la profesionalización de la Enfermería. En: Siles Gonzalez J. Historia de la Enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2011. p. 364-404
- Miralles, T. Historia de la Escuela de Enfermeras «Salus Infirmorum» de Madrid. Cultura de los Cuidados. 1997; 2: 5-20
- Hernández, F. Historia de la Enfermería en España. Desde la Antigüedad hasta nuestros días. Síntesis, Madrid. 1996
- Mata, C., Mejías, C, Paramio, JC, Cruz, A, Resille, I. Aportación Social de la Hermandad de Enfermeras "Salus Infirmorum" en los años 1943/1944. Enfermería Gaditana. 2009; 10: 41-45.



## MARÍA FERNÁNDEZ PÉREZ – RASILLA “MARUCHI” MODELO DE VOCACIÓN

*María Fernández Perez - Rasilla (Maruchi):  
Model of vocation”*

Gloria de Alfonso Blanes  
Universidad de Cantabria, (UNICAN)  
Servicio Cántabro de Salud, (SCS)

**PALABRAS CLAVE:** Vocación, Misión, Ayuda a los demás.

**KEY WORDS:** Vocation, Mission, Helps others.

**RESUMEN:** La enfermera María Fernández Pérez – Rasilla, (Corrales de Buelna, 1918 – Mortera de Piélagos, 2011), jugó un papel fundamental y de vital importancia en la mejora de la calidad de vida de la sociedad durante más de cincuenta años. El trabajo y el esfuerzo de *Maruchi*, se centró en tres aspectos claves: la salud, la ayuda social y la divulgación educativa y cultural.

La obra vocacional de *Maruchi*, trascendió en la propia profesión; este hecho le permitió llevar a cabo proyectos de gran calado para la población *corraliega* de mediados del siglo XX, lo cual le define como una enfermera de excepción.

**ABSTRACT:** The nurse Maria Fernandez Perez - Rasilla, (Los Corrales de Buelna, 1918 – Mortera de Piélagos, 2011), played a fundamental paper and of vital importance in the improvement of the quality of life of the society during more than forty years. The work and the effort of Maruchi, it centred on three key aspects: the health, the social help and the educational and cultural spreading.

Maruchi's vocational work, it came out in the own profession, this fact allowed him to carry out projects of great fret for the *corraliega* population of middle of the 20th century, which defines him as an exceptional nurse.

## ACERCAMIENTO A UNA SEMBLANZA

Es un honor que mediante esta comunicación, pueda rendir homenaje a una de las enfermeras que más ha brillado con luz propia dentro de su trayectoria profesional, gracias a su infinita vocación y ayuda a los demás.

Esta insigne corraliega, nació en el seno de una familia de profundas raíces montañesas. Desde muy joven en la casa familiar, Maruchi, (como así le llamaban cariñosamente), se mostraba dispuesta a echar una mano en "cualquier labor"; todos veían ya despuntar su espíritu de entrega (1).

## SU ACTIVIDAD ACADÉMICA

Tras estudiar Bachillerato Elemental por libre en el Instituto Marqués de Santillana de Torrelavega, se incorporó a una de las Instituciones docentes más importantes y de mayor prestigio del momento (2): La Escuela de Enfermeras "Casa de Salud" de la Fundación Marqués de Valdecilla en Santander. Allí, concluyó sus estudios en 1951 con un brillante expediente. Con posterioridad, continuó su formación en el Gabinete Técnico Provincial del Servicio Social de Seguridad e Higiene del Trabajo, obteniendo también la "Titulación de Enfermera de Empresa" (3).

## SU ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Recién titulada, estuvo al cuidado de una familia en Pamplona, pero la "llamada de la tierra" le hizo volver a su Corrales natal en 1952 (1).

En este tiempo comenzó a trabajar como enfermera en el ambulatorio de "Forjas de Buelna", edificio cedido por la familia Quijano para las consultas a enfermos y a los trabajadores de la fábrica de trefilerías que era de su propiedad.

Maruchi, gracias a su empeño y con mucho tesón, logró que los pacientes no tuvieran que desplazarse fuera del pueblo para realizar las extracciones de sangre. Pero lo más sorprendente, es que gracias a este trabajo, conoció de primera mano los problemas y necesidades de la población, comenzando a realizar en paralelo, una incansable actividad de beneficencia, - que no cesó ni después de su jubilación-, sin horarios ni restricciones; visitando, atendiendo, acompañando, cuidando, apoyando y asistiendo a todo el que lo necesitara; no hacía falta prácticamente llamarla; Maruchi, con un sexto sentido casi sobrenatural y con la mayor discreción, sabía dónde estaba la necesidad, la desgracia o el abandono (1). Todos eran merecedores de su atención y por ello, todo el pueblo le quería, casi le adoraba.

## MUJERES DE ACCIÓN CATÓLICA

Tras el Congreso de Roma de *Acción Católica* en 1957, nació *Manos Unidas* con el compromiso de llevar a cabo las "campañas contra el hambre", así pues, las *Mujeres de Acción Católica*, las iniciaron en España.

Maruchi, dentro de esta asociación y desde 1959, tomó las riendas de estos proyectos y desarrolló una infatigable labor en los llamados *compromisos de vida* dedicados a los más necesitados de su localidad, con el fin de paliar su situación. Para organizar estos *compromisos*, eran necesarias tres fases: observación del problema, ver las causas y las posibles consecuencias para la persona, y la emisión de un juicio; a partir de ahí, se pasaba a la acción (4).

Dos *compromisos* llevó a cabo durante más de treinta años: "La casa del necesitado", para familias pobres, y en colaboración con su colega y amiga la maestra Loly Cobo "La casa de cultura popular", para la alfabetización y la educación sanitaria, (especialmente a madres).

Además, fue Presidenta (y única mujer) de la Junta de Beneficencia durante más de tres décadas (5); en ese tiempo, no hubo persona o familia necesitada que no obtuviera todo lo que estuviera en su mano (6): alimentos, ropa, medicamentos... *“Es el día de hoy que bien le recuerdan en Cáritas Parroquial...”*, nos comenta su compañera Vianney Merino.

## ASOCIACIÓN CULTURAL “ENTREMONTAÑAS”

*“...Era una bonita tarde en aquel verano del 78, cuando todos los amigos y familiares merendábamos a la vera del Besaya en Somahoz; mi amiga – recuerda Loly Cobo-, ya le estaba dando vueltas a la cabeza... ¿Por qué no hacemos algo... algo bueno para el pueblo; algo bueno para todos.? ... ¿Cuánta gente habrá dispuesta compartir sus gustos, sus aficiones, sus destrezas...?”*

Esa misma tarde, nació “Entremontañas”, nombre propuesto por la propia Maruchi, mientras contemplaba los picos y cortados que se deslizaban hacia valle de Buelna. La idea era clara: crear una asociación participativa que sirviera como nexo entre la ciudadanía y el propio Ayuntamiento (4) con el fin de establecer una serie de actividades culturales y sociales donde las personas, pudiera expresar sus inquietudes y su talento; eran tiempos difíciles, el fantasma de la cercana Reconversión Industrial, acechaba en la economía de la zona. *“... Era hora de aliviar la incertidumbre y de fortalecer los ánimos de la gente...”* - nos comenta su sobrina Margarita, que tan delicada y fielmente cuidó a Maruchi en su vejez.

La Asociación de Vecinos “Entremontañas”, nació sufragada por los propios socios y colaboradores, Maruchi estuvo en su Dirección y fue su “alma mater” durante mucho tiempo (7). Tras muchos avatares (sin lugar de reunión, sin casi fondos...), pudieron llevar a cabo multitud de proyectos y viajes culturales; pasados los años, en 1996, los propios vecinos supieron agradecer a su fundadora, todo su mérito en un emotivo homenaje auspiciado por su Junta Directiva (8). Hoy en día, “Entremontañas” sigue viva y fiel a su legado.

## AULA CULTURAL DE LA TERCERA EDAD: (UNATE)

El año 1979 fue muy especial para Maruchi, parecía que el futuro hacia su jubilación, venía cargado de nuevas expectativas e ilusiones compartidas, y así fue.

El entonces alcalde de Corrales de Buelna, Luís Saiz Quevedo, le confió la tarea de fundar junto a Maruja Méndez y a Mariano Bueno, (sus colaboradores), las Aulas de la Tercera Edad, proyecto proveniente de la que fuera con posterioridad, la Universidad de Cantabria (9).

Maruchi, comenzó a “enrolar a filas” a un gran número de *mayores* deseosos de poder acceder al conocimiento, la cultura y la participación que las Aulas ofrecían con diversas charlas, coloquios y seminarios por parte de numerosos profesionales; pero si hay una cosa que definió por excelencia a las Aulas, fue la incansable gestión que ella misma realizó, para proporcionar a sus convecinos viajes culturales (10) a precios populares, en los cuales era posible visitar cualquier punto de España o del extranjero; una oportunidad para soñar, conocer otros lugares, otras gentes... Aquellos mayores que prácticamente nunca habían salido de la “tierruca”, junto a ella, “respiraban otros aires”. Maruchí estrenó su jubilación en 1985, más volcada aún las personas.

## ACTIVIDADES EN LA RADIO, HOMENAJE DEL PUEBLO Y TÍTULO DE “HIJA PREDILECTA”

A partir del año 1995 y hasta el 2000, Maruchi dispuso de un espacio propio en la programación matinal de *Radio Valle de Buelna*.

Semanalmente, acudía a este medio, para poder divulgar todas las cuestiones de interés relacionadas con la educación para la salud a mayores, familias y adolescentes; intentaba abarcar todo lo posible, su meta era, que los oyentes dispusieran de la mejor y más variada información en todos los asuntos que pudieran incidir en la mejora de su calidad de vida.

Este mismo medio, la radio, se convirtió en "punto de encuentro", donde pasado un tiempo, una enorme cantidad de vecinos, se dieron cita en lo que llamaron espontáneamente: "mañanas radiofónicas de Maruchi"(10), espacio creado por iniciativa del periodista y redactor jefe de Radio Valle de Buelna: Nacho Cavia.

*"...Fueron tres días dedicados a Maruchi; la respuesta fue brutal... todos querían hablar, mostrarle su agradecimiento, su aprecio, su cariño..."* - nos relata Nacho - .

Esta participación ciudadana sin precedentes, promovió que el viernes 1 de diciembre de 2006, se convocara un Pleno Extraordinario en el Ayuntamiento de los Corrales de Buelna (11) formado por una Comisión de Cultura y por los propios vecinos, que felizmente "abarrotaban la sala"... el acuerdo sería unánime : Nuestra Maruchi, era proclamada "Hija Predilecta de los Corrales de Buelna".

*"... La Junta era la que tenía que votar, pero cuando se formuló la pregunta, fuimos todos los vecinos los que alzamos la mano..."* – nos relata emocionada su amiga y colaboradora Mercedes Abad - .

Maruchi, entró por la puerta grande en el "Registro de Honores y Distinciones" de los Corrales de Buelna; ella lo inauguró (10,11). Efectivamente, demostraba a todos, que esta honorabilidad que ella ostentaba, se había forjado en la sencillez más infinita, en un "pasar de puntillas" pero dejando huella, y en un amor hacia los demás a cambio de una inmensa satisfacción personal por hacer el bien; en definitiva: en una **gran vocación**.

La emoción y la tristeza invadieron los corazones de los vecinos, cuando seis años después, Maruchi, dejaba a un "pueblo huérfano", que se resistía a asumir tal pérdida. (12,13).El Ayuntamiento declaraba dos días de luto oficial.

## EPÍLOGO

Esta "gran humanista", supo y tuvo claro desde un principio, que el "ser enfermera", no se vinculaba únicamente a una titulación, o a una actividad laboral concreta; por el contrario, ella trascendió en su misión profesional hacia unos cuidados holísticos para la sociedad, en tiempos donde quedaba aún mucho camino por recorrer hasta llegar a un nuevo modelo asistencial de Salud: La Atención Primaria.

Así pues, la enfermera María Fernández Pérez Rasilla, ha de ser considerada como una verdadera adelantada a su tiempo en consecución del bienestar social, además de dar uno de los mejores ejemplos de "Modelo de Vocación", para todos los profesionales de la Enfermería dentro de "nuestra historia más reciente".

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- De Alfonso Blanes, G: Entrevista con Margarita Díaz Fernández, (sobrina de María Fernández Pérez-Rasilla).13 febrero, 2015.
- 2.-Nespral Gaztelumendi, C. La escuela de enfermería "Casa de Salud Valdecilla" (1929-2010): origen y evolución de la formación y percepción de los estudiantes. Tesis Doctoral [en línea] [acceso 28 febrero 2015].
- 3.- Laguillo García – Bárcena, Paulino: "Maruchi, la enfermera". Disponible en: [en:www.canta-](http://www.canta-)

- bria24horas.com/.../OMaruchi-la-enfermeraO-una-bondad- irrepetible. [acceso 10 de diciembre 2014].
- 4.- De Alfonso Blanes, G: Entrevista con Loly Cobo, (Manos Unidas España zona norte). 6 marzo 2015.
  - 5.- De Alfonso Blanes, G: Entrevista con Vianney Merino Fernández, (Cáritas Parroquial de los Corrales de Buelna). 9 febrero 2015.
  - 6.- Herreros Ara, A; María Fernández Pérez – Rasilla (Maruchi), “Hija Predilecta de los Corrales”. En: Herreros Ara, A; Mantecón Pérez, M; Serdio Díaz R; Saiz Viadero JR: Damas Ilustres y Mujeres Dignas. Gobierno de Cantabria, Vicepresidencia, Dirección General de la Mujer .2007.P.82
  - 7.- De Alfonso Blanes, G: Entrevista con Javier González Bañuelos, (Asociación de Vecinos “Entremontañas”). 9 febrero 2015.
  - 8.- De Alfonso Blanes G: Entrevista con Mercedes Abad, (Acción Católica de los Corrales de Buelna). 26 marzo 2015.
  - 9.- De Alfonso Blanes, G: Entrevista con Carmina Pérez- Rasilla y Eva Pérez Rasilla, (familiares de María Fernández Pérez – Rasilla).26 marzo 2015.
  - 10.- De Alfonso Blanes, G: Entrevista con Nacho Cavia, (Director de Radio Valle de Buelna FM).25 febrero 2015.
  - 11.- El Ayuntamiento nombrará Hija Predilecta a María Fernández Pérez-Rasilla. (N. Cavia). Disponible en:[http://www.eldiariomontanes.es/prensa/20061129/region/ayuntamiento-nombra-hija-predilecta\\_20061129.html](http://www.eldiariomontanes.es/prensa/20061129/region/ayuntamiento-nombra-hija-predilecta_20061129.html) [acceso 10 de enero 2015].
  - 12.- El Ayuntamiento de Los Corrales de Buelna ha decretado dos días de luto oficial por el fallecimiento de María Fernández Pérez Rasilla Hija Predilecta del municipio. Disponible en: [http://valledebuelna.blogspot.com.es/2011\\_10\\_01\\_archive.html](http://valledebuelna.blogspot.com.es/2011_10_01_archive.html) [acceso 5 febrero 2015].
  - 13.- Los Corrales despidió con dolor a María Fernández Pérez – Rasilla. (Nacho Cavia).17/10/11. Disponible en: <http://www.soydelbesaya.es/actualidad2011-10-17/corrales-despidio-dolor-maria-fernandez-1851.htm> [acceso 18 febrero 2015].

#### FUENTES CONSULTADAS NO CITADAS

- Asociación de Vecinos Entremontañas: disponible en: [aaacorrales.blogspot.com](http://aaacorrales.blogspot.com) [acceso 10 de diciembre 2014].
- CEF Gestión Sanitaria: Sistema Sanitario Español: Javier Calvo Salvador (UDIMA): Disponible en: <http://www.gestion-sanitaria.com/2-sistema-sanitario-espanol.html> [acceso 19 de enero 2015].
- Sellán Soto, C. La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería Española contemporánea. Madrid: Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN) 2ª edición.2014.
- Una enfermera excepcional: Mª Luz Fernández Fernández : disponible en: <http://enfeps.blogspot.com.es/2014/03/una-enfermera-excepcional-m-luz.html> [acceso 15 diciembre 2014].

#### Agradecimientos:

*Mi más sincero agradecimiento a: Margarita, Mercedes, Loly, Vianney, Carmina, Eva, Javier y Nacho; también, a todas las personas que tan amablemente han colaborado para llevar a cabo esta investigación.*





# EL VESTIDO EN LA ENFERMERÍA: LOS SÍMBOLOS DE UNA VOCACIÓN

## *Dress in nursing: symbols of a vocation*

María Cayón Díaz, Rosa M<sup>a</sup> Nieves García, Lorena Oterino Faundez  
Unidad de Cirugía General en el Hospital Comarcal de Sierrallana/ Tres Mares.  
Torrelavega (Cantabria)

**PALABRAS CLAVE:** Historia, Enfermería, Uniforme.

**KEY WORDS:** History, Nursing, Uniform.

**RESUMEN:** El objetivo de esta revisión bibliográfica es describir los símbolos que han marcado la identidad enfermera y su significado. Dichos símbolos son: la cofia que significa honor, distinción y responsabilidad; el vestido blanco que es sinónimo de limpieza, pureza y apoyo frente al otro; la capa que representaba el peso sobre sus hombros de la responsabilidad que habían contraído con la sociedad y la lámpara que encarga la claridad y el conocimiento, la iluminación que brinda el saber. En la actualidad las enfermeras se distinguen por sus conocimientos y capacidades para desempeñar su profesión.

**ABSTRACT:** The aim of this bibliographical review is to describe the symbols that have marked the identity nurse and its meaning. These symbols are: mob cap that symbolizes honor, distinction and responsibility; white garment that is synonymous with cleanliness, purity and support other people; cap represented the weight on their shoulders about the responsibility that nurses had contract with society and lamp that means clarity and knowledge, enlightenment that is provided by the wisdom. At present nurses stands out for their knowledge and ability to perform their work.

## INTRODUCCION

La palabra uniforme (del latín *uniformis*) se define según la Real Academia Española de la Lengua como " *traje peculiar y distintivo que por establecimiento o concesión usan los militares y otros empleados o los individuos que pertenecen a un mismo cuerpo o colegio*".

Se observa una fuerte influencia de la religión sobre la enfermería. En los principios y prácticas de la enfermería moderna desarrollada por *Florence Nightingale*, están presentes aspectos que se derivan de la ideología religiosa y parte de la indumentaria de las enfermeras (cofia, uniforme), se asemejan bastante a los hábitos de las monjas <sup>1</sup>.

"El uniforme significa el conjunto de cualidades que tienen las profesionales de la enfermería, enfocadas a dar a entender que poseen disciplina y una esmerada atención límpida hacia sus semejantes, tanto del alma como del cuerpo."(Bravo 1969) <sup>2,3,4</sup>.

La enfermería, desde sus inicios, ha sido acompañada por una simbología propia que la caracteriza y que la distinguen del resto de los profesionales de la salud<sup>1</sup>.

## OBJETIVO

El objetivo de este trabajo ha sido describir los símbolos que han marcado la identidad enfermera y su significado.

## METODOLOGIA

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el significado de los símbolos y el vestido de la Enfermera y su relación con la imagen social. Finalmente se obtuvieron resultados de las siguientes fuentes:

- Bases de datos bibliográficas: Pubmed, Cuiden.
- Buscador de Google académico.
- Biblioteca Las Casas.
- Además se consultaron los siguientes libros:
  1. Dohahue MP. Historia de la enfermería. St Louis: Dopyma; 1985.
  2. Arocha de Cabrera. Símbolos de pertenencia de enfermería. Avances de la Enfermería. (Col) 2000.
- La imágenes ha sido obtenidas en los blogs:
  1. Generacionenfermeria disponible en: <http://generacionenfermeria.blogspot.com.es/2010/05/florence-nightingale-la-dama-de-la.html> (imagen 2).
  2. Auxiliardeenfermeriapasoapaso disponible en: <http://auxiliardeenfermeriapasoapaso.blogspot.com.es/2012/08/primeros-uniformes-de-enfermera.html> (imagen 1).

## RESULTADOS

El origen del uniforme se remonta a los inicios del Siglo XIX.

El primer uniforme completo de enfermería fue confeccionado por el gobierno inglés gracias a la petición de Florence Nigthingale, fundadora de las Hermanas de la Caridad, una agrupación de enfermeras cuya asistencia fue fundamental durante la guerra de Crimea. Dicho uniforme estaba compuesto por trajes de " *tweed*" gris, cofias de percal y capa de lana más una banda cruzada con el nombre del hospital <sup>5</sup>.

A través de la historia de la enfermería, a ésta se le ha identificado por cuatro símbolos, que justifican su identidad, estos son: el vestido blanco, la capa, la lámpara, y la cofia.

### La Cofia:

Sobre la utilización de la cofia en el medio sanitario hay varias versiones:

Una de ellas es la relación que existía entre la sanidad y la iglesia. Los religiosos y religiosas fueron los primeros en ofrecer cuidados a los enfermos en la Edad Media, y ellos cubrían su cuerpo de cabeza a pies, dejando a la vista la cara y las manos. Según la historia, cuando el trabajo les desbordó, acudieron a seglares para que les ayudaran, algunas de ellas incluso eran presas que cumplían condena. Para desempeñar este trabajo se las obligó a cubrir su cabeza con grandes tocacas sin almidonar, que fueron modificadas con el paso de los años <sup>2</sup>.

Otra es que su origen se remonta a la época oscura de la enfermería (tiempo comprendido entre la Edad Media y el Renacimiento), cuando esta era ejercida por las prostitutas; al querer reivindicar la profesión, las enfermeras se ponían la cofia, para que la población las distinguiera cuando salían por la noche a asistir a algún enfermo y entonces se las respetaba porque era una profesión noble <sup>2</sup>.

Desde la Edad Media hasta casi principios del siglo XX, la cofia era una prenda que se utilizó en cualquier trabajo desarrollado por la mujer: cocinera, doncella, planchadora, institutriz, camarera, etc. <sup>4,5</sup>.

Dentro de las utilidades de la cofia están: cubrir el cabello y no peinarlo tan a menudo (Edad Media) <sup>2</sup> y recoger el pelo de la enfermera para que no caiga sobre al campo de trabajo, por lo que el pelo debe estar recogido dentro de ella <sup>5</sup>.

En la actualidad en algunos países la cofia te permite distinguir el nivel profesional de la persona que la lleva, colocando cintas de diversos colores en posición horizontal o vertical en ella sabremos si estamos ante una auxiliar de enfermería (no llevan cintas), una enfermera profesional o una estudiante <sup>1,3,5,6,7</sup>.

Simbolizaba honor, distinción y responsabilidad <sup>1,5</sup>.



Imagen 1.



Imagen 2.

### El Vestido blanco:

Los primeros uniformes derivan del hábito de las monjas (s. XIX) <sup>2</sup>. Antes de la década de 1800, el uniforme se basaba en la ropa usada por los monjes y monjas que cuidaban de los pacientes en los hospitales militares y las iglesias <sup>5,6</sup>. El vestido blanco era sinónimo de autocuidado, limpieza, pureza y apoyo frente al otro <sup>1,2,3,4,5</sup>.

### La Capa:

El uso de esta prenda se inició en la guerra de Crimea (1853), estaban hechas de tela de fieltro; se utilizó este material debido a las bajas temperaturas, pues generalmente hacían guardias de 24 hrs., siendo las noches largas y frías.

Representaba el peso sobre sus hombros de la responsabilidad que han contraído con la sociedad <sup>2,3,4</sup>.

### La Lámpara:

Aunque es menos conocida, fue Santa Catalina de Siena la primera en utilizar una lámpara durante la peste negra que asoló Siena en 1200, ya que ella salía a cuidar a los pacientes por la noche llevando una <sup>8</sup>.

Posteriormente se continuó usando para alumbrar en las noches a los pacientes en los hospitales, conventos, asilos y en las instituciones de salud <sup>8</sup>.

Años después, durante la guerra de Crimea (1853) Florence Nightingale la hizo muy conocida al hacer su ronda nocturna para valorar el estado de sus pacientes más enfermos. Longfellow immortalizó a esta dama llamándola "La Dama de la Lámpara", o "Dama con una Lámpara", en su poema de 1857. Significaba la claridad y el conocimiento, la iluminación que brinda el saber <sup>2,3,5,7,8</sup>.

## CONCLUSIONES

La profesión enfermera exige una vestimenta apropiada, ya que una enfermera vestida de forma adecuada inspira confianza y respeto.

Es cierto que con el paso de los años el uniforme de la enfermera ha perdido parte de su valor simbólico y que la lámpara, la cofia, el vestido y la capa han pasado a formar parte de la historia de la profesión enfermera.

En la actualidad, la enfermera se distingue y tiene identidad profesional por sus conocimientos y capacidades para desempeñar su actividad laboral y formar parte importante del equipo de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. León Román C. A. El uniforme y su influencia en la imagen social. Rev Cubana Enferm. 2006; 22 (1).
2. INFOMED, Red de Salud en Cuba [Internet]. Cuba. La cofia, símbolo de abnegación. [Acceso 5 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/santiagodecuba/cofia.pdf>
3. Cortes S. enfermería moderna [Internet]. Shannen Cortes. 2012-Dic. [Acceso 6 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://laenfermeriamoderna.blogspot.com.es/2012/12/simbolos-de-enfermeria.html>
4. Rubio Pilarte J., Expósito González R., Solórzano Sánchez M. Enfermería Avanza [Internet]. España. Jesús Rubio Pilarte, Raúl Expósito González, Manuel Solórzano Sánchez. 2011-Oct. [Acceso 7 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://enfeps.blogspot.com.es/2011/10/la-cofia-su-historia.html>
5. Ceusjic2013. Enfermería 2013 [Internet]. Ceusjic2013. 2013- Oct. [Acceso 5 de Febrero de 2015]. Disponible en: <http://2013enfermeriaceusjic.blogspot.com.es/2013/10/historia-del-uniforme-de-enfermeria.html>
6. Rosete Mohedano M. G. La profesión de Enfermería, sus símbolos. Mecanismo de sujeción y control. Biblioteca Las Casas [Internet]. 2015; 5(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0425.php>

7. Burbano C. Una mirada actual de la simbología en enfermería. *Colomb med.* 2007; 38 (4) (Supl 2):105-109.
8. Universidad pedagógica y tecnológica de Colombia [Internet]. Colombia. Universidad pedagógica y tecnológica de Colombia; [Acceso 6 de Febrero de 2015]. Disponible en: [http://www.uptc.edu.co/facultades/f\\_salud/pregrado/enfermeria/inf\\_adicional/simbolos/](http://www.uptc.edu.co/facultades/f_salud/pregrado/enfermeria/inf_adicional/simbolos/)



# LA CONTRIBUCIÓN DE LAS ENFERMERAS EN EL CUIDADO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS EN EL PRIMER CONSULTORIO DE NIÑOS DE PECHO EN MADRID (GOTA DE LECHE)

*The contribution of nurses to child care at the first infants medical center in Madrid ("gota de leche").*

M<sup>a</sup> Carmen Sellán Soto  
Facultad de Medicina. UAM

M<sup>a</sup> Luisa Díaz Martínez  
Facultad de Medicina. UAM

M<sup>a</sup> Cristina Ulecia Pardo  
Hospital Universitario La Paz de Madrid

**PALABRAS CLAVE:** Gota de Leche, Enfermeras, Cuidados.

**KEY WORDS:** Infants Medical Centre, Nurses, Care.

**RESUMEN:** Desde la inauguración en el año 1904 del Primer Consultorio de niños de pecho en Madrid, fundado por el Dr. Rafael Ulecia y Cardona, ha habido distintas figuras en el cuidado de los niños y sus madres.

En el año 1954, dentro del equipo facultativo, nos encontramos con auxiliares, practicantes, Hijas de la Caridad y Enfermeras, entre otros. Entre sus funciones se encontraban: (1) Promover acciones higiénicas y de promoción de la salud a través de clases de lactancia e higiene; (2) Distribuir cartillas higiénicas para niños y madres; (3) Contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad infantil, y mejorar el régimen alimentario de lactantes y niños pequeños.

**ABSTRACT:** From the opening, in 1904, of the first infants medical centre in Madrid, founded by Dr. Rafael Ulecia y Cardona, different types of team members had participated for mother and child care.

Auxiliaries, practitioners, Sister of Charity of Saint Vicent de Paul and nurses were included in 1954.

Their duties included: (1) Encourage hygienic and health promotion actions through breastfeeding and hygiene classes; (2) Distribution of hygiene booklets for children and mothers; (3) Contribution to the decreasing infant morbidity and mortality improving the feeding of infants and small children.



## INTRODUCCIÓN

La infancia no es sólo un conjunto de población objetivable, también es una realidad representada de forma individual y colectiva, es decir, está ligada a un conjunto de ideas de representaciones sobre lo que es la Infancia. Las investigaciones y el interés mostrado hacia la infancia a partir del siglo XIX no son ajenas a dichas representaciones sociales y a los cambios que acontecieron sobre la consideración hacia este grupo social.<sup>1</sup>

El interés por estudiar la mortalidad de las poblaciones se sustenta en que con ello puede darse cuenta de las condiciones socioeconómicas, sanitarias y de calidad de vida de un país, ciudad o territorio. Una de las causas principales del crecimiento de la población es el descenso de la mortalidad, y específicamente la infantil, ya que en esta época representaba un porcentaje elevado dentro de la mortalidad general.<sup>2</sup>

En las últimas décadas del siglo XIX, Francisco Méndez Álvaro<sup>3</sup> estimaba la mortalidad infantil, en Madrid, entre el 40-44 por cada mil habitantes, fundamentalmente en menores de 5 años y sobre todo en menores de un año.

Con objeto de proteger a la población infantil, entre finales del S. XIX y principios del S. XX, se sucedieron diversos desarrollos legislativos y de atención sanitaria. Cabe mencionar, entre otros, La Ley de Beneficencia de 1836, La Ley de Sanidad de 1855, la Reglamentación del año 1887, relativa a la higiene de las nodrizas, o la Ley de Protección a la Infancia de 1904.<sup>4</sup>

En relación a la asistencia sanitaria se crean diferentes instituciones, unas más de corte académico, como la Sociedad Española de Higiene, la Sociedad Protectora de los niños o la Sociedad de Pediatría, o bien, centros para la asistencia directa. Cabe señalar que los centros de acogida y asistencia estaban siempre a cargo de institutos religiosos, concretamente las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl. Entre los centros especializados podemos señalar los Consultorios de lactantes y Gotas de Leche, Hospitales, como el del Niño Jesús y el de San Rafael, así como Servicios de Medicina Escolar y de Auxilio a la Maternidad.<sup>4</sup>

## OBJETIVOS

- Identificar las distintas figuras integrantes del equipo en el Consultorio de niños de pecho.
- Conocer el papel que desarrollaron en los años 50 las enfermeras profesionales y las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, que trabajaron en la Gota de Leche de Madrid.
- Analizar el proceso cuidador de los distintos miembros del Equipo de Salud.

## MATERIAL Y MÉTODO

El material y el método seleccionado proceden de fuentes historiográficas y de testimonios directos de personas por medio de entrevistas. Se han llevado a cabo búsquedas en bases de datos electrónicas, como Dialnet, Cuiden o Google Académico, y se ha visitado el archivo y museo de la Casa Provincial "San Vicente" de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl en Madrid. Parte de los documentos consultados provienen de la Biblioteca personal de la Familia Ulecia Mascías.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Desde la inauguración en el año 1904 del Primer Consultorio de niños de pecho en Madrid, fundado por el Dr. Rafael Ulecia y Cardona, ha habido distintas figuras en el cuidado de los niños y sus madres.

Este consultorio lo inaugura la Reina M<sup>a</sup> Cristina, el 22 de enero de 1904 en el número 83 de la calle Ancha de San Bernardo, esquina con la de San Hermenegildo. Al evento asisten personali-

dades de la nobleza y de la política, junto con los Marqueses de Casa-Torre, benefactores de dicha institución.<sup>4</sup>

El 14 de febrero de 1913 el Consultorio se trasladó a la Calle de la Espada. El edificio fue donado por la Marquesa viuda de Casa-Torre en un terreno propiedad de la Reina. Desde ese año se encomendó la dirección y administración del Centro a las Hijas de la Caridad. Hasta 1954 fueron superiores las hermanas: Sor Leonor Cercós Izquierdo, Sor Benita Ibirien, Sor Jacinta Velasco y Sor Narcisca Goñi.<sup>5</sup>

Por otro lado, en el acuerdo firmado entre la Marquesa viuda de Casa-Torre, el director de las Hijas de la Caridad de la provincia de España y la señora visitadora de la misma provincia, Sor Josefa Bengochea, se establece que las Hijas de la Caridad se harán cargo de la dirección y administración del Consultorio, vivan en el mismo edificio, y también se encarguen de esterilizar y distribuir la leche.<sup>6</sup>

Tal como se recoge en el Reglamento de 1954 del Consultorio<sup>7</sup>, en el capítulo primero se muestran los objetivos de la institución para luchar contra la excesiva mortalidad de la primera infancia. Para ello el trabajo se llevará a cabo con dos secciones, una dedicada a los niños sanos, y otra dedicada a los niños enfermos, siendo la misión de esta institución de carácter científico y caritativo. Entre las actividades que llevaban a cabo tenemos:

1. "Enseñar a las madres que acuden a este Centro la mejor manera de criar a sus hijos y tratar por todos los medios posibles de propagar la lactancia materna.
2. Organizar conferencias y cursillos que sirvan para la instrucción de las madres, así como la adquisición de práctica por parte de las enfermeras y el personal técnico, en las materias referentes a higiene infantil.
3. Facilitar leche de excelente calidad a aquellas madres que no puedan amamantar a sus hijos, y leches medicinales a aquellas otras que las enfermedades de sus hijos lo requieran.
4. Proveer a los niños pobres de alimentos preparatorios para el destete, y premiar a las madres, que demuestren mayor celo y competencia en cuidar a sus hijos, con ropas y juguetes para éstos, aparte de premios extraordinarios que se acuerde conceder.
5. Establecer consulta gratuita para niños enfermos pobres, de cero a doce años de edad, y suministrar medicamentos a todos ellos, si es posible, pero especialmente a los que llevan leche de la Institución".

En este mismo reglamento, en el capítulo tres, se menciona al personal de la Institución. Entre sus miembros se encuentra el Cuerpo facultativo, la Comunidad de Hijas de San Vicente de Paúl, la Junta de Señoras y el Cuerpo Administrativo.

Entre las características de la Comunidad de las Hijas de la Caridad podemos señalar:

1. "Estará integrada por una Superiora y el número de Hermanas que las necesidades de la Casa requiera, y se procurará que todas o gran parte de ellas posean el título de Enfermera.
2. Tendrá a su cargo cuanto se relacione con el régimen interior de la Casa, cumplimiento de lo religioso que afecte a la Institución; orden y compostura de cuantos asistan al Consultorio; esterilización, preparación y reparto de la leche; ayuda conforme a la distribución que haga la Superiora de acuerdo con el Director, en los diferentes servicios y consultas; se hará cargo de los ingresos del Consultorio...
3. La Superiora, con el nombre y cargo de Superiora-administradora, manejará los fondos de la Institución, de acuerdo con la Junta Directiva y tendrá firma reconocida indistintamente, con el Tesorero, en el Banco de España".<sup>7</sup>

En el libro conmemorativo del cincuentenario de la Institución, puede observarse cómo con los años, se han ido incorporando nuevas figuras de profesionales que van atendiendo el Consultorio, concretamente destacamos el hecho de la presencia de un grupo de Enfermeras, todas ellas mujeres y de un practicante.<sup>5</sup>

Como sabemos, al comienzo de los años 50, en la formación en el ámbito de la salud coexistieron diferentes figuras, como enfermera, matrona y practicante. A partir de 1953 estas tres figuras dejarán de coexistir y se transformarán en una nueva titulación, denominada Ayudante Técnico Sanitario. En el nuevo plan de estudios, con duración de tres años, la formación en el cuidado de las madres y niños tendrá lugar a través de las asignaturas de Pediatría, Obstetricia y Ginecología.<sup>8</sup>

De las ocho enfermeras que en el año 1954 prestaban sus servicios en el Centro, hemos podido constatar, tras la consulta realizada al Colegio de Enfermería de Madrid, que Natividad Mateo y Julia Franco<sup>5</sup>, figuraban como dadas de alta en dicho Colegio de Enfermería. De las otras seis enfermeras que figuran dentro del cuerpo Facultativo de dicho centro, todavía no hemos podido verificar el tipo de título del que disponían.

Así mismo, tenemos constancia de que en ese momento trabajaban ocho Hijas de la Caridad, todas ellas fallecidas en la actualidad, según la información proporcionada por Sor María Ángeles Infantes, responsable del archivo y museo de la Casa Provincial "San Vicente" de las Hijas de la Caridad en Madrid.

Cabe destacar que la formación de las Hijas de la Caridad se realizaba a través de manuales de la época, y se examinaban en la Universidad Central de Madrid hasta la creación de su propia escuela. Sor Justa Lostau se encargó de organizar la publicación del primer Manual de Enfermería en 1915.

Otra de las funciones del centro era la distribución de cartillas higiénicas para madres y niños. Tenemos constancia de que dichas cartillas eran elaboradas por el Dr. Ulecia y Cardona. En sus comienzos y en su primera edición de 1904 contó con una tirada de 58.000 unidades que se distribuyeron de forma gratuita.<sup>9</sup> No hay constancia de la participación de las enfermeras en el contenido de dichas cartillas, una vez que se incorporaron al Centro.

El consultorio, con el paso de los años, ha ido adaptando sus actividades a las nuevas exigencias de la sociedad. Se transforma en colegio-guardería, que en 1968 se llamó "Santa Justa", y en 1980 "Guardería Gota de Leche". Bajo estos dos nombres continuó desarrollando su función benéfica y educativa hacia los niños y niñas más necesitados, hasta que en 1987 se produjo su cierre definitivo, debido a la carencia de recursos económicos.<sup>4</sup>

## CONCLUSIONES

Durante la década de 1902 a 1912 se abrieron en toda España alrededor de 34 Consultorios o Gotas de leche en la mayoría de las capitales de provincia. Eran centros subvencionados de forma privada y también en ocasiones por ayuntamientos y juntas provinciales de protección a la infancia.<sup>10</sup>

Las mujeres enfermeras que se integran en la Gota de Leche, como parte del personal del Cuerpo Facultativo, Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl y Enfermeras, en el año 1954, ya poseían conocimientos, capacidad y habilidades para cuidar a los lactantes y a sus madres. Las primeras, desde 1915, disponían de manuales específicos para su formación. Las Enfermeras por su parte, según la Orden de 216 de julio de 1941 se formaban con un programa teórico y práctico que tenían que refrendar en las Facultades de Medicina.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casas, F. Infancia y representaciones sociales. *Política y Sociedad*. 2006; 43(1)127-42.
2. Ramiro F, Sanz a. Cambios estructurales en la mortalidad infantil y juvenil española. 1860-1990. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*. 1999; 17(1)49-87. [Consultado 27 marzo 2015] Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/11174/1/241750.pdf>
3. Méndez F. Resumen de la discusión sobre la mortalidad de Madrid. Madrid: Sociedad Española de Higiene; 1882. [Consultado 1 abril 2015]. Disponible en: [http://bibliotecavirtualmadrid.org/bvMadrid\\_publicacion/i18n/consulta/registro.cmd?id=1159](http://bibliotecavirtualmadrid.org/bvMadrid_publicacion/i18n/consulta/registro.cmd?id=1159)
4. Majan N. La protección a la infancia en España a través de la obra de Rafael Ulecia y Cardona y de los Consultorios de niños y gotas de Leche [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense. Facultad de Medicina, 1990.
5. Libro conmemorativo del Cincuentenario de la institución Primer Consultorio de niños de Pecho en Madrid (Gota de Leche). Madrid; 1954.
6. Contrata entre Fundadora Marquesa Casa-Torre e Hijas de la Caridad; 1913.
7. Reglamento Primer Consultorio de niños de pecho en Madrid (Gota de Leche). Madrid; 1954.
8. Sellán MC. La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería española contemporánea. Madrid: FUDEN; 2009.
9. Mateos A. Las huellas del Dr. Ulecia en Pozuelo; 2013. [Consultado 1 abril 2015]. Disponible en: <http://www.enpozuelo.es/noticia/2823/Calle-a-Calle/Las-huellas-del-doctor-Ulecia-en-Pozuelo.html>
10. Rodríguez E, Ortiz T, García-Duarte O. Los consultorios de lactantes y gotas de leche en España. *Jano*. 1985;29(663-H)74-78.



# "IN OMNIBUS CARITAS": LA SANIDAD AL SERVICIO DE LA CARIDAD EN SALUS INFIRMORUM

## *"In omnibus caritas": health as charity service in Salus Infirorum*

Dr. Francisco Glicerio Conde Mora, D. Alonso Núñez Núñez,  
D<sup>a</sup> Mercedes Almagro Villar  
Grupo de Investigación CTS 966 HSI (E.U. Salus Infirorum de Cádiz)

**PALABRAS CLAVE:** Caridad/ Enfermería/ Sanidad

**KEY WORDS:** Charity/Nursing/ Health

### RESUMEN:

1. Los objetivos del presente trabajo son poner de relieve la formación enfermera que Las Hijas de la Caridad recibieron en Salus Infirorum y su vinculación con la Hermandad y los centros sanitarios que gestionaron.

2. Las fuentes utilizadas para la elaboración del siguiente estudio provienen en su mayor parte de fuentes hemerográficas para el estudio de esta relación, en especial la Revista Firmes y los boletines y las memorias de las escuelas de enfermería, así como la correspondencia de la Hermana Mayor D<sup>a</sup> María de Madariaga y Alonso (1905-2001).

3. La Metodología utilizada se ha basado en el estudio comparativo y estadístico de las Hijas de la Caridad formadas en Salus Infirorum. Hemos procedido al análisis de la formación y participación en la Hermandad Salus Infirorum y en los hospitales y clínicas que fueron gestionadas por la Hermandad.

4. Resultados: La formación sanitaria recibida en las Escuelas de Enfermería Salus Infirorum hizo que las Hijas de la Caridad des-

### ABSTRACT:

1. The objectives of this study are to highlight training nurse who received the daughters of charity in Salus Infirorum and their links with the brotherhood and health centers that handled.

2. the sources used for the preparation of the following come most sources periodicals for the study of this relationship, particularly the firm magazine and newsletters and memories of the schools of nursing, as well as correspondence of the sister Mayor Mrs. María de Madariaga y Alonso (1905-2001)

3. The methodology used is based on the comparative and statistical study of the daughters of charity in Salus Infirorum. We proceeded to the analysis of the formation and participation in the brotherhood Salus Infirorum and in hospitals and clinics that were managed by the brotherhood.

4. Results: The health education in the schools of nursing, Salus Infirorum did the daughters of charity to play an important role in the second half of the century Spanish health XX.

empeñaran un importante papel en la sanidad española de la segunda mitad del siglo XX.

5. Conclusiones: Las Hijas de la Caridad desempeñaron un papel insustituible en los hospitales del siglo XX. Muchas de estas hermanas, formadas en Salus Infirmorum pusieron sus conocimientos al servicio del cuidado de los más necesitados buscando su salud física y espiritual.

5. Conclusions: The daughters of charity played an irreplaceable role in the hospitals of the 20th century. Many of these sisters, formed in Salus Infirmorum put their expertise at the service of the poor care for their physical health and spiritual.

## 1. ORIGEN DE LAS HIJAS DE LA CARIDAD

La Congregación de las **Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl**, fue fundada en la Francia de Luis XIII (1610-1643), en el año 1633. Sus fundadores fueron San Vicente de Paúl y Luisa de Marillac. La congregación fue denominada Hijas de la Caridad, sirvientes de los enfermos pobres. Más tarde le sería añadido el nombre de su fundador para distinguirla de otras comunidades de caridad desarrolladas posteriormente por el Francia. Su carisma es el cuidado corporal y espiritual de los pobres enfermos.

San Vicente de Paul, santo fundador de la congregación, comenzó por recoger a enfermos de las calles. Pronto fundó y dotó el hospital de los niños expósitos<sup>1</sup>. En 1660, tras el óbito de sus fundadores había más de cuarenta casas de la Hijas de la Caridad por toda la Francia de Luis XIV.

## 2. LAS HIJAS DE LA CARIDAD EN CÁDIZ DURANTE EL SIGLO XIX

Ya en 1830, en el reinado de Fernando VII (1808-1833), tenemos constancia del establecimiento de las Hijas de la Caridad en la ciudad de Cádiz, regentando la Casa Cuna con 5 Hermanas. Aún a pesar de las desamortizaciones, el Concordato de 1851 entre la España de Isabel II y la Santa Sede del beato Papa Pío IX (1846-1878) permitía en su artículo XXX el ejercicio de su labor caritativa en nuestro país.

A lo largo de todo el siglo XIX podemos ver la importancia de las Hijas de la Caridad en la sanidad gaditana. En la *Guía Rosety de 1867* se nos detalla las instituciones donde ejercían su labor sanitaria como el Hospital Civil regentado por 12 hermanas, el Hospicio Provincial: 20 hermanas; la Casa Matriz de Expósitos con 6 hermanas o el Hospital de la Misericordia con 6 hermanas.

Su labor no fue sólo reconocida en Cádiz capital. En San Fernando, (Cádiz), en 1870, las Hijas de la Caridad se incorporan y pasan a formar parte del personal del enfermería de dicho hospital hasta hace poco militar<sup>2</sup>. Durante 138 años-desde 1870 hasta 2008- desempeñaron una gran labor en el cuidado a los enfermos, entre ellas algunas Hermanas que se formaron en las aulas de Salus Infirmorum como Sor Carmen Virués de la que hablaremos a continuación<sup>3</sup>.

---

1 Sobre San Vicente de Paul véase: ABELLY L.: Vida del Venerable Siervo de Dios Vicente de Paúl, Fundador y primer Superior General de la Congregación de la Misión. Salamanca: CEME. 1994. En referencia a Luisa de Marillac recomendamos la consulta de Charpy E. *Petite vie de Louise de Marillac*. Paris, 1991.

2 García González M. Hijas de la caridad precursoras de la enfermería. En Blanco-Villero JM/Cubillana de la Cruz. JM, Salud y Enfermedad en los tiempos de las Cortes de Cádiz. Crónica sanitaria de un Bicentenario. 1º Servicio de Publicaciones UCA/Ed. Sílex, Cádiz, 2013.

3 Para un conocimiento de la labor de las Hijas de la Caridad en la Sanidad de la Defensa remitimos a: Arias Bautista M.T. Palomas blancas entre el amor y el dolor. El cuidado, las Hijas de la Caridad y el Hospital Gómez Ulla. Sanid. Mil. vol.67 supl.1 Madrid jul. 2011.

### 3. LAS HIJAS DE LA CARIDAD Y SALUS INFIRMORUM DE CÁDIZ EN EL SIGLO XX

En el siglo XX, concretamente 1952 tiene lugar el establecimiento de Salus Infirmorum en la capital gaditana. Muchas hermanas serán formadas en la nueva escuela fundada bajo las directrices de la Hermana Mayor María de Madariaga. Su presencia en las aulas de nuestra escuela pone de relieve lo que afirma Francisca Hernández Martín de las Hijas de la Caridad en esta época:

*"(...)La fuerte presencia de Hijas de la Caridad en la Beneficencia en España no se limitó a la tarea asistencial, su influencia se hace notar con su colaboración en los cambios de la Enfermería. Participaron dos Hermanas en la Comisión Central del Ministerio para Estudios de Enfermería, Sor Adela Navarro Patiño y Sor Beatriz Gil Lansaque, cuyo objeto era asesorar al Ministro en esta materia con motivo de la unificación de las carreras de Enfermera, Practicante y Matrona en la de Ayudante Técnico Sanitario. (...) A mediados del siglo XX con el avance de la cirugía y los métodos diagnósticos se requieren Hermanas Enfermeras especializadas en Fisioterapia, Podología, Laboratorio, Matronas ... Varias Hermanas ocupan puestos de responsabilidad en estas Escuelas. Otras actuarán como anestesistas, instrumentistas y en Bancos de Sangre"<sup>4</sup>.*

Tras el análisis de las fuentes archivísticas que conservamos en Salus Infirmorum constatamos un número muy elevado de Hijas de la Caridad formadas en nuestras aulas. En concreto destacamos que en la promoción 1973-1976 encontramos a la Hermana Sor Juana Valle Pérez. A finales de los años 70, concretamente en la promoción de 1977-1980 en la Escuela de Cádiz destacamos a las Hermanas Sor. Juana Díaz Bernal, a Sor M<sup>a</sup> del Carmen de la Herrán Patino y Sor Josefa Horcajada Rodado.

En el antiguo Hospital de Mora (Cádiz) -clausurado en 1990- y posteriormente en el Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz), en la unidad de cirugía tenemos a Sor Carmen Sibón Galindo y Sor Carmen Bello mientras que en la Unidad de Traumatología tenemos Sor Carmen Caro. En Chiclana de la Frontera, en la Casa Gerasa, a día de hoy, contamos con Hijas de la Caridad como Sor Carmen Virués, formada en Salus Infirmorum.

Ya en el resto de la provincia gaditana debemos destacar la atención en La Línea de la Concepción del Hogar Marillac, llevado por las Hijas de la Caridad la mayoría de ellas enfermeras, algunas formadas en Salus Infirmorum.

Debemos destacar que las Hijas de la Caridad formadas en las aulas de Salus Infirmorum en estos años recibieron una formación acorde con las disposiciones promulgadas por el Pontificio Consejo COR UNUM reunido en Roma del 31 de marzo al 2 de abril de 1977, tituladas *Acciones de Sanidad a favor de una promoción humana*. Lo cierto es que estas religiosas y enfermeras contribuyen mucho al trabajo de la Iglesia en el mundo de la sanidad.

### 4. CONCLUSIONES

Las Hijas de la Caridad formadas en Salus Infirmorum han sido y son profesionales del campo de la salud, que han puesto y ponen al servicio de la sociedad su competencia y calidad profesional, realizando una asistencia integral al enfermo. En la actualidad, bajo las órdenes de Sor Pilar Rendón realizan un inestimable servicio ya sea en el comedor de la calle María Arteaga, en el albergue de los Caballeros Hospitalarios o en tantas otras instituciones repartidas por la provincia de Cádiz.

---

<sup>4</sup> Hernández Martín, F. Las Hijas de la Caridad en la profesionalización de la enfermería. Revista de Enfermería y Humanidades. En Cultura de los cuidados, 2006, Año X, N. 2.







CAPÍTULO 4

*La Enfermería entre  
la Guerra Civil Española  
y la Transición Democrática*



# ENFERMERAS INTERNACIONALES EN LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA (1936-1939)

## *International Nurses in the Spanish Civil War (1936-1939)*

Gloria Gallego-Caminero

Profesora colaboradora honoraria, Universitat de les Illes Balears

Sioban Nelson

Vice-Provost Academic Programs and Vice-Provost Faculty and Academic Life,  
University of Toronto (Canadá)

Paola Galbany-Estragué

Profesora de la Universidad Autónoma de Barcelona

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería, Historia, Guerra.

**KEY WORDS:** Nursing, History, War.

**RESUMEN:** **Objetivo:** Explicar la participación de las enfermeras internacionales en la Guerra Civil española. **Fuentes:** Fuentes primarias y secundarias. **Metodología:** Método histórico basado en la revisión de la literatura y en la observación documental, las técnicas textuales y el análisis biográfico, sometido a verificación y pruebas de fiabilidad de las fuentes. **Conclusiones:** A pesar de las dificultades, la mayoría de las enfermeras internacionales voluntarias expresaron una enorme satisfacción personal y profesional por haber participado en la contienda y continuaron defendiendo durante el resto de sus vidas los ideales que las llevaron a España. Las enfermeras internacionales introdujeron durante el conflicto una serie de innovaciones profesionales, pero ninguna tuvo continuidad en España después de la Guerra.

**ABSTRACT:** **Purpose:** Describes the role played by international nurses in the Spanish civil war. **Sources:** Primary sources and secondary sources. **Methodology:** Historical method, based on the review of literature and documentary observation, textual techniques and biographical analysis, subject to verification and testing of source reliability. **Conclusions:** Despite the difficulties, most of the nurse volunteers expressed great personal and professional satisfaction for having participated in the conflict and continued to defend for the rest of their lives the ideals which led to Spain. The international nurses initiated a series of professional innovations during the conflict, none, however, were to survive the war.

La Guerra Civil Española (GCE), y concretamente la participación de extranjeros en el lado republicano ha suscitado un enorme volumen de publicaciones (Rodríguez 2006: 65-1280). Se cuentan por decenas de miles los textos publicados en diferentes idiomas y centrados, sobre todo, en la participación militar de los varones. Los estudios sobre la sanidad en la GCE hacen referencia a la participación internacional de las enfermeras (Guerra 1986, Navarro 1989, Calvo 1992, Hervás 2004). *Más especialmente* algunos se han dedicado a la Sanidad en las Brigadas Internacionales (B.I.) (Fyrth 1986, Broggi 2001, Guerra 2003, Beneito 2004, Coni 2008, Requena 2009, Pérez-Aguado 2010, Palfreeman 2012).

La revisión de la literatura centrada en las enfermeras internacionales del lado republicano<sup>1</sup>, no ha mostrado ninguna monografía dedicada a este tema, a excepción de los estudios biográficos (De Vries 1979, Birham 1975, Keene 1988<sup>2</sup>, Fyvel 1992, Silverstein 1992, Jackson 2012)<sup>3</sup> basados en los testimonios de seis enfermeras (De Vries, Birham, Hodgson, Fivel, Silverstein y Darton) que estuvieron en España. Los artículos en revistas científicas (o no indexadas) o los capítulos de libro centrados en la participación de las enfermeras internacionales en la GCE son escasos (Rogers 2004). La escritora feminista Frances Patai (Patai 1989, 1995, 1996) y Fredericka Martin, jefa de enfermeras de las Brigadas Internacionales (Martin 1989), ambas norteamericanas, publicaron algunos trabajos, pero fallecieron antes de que vieran la luz las prometedoras y bien documentadas monografías que preparaban<sup>4</sup>.

La revisión de la literatura ha mostrado que lo que se conoce, es aún insuficiente para explicar la participación en la GCE de cerca de 600 enfermeras internacionales procedentes de más de 20 países. Una participación que fue cualitativa y cuantitativamente considerable, tanto por el coste personal como por los avances profesionales, médicos y de enfermería, que iniciados en la GCE se vieron consolidados a partir de la II Guerra Mundial. De ahí el interés en explorar las fuentes primarias en archivos y bibliotecas nacionales e internacionales<sup>5</sup> que nos han permitido avanzar en el conocimiento de una experiencia tan peculiar, como altruista y comprometida.

Según diversas fuentes, entre 30.000 y 70.000 personas, procedentes de unos 53 países, vivieron a España a participar a favor del bando republicano. Estas cifras, se han incrementado o reducido, según las posturas ideológicas de los autores (Requena 2009:159). La mayoría de los internacionales, y también las enfermeras, participaron formando parte de las B.I., una organización creada por la Komintern a mediados de septiembre de 1936, que tuvo su sede en París, su base

---

1 La revisión ha incluido, además de revistas indexadas, monografías, literatura gris (panfletos, comunicaciones no publicadas, publicaciones periódicas editadas durante la GCE), textos agotados o descatalogados obtenidos en Internet, la Biblioteca Nacional de España y la Robarts Library de la Universidad de Toronto y otras bibliotecas universitarias. La revisión de la literatura fue presentada en el Congreso Internacional de Malta (Gallego, Nelson, Montaner y Molina 2011) y se ha ido actualizado periódicamente, sometiendo la información obtenida a verificación y pruebas de fiabilidad.

2 Traducido al español y ampliado (Hodgson 2005).

3 En cuanto a la participación de las enfermeras internacionales con los nacionales, se han encontrado tres monografías: una basada en un diario (Scott-Ellis 1996) y dos biografías (Preston 2001 y De Sagrera 2006). Se desconocen los detalles de la participación de las enfermeras italianas enviadas por Mussolini para cuidar a los heridos italianos del bando franquista.

4 Estas escritoras dejaron sus manuscritos, grabaciones, entrevistas, fotografías, etc.) a los Archivos de la Abraham Lincoln Brigade (ABA), Tamiment Library de la Universidad de Nueva York.

5 Tamiment Library de la Universidad de Nueva York, Marx Memorial Library de Londres, Archivo de la Guerra Civil en Salamanca, el Centro de Documentación de las Brigadas Internacionales (CEDOBI) en Albacete y Biblioteca del Pabellón de la República en Barcelona.

organizativa en Albacete y que contó para el reclutamiento y la financiación con la simpatía que la España republicana despertaba en la izquierda mundial (Eiroa 2012:265-66). Se ha afirmado que simultáneamente no coincidieron en España durante el conflicto más de 25.000 inter-brigadistas y se añade que el 17% quedaron sepultados en suelo español y sólo un 7% se libró de la prisión o de ser herido de mayor o menor consideración (Castells 1973:383). Cerca de un 80% de esos participantes internacionales a favor de la II República pertenecían a la clase obrera (Sepúlveda 2006:16), pero también se contó con la presencia de artistas, intelectuales y profesionales.

Según las publicaciones republicanas, a mediados de 1937, había en España participando en las BBII, 220 médicos, 580 enfermeras<sup>6</sup> y 600 camilleros. Prestaban asistencia en 23 hospitales con 5000 camas, 13 equipos quirúrgicos, 130 ambulancias, 7 vagones quirúrgicos, 3 grupos de evacuación de heridos y varios hospitales de convalecencia en la retaguardia (Jirku 1937:8-9)<sup>7</sup>. Desde el inicio del conflicto algunas enfermeras se sumaron a la causa republicana, bien porque se encontraban en España por razones personales o bien porque habían acudido a la Olimpiada Popular de Barcelona, aunque la mayoría de ellas llegaron a España a finales de 1936 o 1937 en equipos organizados y financiados por los comités de ayuda de los distintos países (USA, Gran Bretaña, Suecia y Noruega, Holanda) que suministraron a la Sanidad de la II República material y equipos para dotar varios hospitales fijos y equipos móviles, así como centros para el acogimiento infantil. Los equipos de salud en los que se integraron las enfermeras estaban compuestos por gestores, administrativos, intérpretes, médicos, farmacéuticos, camilleros, chóferes, mecánicos u otros auxiliares. La mayor parte salió de España antes de finalizar la contienda, cuando la II República española (21 septiembre 1938), proclamó ante la Sociedad de las Naciones la decisión de retirar todos los efectivos extranjeros.

Los motivos por los que se enrolaron las enfermeras fueron diversos: algunas lo hicieron por asuntos personales o en busca de aventuras, pero la mayoría, según sus testimonios acudieron por motivos ideológicos, en defensa de la democracia o para tratar de frenar la creciente expansión del fascismo (Gallego 2013). Este fue el caso de enfermeras de origen judío, socialistas, cuáqueras, comunistas, sindicalistas, o simplemente demócratas.

Ante la amenaza fascista las enfermeras respondieron a la llamada de solidaridad internacional. Trabajaron en España en condiciones personales muy difíciles, lejos de sus familias y en riesgo continuo ante la amenaza de bombardeos o el fuego de los frentes. Algunas dejó la vida, otras fueron heridas, pocas se libraron de las disenterías, las fiebres tifoideas o la infestación por piojos. Los recursos eran cortos y los turnos largos. Profesionalmente el esfuerzo al que se vieron sometidas llegó en muchas ocasiones al límite. Durante las batallas más duras: Jarama, Teruel, Belchite, Ebro, recibían simultáneamente grandes contingentes de heridos graves a los cuales era imposible atender adecuadamente, con el consiguiente sentimiento de frustración e impotencia que esto les generaba. Unas condiciones que llevaron a implementar novedosos sistemas de triage y a acercar las unidades de asistencia sanitaria móviles (auto-chirs, trenes) más cerca de frentes. Las enfermeras participaron en el empleo, por primera vez de manera masiva y organizada, de transfusiones de

---

6 En la actualidad hemos podido identificar en la literatura y los archivos a más de 350 enfermeras internacionales en la GCE, número que aumenta al avanzar las consultas. Ver Guerra 3003.

7 A partir de esas cifras, consideradas como probables, iniciamos en 2009 un proyecto de investigación con el propósito de identificar a todas las enfermeras internacionales y describir y analizar las consecuencias de su participación. El proyecto no encontró financiación en España, pero pudo consolidarse al ser otorgada una beca postdoctoral al primer autor de este texto, concedida por la Universidad de Toronto durante el año 2014 tutorizada por la Dra. Sioban Nelson, ex-Decana de la Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing (University of Toronto) y actualmente Vice-rectora en esa universidad.

sangre refrigerada procedente de donantes vivos (Duran 1939) y de nuevos sistemas para el cuidado de las heridas (Trueta 1939), que permitieron, a pesar de las dificultades, mejorar la mortalidad por herida de guerra, respecto a la I GM.

Uno de los cambios profesionales más valorados por las enfermeras que estuvieron en España fue la igualdad en el trato, que hizo, que su integración en los equipos médicos cambiara respecto a la relación que mantenían con los médicos en sus países de origen. La camaradería inter-profesional fue valorada muy positivamente por las enfermeras internacionales. También en España por primera vez las mujeres y las personas de color fueron reconocidas con graduaciones militares. Salaria Kea (única enfermera negra que trabajó y fue herida en España) estuvo autorizada para cuidar a personas blancas (Kea 1986). Una situación insólita hasta el momento y que Salaria tuvo que afrontar obstinadamente, antes de venir a España, cuando logró ser admitida en una escuela de Enfermería en Harlem, Nueva York (Patai 1995).

Las enfermeras internacionales que estuvieron en España trataron de transmitir sus conocimientos de enfermería a las muchachas que, generalmente sin estudios ni formación previa en enfermería, les fueron asignadas como auxiliares en las zonas (normalmente rurales) donde se instalaron los equipos sanitarios internacionales<sup>8</sup>. Unos conocimientos que las enfermeras auxiliares españolas, víctimas del exilio o acusadas de colaboración con los rojos, raramente pudieron poner en práctica en la posguerra (Valls 2008).

No obstante, los testimonios de las enfermeras internacionales que nos han llegado hablan de una experiencia que las marcó, pero que siempre consideraron como lo mejor que había ocurrido en sus vidas. Así lo manifiestan las seis enfermeras sobre las que se han publicado testimonios referidas anteriormente.

## DISCUSIÓN, CONCLUSIONES

La intervención de extranjeros en la Guerra Civil Española ha suscitado un gran debate historiográfico, sin embargo son aún escasas las publicaciones dedicadas a la participación de enfermeras en este conflicto.

A pesar de las dificultades que vivieron en España, las enfermeras internacionales voluntarias expresaron una enorme satisfacción personal y profesional por haber participado en la contienda y continuaron defendiendo durante el resto de sus vidas los ideales que las llevaron a España.

Además de las nuevas terapias implementadas en la GCE, las enfermeras internacionales participaron durante el conflicto de una serie de innovaciones profesionales, que se implementaron de manera generalizada en la II GM, pero que no tuvieron continuidad en España después de la GCE.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beneito A. El Hospital Sueco Noruego de Alcoi durante la Guerra Civil Española. Alcoi: Alfa Ediciones Gráficas; 2004.
- Birham M. Misericordia en Madrid. México. Costa-Amic Editor;1975.
- Broggi M. Memorias de un Cirujà. Barcelona: Edicions 62; 2001.
- Calvo JJ. Ayuda sanitaria internacional a la República española 1936-1938 [Tesis]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 1992.
- Castells A. Las BBII en la Guerra de España. Barcelona: Ariel; 1974.

---

<sup>8</sup> Los internacionales organizaron varias escuelas de enfermeras, una de las mejor organizadas estuvo en Albacete en el edificio del Gran Hotel.

- Coni N. *Medicine and Warfare. Spain, 1936-1939*. New York: Routledge; 2008.
- De Sagrera A. *Ena y Bee. En defensa de una amistad*. Madrid: Fundación Infantes Duques de Montpensier. Velecio Editores; 2006.
- De Vries L. *Up from the Cellar an autobiography*. Minneapolis: Vanilla Press; 1979.
- Duran F. *The Service of Blood Tranfision Service*. *Lancet* 1939;233(6031):773-776.
- Eiroa, M. *Brigadas Internacionales. La solidaridad de la izquierda*. En: Ángel Viñas. *El combate por la Historia. La República, la guerra civil, el Franquismo*. Barcelona: Pasado & Presente; 2012. p. 265-277.
- Fyrthj. *De Signal Was Spain. De Spanish Aid Movement in Britain 1936-39*. Londres: Lawrence and Wishart; 1986.
- Fyvel P. *English Penny*. Devon: Arthur H. Stockwell Ltd.; 1992.
- Gallego-Caminero. *Enfermería al servicio de las ideas. Religiosas y militantes*. En Morrone B (Coord.). *Cap. IV. Al servicio de las Ideas. La enfermería en los procesos populares de liberación en Iberoamérica*. Mar del Plata, Buenos Aires: Ediciones Suarez; 2013.
- Gallego-Caminero G, Nelson S, Montaner C, Molina Mula J. *La Historiografía sobre las enfermeras en las Brigadas Internacionales (1936-1939). Una revisión sistemática*. ICN Conference and CNR. La Valletta (Malta): 2011. Comunicación en póster (sin publicar).
- Guerra F (Cord.). *Los Médicos y la Medicina en la Guerra Civil Española*. Monografías Beecham. Madrid: Laboratorios Beecham; 1986.
- Guerra F. *La Medicina en el exilio republicano*. Madrid: Universidad de Alcalá; 2003.
- Hervás C. *La Sanitat Catalana durant la República i la Guerra Civil [Tesis] [Internet]*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2004.
- Hodgson A. *A una milla de Huesca. Diario de una enfermera australiana en la Guerra Civil Española*. Zaragoza: Publicaciones de Rolde de Estudios Aragoneses y Prensas Universitarias de Zaragoza; 2005.
- Jackson A. *Para nosotros era el cielo. Pasión, dolor, fortaleza de Patience Darton: de la guerra civil española a la China de Mao*. Barcelona: Ediciones San Juan de Dios; 2012.
- Jirku G. *We Fitgh Death. The work of the Medical Service of the International Brigades in Spain (1937)*. Madrid: Diana UGT; 1937.
- Kea S. *While Passing Through*. *Health Med* 1986 Winter;4(1):21-3.
- Keene J. *The last Mile to Huesca. An Australian Nurse in the Spanish Civil War*. Australia: New South Wales University Press; 1988.
- Martin F. *El Hospital Americano Unido. Poder y libertad*. *Revista teórica del Partido Feminista de España*. 1989;11:46-47.
- Navarro. J.R. *La Sanidad en las Brigadas Internacionales*. Madrid: Adalid; 1989.
- Palfreeman L. *¡Salud! Britsh Volunteers in the Republican Medical Service during Spanish Civil War, 1936-1939*. Brighton, UK: Sussex Academic Press; 2012.
- Patai F. *Heroínas de la Buena Lucha. Mujeres americanas voluntarias en la guerra civil española. Poder y libertad*. *Revista teórica del Partido Feminista de España*. 1989;11:40-45.
- Patai F. *Heroines of the Good Fight*. *Int Nurs Rev*.1995;3:79-104.
- Patai F. *Médicos y enfermeras en las Brigadas Internacionales*. En: Álvarez S. *Historia Política y Militar de las Brigadas Internacionales. Testimonios y documentos*. Madrid: Compañía Literaria; 1996. p. 209-234.
- Pérez-Aguado MC, Brugues E, De Leiva-Pérez A, De Leiva A. *Medicine and Nursing in the Spanish Civil War: Woman who Served in the Health Services of the International Brigades (1936-1939)*. *Vesaluis Congress Supplement* 2010: 29-33.



- Preston P. Palomas de Guerra. Cinco mujeres marcadas por el enfrentamiento bélico. Barcelona: Plaza y Janés editores S. A.; 2001.
- Requena-Gallego M, Sepúlveda R.M. (coord.). La sanidad en las Brigadas Internacionales. Cuenca: Universidad de Castilla La Mancha; 2006.
- Rodríguez F. Bibliografía de las BBII y de la participación de extranjeros a favor de la República (1936-1939). Albacete: Instituto de Estudios Albacetenses Don Juan Manuel; 2006.
- Rogers A. While you're Away. New Zealand Nurses at War (1899-1948). Auckland, Australia: Auckland University; 2004.
- Scott-Ellis P. Diario de la guerra de España: Barcelona; Plaza y Janés editores S. A.; 1996.
- Sepúlveda RM. Las Brigadas Internacionales. Imágenes para la Historia. Albacete: CEDOBI. Universidad de Castilla La Mancha; 2006.
- Silverstein E. Wars I Have Seen. Volcano, California: Volcano Press; 1992.
- Trueta J. The Treatment of War Fractures by the Closed Method. Proc R Soc Med. 1939 Nov; 33(1): 65-74.
- Valls R, Ramió A, Torres C, Roldán A, Rodero V, Vives C, Dominguez-Alcón C. Enfermeras catalanes a la Guerra Civil espanyola. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2008.

## CUIDAR EN TIEMPOS DE GUERRA CIVIL (1936-1939)

### *Nursing care during the Civil War (1936-1939)*

Manuel Monge Ortiz  
Ayuntamiento de Madrid

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería, Conflicto, Civil

**KEY WORDS:** Infirmary, Conflict, Civil.

**RESUMEN:** Los colectivos de enfermeras, matronas y practicantes participaron de manera decisiva y generosa en los cuidados prestados a la sociedad española durante la Guerra Civil (1936-1939), tanto a la población civil como a los combatientes. La valoración de estos cuidados e intervenciones por los diferentes estamentos sociales, fue generalmente muy positiva en las dos zonas enfrentadas durante este trágico conflicto, reconociéndose su entrega, eficacia y humanismo. La integración en una sanidad de guerra supuso un gran esfuerzo de formación y adiestramiento a estos colectivos con recursos humanos y materiales insuficientes y en múltiples ocasiones precarios.

**ABSTRACT:** The infirmary staff, midwives and nurses participated in a decisive and generous way in providing healthcare to the Spanish society, to both civilians and combatants, during the 1936-1939 Civil War. The appreciation of the care and of interventions provided to different social classes was generally very positive on both fronts of this tragic conflict, acknowledging the consistency of the services, their effectiveness and humanity. The integration in a war health supposed a big effort of formation and training to these collective that had insufficient human and material resources, and was often in a state of precariousness.

## INTRODUCCIÓN

El 18 de julio de 2016 se cumplirán 80 años del comienzo de la Guerra Civil Española (1936-1939), episodio histórico de consecuencias trágicas cuyas repercusiones sociales, humanas y políticas han influido en la España contemporánea. Desde el comienzo del conflicto se perfilaron dos territorios enfrentados en una lucha sangrienta y fratricida, con conceptos ideológicos y políticos antagónicos e irreconciliables. Una parte de estos territorios quedó bajo control y administración del gobierno de la República, la otra parte menos extensa fue controlada por un sector del Ejército Español, protagonista del pronunciamiento militar. De manera inmediata se proclamó una Junta de Defensa Nacional, en fecha posterior el 1-10-1936 el General Francisco Franco accedió a la Jefatura del Estado siendo nombrado Generalísimo de los Ejércitos. Se creó la Junta Técnica del Estado el 3-10-1936 estableciendo su capitalidad en Burgos. El colectivo enfermero profesional (enfermeras, matronas y practicantes) se adaptó a dos realidades muy distintas, una en la zona republicana, altamente politizada y fraccionada en múltiples partidos, sindicatos, comités, asociaciones, etc. La otra en la zona sublevada, con la suspensión de todos los partidos excepto Falange Española y Comunión Tradicionalista del Requeté, que permitía solamente el sindicalismo único de orientación afín a los sublevados. Hubo un fenómeno sanitario en ambas zonas, el surgimiento de unos colectivos de enfermería voluntaria, no profesional y provisional, producto de cursos o cursillos de mayor o menor duración. En muchas ocasiones el ingreso a estos procesos de formación fue fruto de habilitaciones, convalidaciones o nombramientos de organizaciones, sindicatos, partidos políticos e instituciones de origen muy diverso y heterogéneo que colaboraron con una sanidad adaptada a las trágicas circunstancias que nos ocupan.

## OBJETIVOS

Los objetivos más importantes son:

Divulgar las funciones del colectivo enfermero durante la Guerra Civil Española, destacando la importante participación de este colectivo en los cuidados a la población.

Identificar el nivel de reconocimiento que la sociedad española tuvo ante los cuidados enfermeros.

Contribuir al desarrollo de cauces de estudio de esta etapa de la Historia Enfermera.

Señalar la aportación de la enfermería al desarrollo de modelos sanitarios aplicados durante la Guerra Civil Española que fueron incluidos por la sanidad de diferentes países en conflictos posteriores.

## FUENTES Y METODOLOGÍA

Fuentes bibliográficas, documentales y gráficas (películas, carteles, fotografías) Testimonios referenciales de protagonistas y testigos de las circunstancias y hechos estudiados.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### La enfermería antes de la contienda.

Si estudiamos con atención el primer tercio del siglo XX y sus acontecimientos, observaremos como el colectivo enfermero sufrió unas transformaciones corporativas, formativas y de integración sanitaria, que influirían poderosamente en el porvenir más inmediato de la profesión. Todo esto queda reflejado con claridad y precisión en la obra del documentalista *Doctor Álvarez Nebreda "Semblanzas de la Profesión Enfermera" 2011*. Donde podemos observar que más allá de las diferencias existentes entre enfermeras, matronas y practicantes, estos tres colectivos profesionales

pugnaron por un mayor reconocimiento social y sanitario. La publicación el 21 de mayo de 1915 en La Gaceta de Madrid de los requisitos para ejercer la profesión de Enfermera en España, supuso un antes y un después. Con este reconocimiento oficial el colectivo, muy activo e influenciado por las nuevas técnicas de los países más avanzados en los estudios de enfermería, experimentó una fuerte motivación que le permitió participar en la modernización de unas estructuras sanitarias obsoletas. La proclamación de la II República supuso la creación de ambiciosos programas en este sentido, fomentando junto a la educación y la cultura, la modernización sanitaria en las grandes, medianas y pequeñas ciudades, así como en el medio rural tan necesitado de estas intervenciones. Se crearon una serie de nombramientos como el de las Enfermeras Visitadoras o el Cuerpo de Practicantes Titulares Auxiliares de la Inspección, cuyas intervenciones resultaron decisivas para el desarrollo de estos proyectos. Consideramos que el éxito de la integración femenina enfermera fue favorecido por importantes figuras intelectuales de la talla de María de Maeztu, María Zambrano, Soledad Ortega, Clara Campoamor, Victoria Kent, Margarita Nelken y otras que tanto influyeron en la participación de la mujer en la Universidad, la Política, la Ciencia y en las diferentes profesiones.

### **La respuesta enfermera más allá de las ideologías.**

El comienzo de la guerra civil sorprendió a una zona republicana altamente politizada. Los profesionales enfermeros no fueron una excepción, un número importante de los mismos estaban afiliados a sindicatos como la UGT (socialista), la CNT (anarco-sindicalista) y sindicatos sanitarios de encuadramiento ideológico muy diverso. Fue significativa la pertenencia a partidos políticos como: PSOE, PCE, Izquierda Republicana, POUM, etc. Esta fragmentación supuso serios problemas organizativos, sobre todo al comienzo de la contienda dada la urgencia del momento, las necesidades asistenciales de un ejército en armas y de una sociedad fracturada por el conflicto. Teniendo que recurrir a la movilización de profesionales sanitarios civiles (Gaceta de la República 19-11-1936). Las estructuras de la sanidad de la zona, quedaron mermadas por la incorporación de los mencionados profesionales a las unidades militares. Las órdenes religiosas con su amplia experiencia sanitaria fueron suprimidas en todo el territorio de la República, exceptuando en el País Vasco. Todos estos factores y otros más complejos obligaron al gobierno republicano a la creación de cursos y cursillos en escuelas provisionales de enfermería en infinidad de localidades. Permitiendo a muy diferentes entidades: partidos políticos, sindicatos, comités regionales o autónomos, entidades locales y unidades militares, la creación de estas escuelas o centros de formación. Creándose la figura del voluntariado provisional y no profesional, con múltiples denominaciones (enfermera voluntaria, dama auxiliar enfermera, enfermera de guerra, practicante de guerra, marinero enfermero, auxiliar, etc.). Resaltaríamos como un componente común a todos estos diplomas, certificados, habilitaciones y nombramientos, la ineludible necesidad de presentación de avales y referencias de lealtad y compromiso ideológico con la República y la lucha contra el bando insurrecto. La Cruz Roja Republicana junto a otros Organismos de Beneficencia desplegó todos sus efectivos humanos y materiales.

Radicalmente diferente fue la situación surgida en la zona denominada nacional. Se suprimieron las garantías constitucionales, se prohibieron todos los partidos políticos (exceptuando Falange Española y la Comunión Tradicionalista) se clausuraron todos los sindicatos, solo fueron permitidos los afines al gobierno insurrecto. Se procedió a la militarización de médicos y practicantes civiles (BO de la Junta de Defensa Nacional 17-09-1936). Si bien en esta zona el Sistema Nacional de Salud y los Colegios Profesionales permanecieron sin grandes cambios, fueron necesarios ajustes en la Sanidad Militar propios de un estado de guerra. La respuesta de la clase enfermera y del voluntariado fue masiva y generosa ante la perspectiva de una guerra larga y complicada. Cruz Roja

Española de la zona, Falange Española, las Margaritas del Requeté Tradicionalista, Acción Católica y las numerosas órdenes de religiosas y religiosos permitieron atender los primeros periodos del conflicto. Las organizaciones religiosas tenían una amplia experiencia en la gestión, atención y formación en el cuidado de enfermos (dispensarios, centros de salud, maternidades, hospitales civiles y militares, etc.) Pronto el nuevo estado comprendió la necesidad de unificar los criterios formativos y de titulación, emitiendo la Orden (BOE del 3-11-1936) que exigía el diploma para el desempeño de las funciones de enfermera; más avanzado el conflicto, la Orden (BOE 21-4-1937) regula la creación de los cursillos de Damas Enfermeras de FET y de las JONS, piedra angular de las estructuras sanitarias franquistas. Añadiremos que para el ingreso en estos cursillos formativos era imprescindible el aval de una adhesión inquebrantable al movimiento nacional.

### **Cuidar a una sociedad desgarrada.**

El colectivo enfermero de ambos bandos, desde el 18-7-1936 hasta el final de la conflagración 1-4-1939, se implicó decididamente en todas las necesidades nacidas de unos hechos bélicos que produjeron la destrucción o deterioro del entramado social. Sus actuaciones más representativas se desarrollaron en centros sanitarios y hospitalarios; programas de Salud Pública (campañas de vacunación, prevención y tratamiento de enfermedades venéreas, de tuberculosis, de paludismo, de enfermedades carenciales por desnutrición, de enfermedades dermatológicas, etc.); cuidados a poblaciones afectadas por ataques de aviación o artillería; intervenciones en colectivos infantiles (escuelas, orfanatos, colonias y albergues); educación y atención maternal; acompañamiento y cuidados enfermeros a niños desplazados a países extranjeros (Francia, Reino Unido, Unión Soviética, Bélgica, Suiza, etc.) La población española supo valorar estos cuidados, lo atestiguan numerosos artículos periodísticos, referencias documentales, libros, películas y fotografías. Y sobre todo, en la memoria colectiva, a pesar de los muchos años transcurridos, persiste la admiración y el reconocimiento a la labor enfermera casi de manera generalizada.

### **Cuidados al combatiente.**

La intervención enfermera en los frentes de batalla o en la proximidad de los mismos, la cruel lucha y el evidente riesgo físico y psicológico rodearon a las enfermeras y enfermeros de un bien merecido prestigio social y un reconocimiento por parte de los combatientes de ambos bandos en litigio. Se denominaron Hospitales de Sangre aquellos que tuvieron como finalidad la atención a los militares y a la población civil; su ubicación fue extensísima y sus características heterogéneas: en grandes ciudades, capitales de provincia, poblaciones importantes y lugares próximos a los frentes de batalla. Otros sistemas de hospitalización y asistencia muy utilizados fueron Hospitales de Campaña, Equipos Quirúrgicos de Brigada, División o Cuerpo de Ejército. La enfermería contribuyó en la aplicación de nuevas técnicas y tratamientos que tuvieron una repercusión en conflictos posteriores. Siendo significativos algunos como el "Método Español" del Doctor Josep Trueta que cobró fama internacional. Dicha técnica fue también desarrollada en los hospitales de sangre del bando franquista. O la intervención novedosa realizada el 23-12-1936 en la batalla de Madrid por el equipo canadiense del Doctor Norman Bethune, siendo la primera vez en la historia que se transfundía sangre envasada proveniente de un banco hematológico y en un vehículo climatizado. Esta técnica salvaría la vida a miles de heridos en conflictos posteriores. Igualmente los transportes sanitarios terrestres en trenes- hospitales, marítimos y el traslado en aviones- ambulancia despertaron el interés de observadores internacionales especializados en la sanidad de guerra.

## CONCLUSIONES

En nuestra opinión, la profesión enfermera tenía en julio de 1936, fecha de inicio del conflicto, una formación teórica y unas habilidades técnicas bien desarrolladas, que permitieron afrontar el gran reto que suponía organizar una sanidad de guerra en el ámbito civil y militar. Un aspecto que resaltaríamos es el gran número de efectivos del colectivo enfermero( voluntario, provisional, habilitado) que tuvieron que ampliarse por las necesidades y magnitud de la confrontación, siendo compleja y heterogénea la metodología empleada en su formación. La intervención enfermera fue muy bien valorada por la población y los combatientes. La aplicación de nuevas técnicas repercutió en el cuerpo de conocimientos y la formación de la enfermería española e internacional. El desarrollo experimentado en el transporte sanitario y su logística; en la elaboración e implementación de programas preventivos y asistenciales sobre poblaciones migrantes víctimas de los hechos bélicos, especialmente de control epidemiológico y que en gran parte pudieron realizarse gracias a la intervención enfermera, tuvo gran repercusión en los modelos sanitarios aplicados en los conflictos bélicos posteriores. Puntualizamos que la Guerra Civil Española finalizó el 1 de abril de 1939 y la II Guerra Mundial comenzó el 1 de septiembre de 1939.

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Nebreda Carlos C. *Semblanzas de la profesión enfermera*. Madrid Ed Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. 2011
- Cohen Fernando. *Madrid 1936/1939 Una guía de la capital en guerra*. Madrid Ed Ediciones la Librería. 2013
- M. Reverte Jorge. *La batalla de Madrid* 1ª y 2ª edición. Barcelona Ed Crítica SL. 2004
- M. Reverte Jorge. *La batalla del Ebro*. Barcelona Ed Planeta de Agostini. 2005
- Saborido Jorge, Saborido Mercedes. *La guerra civil española*. Madrid Ed Dastin SL. 2006
- Segura López Gabriel, Hernández Conesa Juana María, Beneit Montesinos Juan Vicente. Los sistemas formativos enfermeros durante la guerra civil española (1936-1939). Murcia Ed Diego Marín. 2012.



# CREACIÓN DE LAS ESCUELAS DE AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS EN ESPAÑA (1953-1980)

## *Creating Schools Health Technical Assistants in Spain*

Yolanda Martínez Santos, Concha Germán Bes  
Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza

**PALABRAS CLAVE:** Ayudantes Técnicos Sanitarios, Escuela de ATS.

**KEY WORDS:** Technical Health Assistants, School of Technical Health Assistants.

**RESUMEN:** El objetivo de este trabajo es describir como fue el proceso de creación de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) en la geografía española. La metodología se basa en la revisión bibliográfica, documental y legislativa. El trabajo describe y analiza la creación de las escuelas de ATS por todo el territorio, financiadas por diferentes entidades promotoras y gestoras. Los principales resultados del estudio muestran las 195 escuelas de ATS, instituciones de las que dependieron y su año de fundación; identificando el desarrollo del sistema sanitario público como un factor muy influyente en la constitución de estas Escuelas.

**ABSTRACT:** The objective of this paper is to describe how was the process of creating of Schools Health Technical Assistants (ATS) in the Spanish geography. The methodology is based on bibliographic, documentary and legislative review. The study describes and analyzes the creation of ATS schools throughout the country, financed by different promotoras and management companies. The main results of the study show 195 schools of ATS, institutions that depended and its founding year; by identifying the development of the public health system as an influential factor in the formation of these Schools.



## INTRODUCCIÓN

En 1953 se produjo un cambio importante: la unificación de los estudios de enfermera, practicante y matrona en la figura de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). Este cambio fue un paso más en la profesionalización de la Enfermería en España. Fue una legislación por Decreto (4 de diciembre de 1953) que habilitaba para la obtención de la nueva titulación expedida por el Ministerio de Educación Nacional.<sup>1</sup> Este proceso supuso para la enfermería por un lado, la elevación del nivel profesional y del reconocimiento social,<sup>2</sup> y por otro, la denominación, dio lugar a una crisis de identidad de los cuidados enfermeros que se corregiría con el plan del Diplomado Universitario de Enfermería en 1977<sup>3</sup>. El plan ATS se enmarca en un periodo histórico singular, ya que España vivía sumida en un estado totalitario que controlaba todos los sectores de la sociedad, el régimen franquista se encargaba del adoctrinamiento político de la mujer, la juventud y el estudiantado.<sup>4</sup>

En este periodo de estudio, hubo un hecho que tuvo gran trascendencia en la creación de las Escuelas de ATS; se instauró el Instituto Nacional Previsión, organismo por el cual los trabajadores asalariados y empresarios estaban afiliados a la Seguridad Social. Esta incluía prestaciones sanitarias, lo cual provocó una espectacular construcción de hospitales, al menos uno por cada provincia, que se inició al final de la década de los 40 y se prolongó hasta bien entrados los años 70. Esta construcción de hospitales dio lugar a que se necesitasen numerosos ATS y se crearán muchas escuelas, la mayoría de ellas dependerán de estos hospitales para formar ATS que trabajen en ellos.<sup>5</sup>

En 1970 se promulgó la ley Villar Palasí, que iba a ser otro paso importante para el futuro de la Enfermería. Dicha ley disponía que las escuelas de ATS, hasta entonces dependientes de las Facultades de Medicina, "deberían incorporarse a la Formación Profesional o la Formación Universitaria según la naturaleza de sus estudios". Diversas escuelas comenzaron a transformarse en centros de Formación Profesional y la ambigüedad del párrafo, una vez transcurridos 6 años se vivió como una amenaza de degradación de la profesión. Hubo reacción del colectivo profesional que con sus acciones de presión y negociación logró en 1977 que la Enfermería se integrara en la Universidad,<sup>6</sup> con este hecho terminó una titulación única en el mundo: los Ayudantes Técnicos Sanitarios<sup>7</sup> y la formación se llevó a cabo en Escuelas Universitarias, ahora ya, autónomas y no dependientes de las Facultades de Medicina.

Las escuelas de ATS que se desarrollaron desde 1953 hasta 1980, son una parte de nuestra historia reciente todavía poco estudiada. Tenemos elementos sobre esta época: unos programas de estudios heterogéneos marcados por diferencias de género y en función del centro donde se

---

1 Real Decreto de 4 de Diciembre de 1953 (BOE 29/12/53).

2 Chamizo Vega Carmen. El proceso de profesionalización de la enfermería en el Principado de Asturias (1857/1977) [tesis doctoral]. Alicante(ES): Alicante Univ.; 2009.

3 Germán Bes Concha. Historia de la institución de la Enfermería Universitaria. un análisis con perspectiva de género. [Tesis Doctoral]. Zaragoza (ES): Universidad de Zaragoza; 2007.

4 Viñas Ángel. En el combate por la historia. 2ª Ed. Barcelona: Pasado y Presente; 2012. pp.569.

5 Martínez Martín M Luisa, Chamorro Rebollo Elena. Historia de la Enfermería. Evolución del cuidado enfermero. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2011 P 118.

6 RD 2128/77 del 23 de julio de 1977.

7 Germán Bes Concha. La revolución de las batas blancas. La enfermería española de 1976 a 1978.1ª ed. Zaragoza: PUZ; 2013. En 1976 se constituyó la Comisión Interministerial encargada de la reforma de ATS. La fuerza ejercida por el sector profesional, mayoritariamente hospitalario organizó mediante sus representantes, la Coordinadora Nacional, que mediante presiones huelgas, paros parciales, manifestaciones y negociaciones consiguieron que la Enfermería se incorporase como Escuelas Universitarias.

realizase la formación<sup>8,9</sup> bajo un mismo Plan de Estudios. Consideramos que estudiar estas escuelas puede resultar fundamental para entender cómo se fue construyendo la identidad profesional de la enfermería y cómo se establecieron las relaciones de poder del gobierno de las nuevas escuelas. La época ATS tuvo profesorado médico que dirigía la educación y el gobierno de las escuelas; solo hubo ATS para las prácticas. No obstante la educación de estos centros aportó un significado más amplio<sup>10</sup>. Los procesos educativos envuelven estrategias de legitimación que precisan ser reconocidas y analizadas, ya que en estos procesos, las personas se transforman y aprenden a reconocerse como profesionales<sup>11,12</sup>. Las Escuelas, hoy Facultades muchas de ellas de Ciencias de la Salud o Enfermería, han renovado profundamente su formación pero todavía puede que continúen algunas inercias del pasado en la actualidad en particular en desarrollar un amplio pensamiento enfermero, un cuidado centrado en el paciente y una relación de igualdad con otros miembros del equipo.

En este breve trabajo nos planteamos ¿Cuántas escuelas hubo? ¿De qué instituciones dependían? ¿Cuál fue su régimen de funcionamiento? El objetivo nuestro trabajo es describir como fue el proceso de creación de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en la geografía española.

## MÉTODO

La población de estudio está formada por todas las escuelas de ATS del territorio nacional. La fuente principal del estudio ha sido Gaceta de Madrid, hasta 1960 y desde esta fecha, el Boletín Oficial del Estado (BOE). También se han revisado libros legislativos de la profesión enfermera de gran valor<sup>13</sup> y otras fuentes secundarias que han ayudado a la búsqueda de estas entidades educativas: revistas profesionales, artículos de prensa (fundamentalmente Vanguardia española), la página web de las escuelas y facultades universitarias actuales, en su enlace de historia de la escuela, junto con otras tesis publicadas.

## RESULTADOS

En los 27 años que estuvo vigente el título de Ayudantes Técnicos Sanitarios, tiempo que abarca nuestra investigación, se han encontrado 195 Escuelas de ATS, aunque probablemente existiera alguna más. Podemos realizar esta afirmación, ya que tras localizar datos de varias escuelas y sabiendo de su existencia no hemos podido encontrar orden de creación, ni autorización provisional de funcionamiento; ni en el BOE, ni en el Boletín del Ministerio de Educación. Las Escuelas de las que hablamos son La escuela municipal femenina ATS "Betulonia" de Barcelona y la Escuela de ATS del Ilustre Colegio Provincial de ATS de Zaragoza.

---

8 Cantero González María Lourdes. La formación enfermera en la España de Franco: Manuales de enfermería durante el Nacional-Catolicismo (1945-1957). *Reduca*.2010; 2 (1): 187-254.

9 Almansa Martínez, Pilar. La formación enfermera desde la sección femenina. *Enferm. Global*. 2005; 7:

10 Flecha, Consuelo. Memoria y genealogía en la educación de las mujeres. *Mujeres y educación. Saberes, prácticas y discursos en la historia*. En Flecha, C., 2005; 11-20.

11 Meyer, D.E. (2004). Teorías e políticas de género: fragmentos históricos e desafíos atuais. *Br. Brasil Enferm*, 57 (1) ,13-18.

12 Miró Bonet, Margalida. ¿Por qué somos lo que somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976). [Tesis Doctoral]. Illes Balears (ES): Universidad Illes Balears; 2008.

13 Álvarez Nebreda, Carlos. Instituto de Salud Carlos III. Código enfermero español siglo XX: compendio legislativo. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 2002.

Para intentar entender las características de las Escuelas que estuvieron vigentes durante los años que permaneció la titulación de Ayudante Técnico Sanitario se han clasificado los centros docentes: según el alumnado al que formaban (masculino/ femenino), según el distrito universitario al que estaban adscritas, la entidad promotora que gestionaba la escuela y el año en el que se autorizó su creación.

### **CLASIFICACIÓN POR SEXO**

La Orden de 6 de julio de 1955 prohibió el régimen de coeducación en las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, este régimen educativo se prolongó hasta bien entrados los años setenta. Por esto del total de las 195 escuelas de ATS, 152 fueron femeninas y 15 masculinas, 16 tuvieron las dos ramas masculina y femenina, que funcionaban de manera independiente, tres eran mixtas (escuelas de la última época). Nueve de ellas no estaba especificado.

### **CLASIFICACIÓN POR DISTRITO UNIVERSITARIO**

Para la distribución de las escuelas se ha mantenido la distribución por los Distritos Universitarios 1955 que aunque con algunos cambios se mantuvo estable hasta la década de los ochenta. De esta manera, los distritos eran: D. Universitario de Barcelona al que pertenecían 43 escuelas, el D. Universitario de Madrid al que estaban adscritas 36 escuelas, D. Universitario de Valencia con 26; el de Zaragoza con 11 escuelas, el de Granada con 14, el de Sevilla con 21, D. Universitario de Valladolid adscritas 18 escuelas, D. Universitario de Salamanca con 12 escuelas y el D. Universitario de Santiago de Compostela al que pertenecían 14 escuelas.

### **CLASIFICACIÓN POR ENTIDAD PROMOTORA**

El número de escuelas propias de las Facultades de Medicina fue de 14. El resto 181 estuvieron adscritas a las Facultades bajo la figura de un Catedrático Inspector. El mayor número de escuelas 61, fue promovido por el Instituto Nacional de Previsión, es decir la entidad que gestionaba los hospitales y ambulatorios de la Seguridad Social. Esto estaba en consonancia con el auge hospitalario español en las décadas de los 60 y 70 y la necesidad de enfermeras para cubrir este aumento de la demanda. Le sigue el grupo promovido por diputaciones, ayuntamientos, comarcas y cabildos, que lo constituyen 39 escuelas, están también tenían competencias sanitarias. Las escuelas promovidas por órdenes religiosas fueron 33 escuelas, siguiendo la tradición de la asistencia a los enfermos en la cultura Católica. La Cruz Roja tuvo 14 escuelas. Hubo 11 escuelas dependientes de las clínicas privadas. Por último, en el grupo de "otras" 23 escuelas englobamos las escuelas promovidas por el Ministerio del Ejército, colegios profesionales etc.

### **CLASIFICACIÓN POR AÑO DE AUTORIZACIÓN**

Desde la autorización del título de ATS en 1953 hasta 1955 solo se reconoció la Escuela de Enfermeras de Tánger<sup>14</sup>. Durante estos dos años todas las Órdenes publicadas hacían referencia

---

14 Orden de 2 de abril de 1954.

a asuntos de como el Plan de Estudios<sup>15</sup>, profesorado<sup>16</sup>, normas de internado<sup>17</sup>, prohibición de la coeducación, etc. Sin embargo, hay escuelas como la Escuela de ATS de la Facultad de Medicina de Zaragoza que se constituyeron como tal en 1953, aunque la autorización del BOE fue posterior. En 1955 se publicó el reconocimiento de cambio de denominación de las entonces "escuelas de enfermeras"<sup>18</sup> quedando incluidas 23 escuelas pertenecientes a los ocho distritos universitarios.

En la tabla 1 se muestra el número de escuelas de ATS que fueron creándose durante los años que estuvo vigente el título de ATS. En la misma tabla se observa que fue en la década de los setenta cuando se produjo un aumento espectacular en la creación de Escuelas de ATS: 117 escuelas; 112 con fecha exacta y 5 sin poder confirmar concretamente el año de su creación; sin embargo, la mayoría son escuelas pertenecientes a Residencias Sanitarias de la Seguridad Social por lo que creemos que debieron autorizarse provisional o definitivamente en esta década.

Es importante señalar que durante estos años se autorizaron ramas masculinas o femeninas en algunos centros docentes que ya estaban funcionando como tal, por lo que no se han contabilizado como escuelas las segundas vías.

Tabla 1. Número de Escuelas por año de autorización



Fuente: Gaceta/BOE. Elaboración propia.

15 Orden de 4 de julio de 1955. Por la que se dictan las normas para la nueva organización de estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Programa que permaneció vigente sin ninguna modificación todo el tiempo que existió la titulación, hasta 1978 que público el de Escuelas Universitarias de Enfermería.

16 Orden 12 de julio de 1955 por la que se establecen las normas para el nombramiento del profesorado en las escuelas de Ayudantes Técnicos femeninos.

17 Orden de 2 de julio de 1955 por lo que se dan normas aclaratorias sobre el internado obligatorio para las escuelas de ATS femeninas.

18 El 20 de agosto de 1955 se publica la Orden de 11 de julio por la que se denominan Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos las entonces Escuelas de Enfermeras

## A MODO DE RESUMEN

Hemos encontrado trabajos publicados con ocasión de la celebración del aniversario de la celebración de las escuelas que nos informan de las personalidades de sus directores, profesorado, normas disciplinarias entre otros puntos<sup>19,20,21,22</sup>

La mayoría de Escuelas de ATS fueron femeninas ya que la coeducación no existió hasta bien entrada la década de los 70. Hubo régimen de internado, rigidez de normas en uniformidad y prácticas hospitalarias intensivas para las alumnas y flexibilidad para los alumnos; por lo cual, las diferencias de género fueron una constante de este periodo.

Hemos podido constatar que el desarrollo del sistema sanitario público fue un factor determinante en la creación de las escuelas de ATS, seguidas por otras entidades públicas que también tenían sus hospitales y precisaban de enfermeras que trabajasen en ellas. Un número muy importante lo constituyeron las escuelas promovidas por órdenes religiosas, continuando la tradición Católica española de la asistencia a los enfermos.

Por último, llama la atención que el mayor número de escuelas de ATS fuesen autorizadas en los últimos años de la década de los setenta, cuando ya se vislumbraba el cambio de plan de estudios de la enfermería, tras el cual un buen número de escuelas que no pudieron transformarse desaparecieron quedando reducidas a 106<sup>23</sup> con el programa Universitario de Enfermería (DUE), habiendo en la actualidad 58 Universidades públicas y privadas en las que se imparte Grado de Enfermería cumpliendo el tratado de Bolonia<sup>24</sup> Son necesarios mas estudios que nos aporten información sobre este importante periodo.

---

19 Palomino Moral Pedro A, Universidad de Jaén. La Escuela de Enfermería de la Universidad de Jaén, 50 años enseñando a cuidar (1954-2004). Jaén: Universidad de Jaén, Servicio de Publicaciones; 2006.

20 Prado Laguna MdC, Pinilla Coello J. 25 años de Escuela de Enfermería en Ciudad Real. Ciudad Real: Universidad de Castilla-La Mancha; 1999.

21 Sala de Pablo Juan, Soria. Historia de la Escuela de Enfermeras de la Diputación Provincial de Soria. Soria: Diputación Provincial; 1989.

22 Universidad Autónoma de Madrid. Escuela de Enfermería La Paz, Instituto Nacional de la Salud. Escuela de Enfermería La Paz :principios, funcionamiento y plan de estudios. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, Secretaría General; 1988.

23 Germán Bes Concha. La revolución de las batas blancas. La enfermería española de 1976 a 1978.1ª ed. Zaragoza: PUZ; 2013. Pp. 74.

24 Fuente Ministerio de Educación y ciencia. Consultado 7 de abril de 2015. <https://www.educacion.gob.es/ruct/consultaestudios.action?actual=estudios>

# LA ENFERMERÍA DE POSGUERRA EN EL *BOLETÍN OFICIAL DE LA CRUZ ROJA* DE CÁDIZ (1939-1940)

## *Postwar Nursing in the "Boletín Oficial de la Cruz Roja" of Cádiz (1939-1940)*

Antonio Jesús Marín Paz

Diplomado en Enfermería. Máster en Innovación e Investigación en Cuidados de Salud

Francisco Herrera Rodríguez

Catedrático de Escuela Universitaria (Historia de la Enfermería y Fundamentos e Historia de la Fisioterapia). Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Cádiz

**PALABRAS CLAVE:** Historia de la Enfermería, Cádiz (España), Posguerra.

**KEY WORDS:** History of Nursing, Cádiz (Spain), Postwarperiod.

**RESUMEN:** El objetivo de este trabajo es determinar el estado de la enfermería española de posguerra según el *Boletín Oficial de la Cruz Roja* de Cádiz, a través de los métodos heurístico, hermenéutico e histórico en la interpretación de textos. El boletín recoge la organización asistencial de la Cruz Roja en la provincia y temas de interés relacionados con la enfermería. Se resaltan además las principales figuras sanitarias a nivel provincial y nacional; así como iconografía inédita. El interés de la publicación por la profesión ayuda a entender algunos aspectos de la enfermería en la sociedad de la posguerra.

**ABSTRACT:** The aim of this project is to determine the Spanish nursing state in postwar period according to the *Boletín Oficial de la Cruz Roja* of Cádiz, through heuristic, hermeneutics and historical method in the interpretation of texts. Bulletin reports on the health care organization of the Red Cross in the province and interesting topics related to nursing. Besides, provincial and national health figures are highlighted; as well as unpublished iconography. The interest of the bulletin by the profession helps to understand some aspects of nursing in postwar society.

## INTRODUCCIÓN

Al término de la Guerra Civil, el país presentaba una situación socioeconómica descorazonadora. Las víctimas, la represión, el exilio y la destrucción de infraestructuras supuso una losa para el propio campo de la Sanidad<sup>1</sup>. Gran parte de la provincia de Cádiz formó parte del bando nacional desde los primeros días de la contienda, por lo que podemos comprobar las políticas realizadas por el nuevo régimen desde una perspectiva local. Aún así, no se pudo evitar la propagación de enfermedades epidémicas como la viruela, agravada poco después por la aparición del tifus exantemático. Además, la *racionalización* de los alimentos junto con los casos de desnutrición y el auge del estraperlo, afectaron principalmente a la población gaditana en la posguerra inmediata<sup>2,3</sup>. Estas circunstancias también asolaron al conjunto de España<sup>4</sup>.

La enfermería en el conflicto fue apoyada por la *Cruz Roja* en ambos bandos tanto en la formación en el ámbito profesional como en las *Damas Enfermeras Auxiliares Voluntarias*, además de asistir a los heridos en los frentes de batalla<sup>5,6</sup>. La propia Cruz Roja nacional, además de otras instituciones como el *Auxilio Social*, fueron pilares importantes para el diseño de la política social y sanitaria del régimen en la posguerra, todo ello acompañado por los problemas del inicio de la II Guerra Mundial y la creación de la División Azul<sup>7,8</sup>. No olvidemos tampoco que la organización fue condecorada por el nuevo régimen con la *Gran Cruz de Beneficencia* a través del Decreto del 2 de octubre de 1939<sup>9</sup>.

El objetivo de esta comunicación es estudiar algunos aspectos de la organización provincial de la institución y obtener datos para aproximarnos al mejor conocimiento de la enfermería española de la posguerra a través del punto de vista del *Boletín Oficial de la Cruz Roja de Cádiz*.

## MATERIAL Y MÉTODO

El estudio crítico de la publicación se ha realizado mediante el empleo de los métodos heurístico, hermenéutico e histórico en la interpretación de textos; además de mantener los preceptos de Jaques Kayser para el análisis de la estructura<sup>10</sup>. El boletín, editado en la ciudad de Cádiz, consta de seis números conocidos localizados en formato físico en la Biblioteca Pública Provincial de Cádiz (BPPC) (tabla 1).

---

1 BernabeuMestre, J. y Gascón Pérez, E. Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977). Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante; 1999: 102-112.

2 Herrera Rodríguez, F. La sanidad municipal en el Cádiz de la posguerra. Cádiz: Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz; 2005: 14-22.

3 Pérez González, B. Estraperlo en Cádiz: la estrategia social. Cádiz: Quórum; 2004.

4 Cura González, M.I. (del) y Huertas García, R. Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre. España, 1937-1947. Madrid: CSIC; 2007.

5 Chamizo Vega, C. Historia de la Enfermería en Asturias: La Cruz Roja. Temperamentvm. 2008; (7).

6 Hernández Conesa, J.M. La formación de las Damas Enfermeras de la Cruz Roja durante la Guerra Civil Española (1936-1939). Índice de Enfermería. 2013; 22(3): 180-183.

7 Clemente Muñoz, J.C. Historia de la Cruz Roja Española. 4ª ed. Madrid: Oficina Central de la Cruz Roja Española; 1997: 187-196.

8 Herrera Rodríguez, F. De la época Isabelina a la Transición Democrática: una revisión de la Enfermería Española. Temperamentvm. 2005; (1).

9 Boletín Oficial del Estado. 12 de octubre de 1939; (285): 5.730.

10 Kayser, J. El periódico: estudios de morfología, de metodología y prensa comparada. 3ª ed. Quito: CIESPAL; 1966.

FECHA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1939									1	2	3	4
1940	5	6										

Tabla 1. Ejemplares del Boletín Oficial de la Cruz Roja de Cádiz en la BPPC

## ASPECTOS EDITORIALES Y PUBLICÍSTICOS

El “*Boletín Oficial de la Cruz Roja*” de la Asamblea Provincial de Cádiz, a pesar de la escasez genérica de papel, tuvo una periodicidad mensual y una media de 55 páginas por número. Su redacción y administración compartía espacio físico con la oficina y casa social de la citada asamblea provincial, en la calle Cánovas del Castillo números 29 y 30 de la ciudad de Cádiz. La Junta Directiva de la Asamblea Provincial era la encargada de editar la publicación. A pesar de no tener una estructura especificada, se aprecian un editorial (escrito normalmente por Enrique Alcina Quesada), un apartado de artículos científicos y otro exclusivamente religioso. Además, se incluía una sección para destacar diferentes congresos científicos, comentarios respecto a otras revistas y reseñas de libros, terminando con un capítulo sobre noticias breves. No podemos apuntar la cifra exacta de su tirada, pero se repartía gratuitamente a través de las asambleas provinciales, locales y centros extranjeros de la organización; además de enviarse a anunciantes, centros científicos y sanitarios y a cualquier otro establecimiento interesado en su difusión.



Figura 1. Portada del Boletín Oficial de la Cruz Roja de Cádiz.

El citado boletín se financiaba a través de las suscripciones de los socios de la institución (mensual, trimestral o anual), donaciones y anunciantes; aunque si existían ganancias, ese dinero se empleaba en sustentar la infraestructura de la Cruz Roja en la provincia. La publicidad fue la fuente principal de ingresos, apreciándose más de treinta y cinco anuncios en cada número, en su mayoría de carácter general por establecimientos situados principalmente en Cádiz, Chiclana de la Frontera y Jerez de la Frontera. No obstante, la propia Cruz Roja insertaba sus propios anuncios, como es el caso de su sorteo de lotería en beneficio de la lucha antituberculosa. La portada es muy similar en los cinco primeros números, con el título en el encabezamiento, destacando en el centro el emblema de la organización acompañado justo debajo un paisaje característico de la ciudad de Cádiz (figura 1).

## CONTENIDO

### Organización de la Asamblea Provincial de la Cruz Roja de Cádiz

La Cruz Roja a nivel local se repartía en once asambleas (Algeciras, Barbate, Benalup-Casas Viejas, Cádiz, Conil, Jerez de la Frontera, La Línea de la Concepción, Medina Sidonia, Puerto Real, San Fernando y Sanlúcar de Barrameda).

El Presidente Provincial en este periodo fue Enrique Alcina Quesada (1879-1943), afamado urólogo de la capital gaditana por sus trabajos de investigación en su campo y organizador del *IV Congreso Hispano-Portugués de Urología*<sup>11</sup> (figura 2). No debemos olvidar que fue el director de los cursos de formación a las enfermeras y damas auxiliares realizados en la provincia durante la Gue-

11 Herrera Rodríguez, F. Gavilla de médicos gaditanos. Cádiz: Quórum; 2000: 159-167.



rra Civil, publicando una obra didáctica sobre estos cursos en 1938, estructurada en dos grandes bloques con contenido variable y sin iconografía debido a la improvisación formativa propia de la guerra y la escasez de papel. La primera parte estaba enfocada principalmente a la historia de la Cruz Roja, la Deontología en enfermería, la anatomía, los vendajes y la asepsia, antisepsia, microbiología e higiene. La segunda parte estaba dedicada especialmente a la fisiología y a las enfermedades<sup>12</sup>.

La Cruz Roja de la provincia contaba con dos presidentas honoríficas (Emilia Riera y Concepción Moreno Fernández), vicepresidente (Eladio Campe Amaya), secretaria (Carmen Martel Viniegra), contable (Juan Roquette) y cinco vocales (Carmen Álvarez Ossorio, Juan José Lahera, Enrique Pérez Figuer, Francisco Dolarea Pinillos y, de nuevo, Juan Roquette).

La institución provincial durante el periodo de publicación de su boletín planeaba el establecimiento de una clínica operatoria en Cádiz y un servicio de socorro en el puerto ante posibles ataques aéreos. Entre sus funciones, también dispensaba una "*gran cantidad de vacuna antitífica*" a las diferentes asambleas locales. Por otra parte, la adquisición de una ambulancia supuso la implantación de una red de asistencia de urgencias para la provincia<sup>13</sup>. A través del boletín sabemos que se adquirió una ambulancia, que estaba sujeta a la reglamentación de la Asamblea Suprema, constando de dos camillas y capacidad para *tres o cuatro personas a más de los camilleros y chauffeur*<sup>14</sup>. La Fiesta de la Banderita celebrada en la provincia en 1939 supuso un ingreso de 22.110,92 pesetas, de esta cantidad el 82,02% se recaudó en las localidades que contaban con sede de la Cruz Roja.



Figura 2. Enrique Alcina Quesada.  
Fuente: Real Academia Nacional de Medicina.

### La enfermería española de la posguerra

El boletín siempre resaltó la labor de la institución y sus actuaciones en el pasado reciente, poniendo énfasis en las guerras de Marruecos, cuya cercanía del frente tenía muy presente la Asamblea Provincial. Varios artículos se centraron en las actuaciones de la enfermería en la Guerra Civil, entre ellos el relato de los hechos acaecidos en el frente de Somiedo. La publicación destacó, además, la visita de los máximos cargos de la enfermería de la Cruz Roja a Cádiz durante la Guerra Civil en el año 1938 (figura 3).

Los cursos de formación siguieron celebrándose en la provincia durante la posguerra. Por esto conocemos la noticia del inicio de las clases en Sanlúcar de Barrameda y en La Línea de la Concepción (en esta última se tiene constancia de siete aprobados tanto en el primer año como en el segundo). En cambio, en la ciudad de Cádiz no se inició ninguno en 1939 por estimar que ya había suficiente número de enfermeras.

12 Herrera Rodríguez, F. Enrique Alcina Quesada (1879-1943) y su visión de la enfermera durante la Guerra Civil española. En Ballarín Domingo, P. y Ortiz Gómez, T., editoras. La mujer en Andalucía. Granada: Universidad de Granada; 1990: 433-441.

13 "Cruz Roja Española. Asamblea Provincial de Cádiz". Diario de Cádiz. 24 de agosto de 1939 (edición de la mañana): 3.

14 Boletín Oficial de la Cruz Roja de Cádiz. 1939; (1): 29.



Figura 3. La Presidenta de las enfermeras de la Cruz Roja (centro con ramo de flores), la Presidenta de los Hospitales (derecha con ramo de flores) y enfermeras.



Figura 4. Hijas de la Caridad y enfermeras en el homenaje de la Cruz Roja.

Un hito importante para la Asamblea Provincial fue la organización del primer homenaje nacional al personal de la *Cruz Roja* tras la guerra<sup>15</sup>. La celebración tuvo lugar en la ciudad de Cádiz entre los días 23 y 24 de septiembre de 1939, asistiendo, aparte de enfermeras e Hijas de la Caridad, representaciones de diversas asambleas provinciales y locales, además de la presencia de casi todos los altos cargos de la Asamblea Suprema. El primer día se debe destacar la realización de un desfile de más de 60 ambulancias provenientes de diversas asambleas provinciales y locales<sup>16</sup>, que en su mayoría participaron en la contienda, además de la condecoración a 20 Hijas de la Caridad por su desempeño en los últimos años<sup>17</sup> (figura 4).

15 "Gran Concentración y Homenajes de la Cruz Roja Española". Boletín Oficial de la Cruz Roja de Cádiz. 1939; (1): 43-44.

16 Las ambulancias procedían de Alcoy, Alicante, Barcelona, Bilbao, Burgos, Cádiz, Cartagena, La Coruña, Elche, Famoselle, Jerez de la Frontera, Madrid, Málaga, Oviedo, Pontevedra, Segovia, Sevilla, Valencia, Valladolid y Zaragoza.

17 Este dato es muy significativo para comprender la configuración de la enfermería religiosa en la España de la posguerra (Cf. Moreno Seco, M. Creencias religiosas y política en la dictadura franquista. Pasado y memoria: Revista de Historia Contemporánea. 2002; (1). Cf. Miró Bonet, M. Gastaldo, D., Nelson, S. & Gallego Caminero, G. Spanish nursing under Franco: reinvention, modernization, and repression (1956-1976). Nursing Inquiry. 2012; 19(3): 270-280. Cf. Cantero González, M.L. La formación enfermera en la España de Franco: Manuales de enfermería durante el Nacional-Catolicismo (1945-1957). REDUCA. 2010; 2(1): 187-254).

En el segundo día se efectuó la imposición de brazales a 34 alumnas de enfermería del primer curso y otras 34 medallas a las de segundo que habían terminado en julio del mismo año en la provincia. Se entregaron también las Medallas de Campaña a 143 Damas Auxiliares Voluntarias. El Inspector General Médico de la Asamblea Suprema, Víctor Manuel Nogueras, aprovechó su discurso para dirigirse a las enfermeras:

“Da consejos a las Enfermeras y les marca la orientación que deben seguir marcándoles como modelo para ello, a las Hermanas de la Caridad dignas de todo respeto y, si las tomáis como maestras seréis, dice, magníficas discípulas y sabréis consolar al triste y al que sufre, que es misión de la Cruz Roja”<sup>18</sup>.

Esta sugerencia fue repitiéndose a lo largo de los discursos, incluso la Presidenta de las enfermeras de la Cruz Roja, María de la Concepción Kirkpatrick y O’Farril agradeció la cooperación de las Hijas de la Caridad en la formación de las enfermeras. Debemos resaltar que, pocas semanas después, la Asamblea Suprema decidió otorgarle la placa de segunda clase como homenaje a la labor que había realizado durante tantos años (figura 5).



Figura 5. María de la Concepción Kirkpatrick y O’Farril.

## CONCLUSIONES

El *Boletín Oficial de la Provincia de Cádiz* fue la vía comunicativa de la Asamblea Provincial para dar a conocer su organización y sus diferentes actividades, como es el caso, por ejemplo, del aumento de infraestructuras sanitarias creadas y la adquisición incluso de una ambulancia.

La Cruz Roja en la posguerra siguió realizando cursos de formación para enfermeras, conforme a los dictados ideológicos defendidos en el bando nacional durante la Guerra Civil. Además, el boletín realizó una amplia cobertura informativa sobre el primer homenaje nacional al personal de la Cruz Roja tras la guerra, además de resaltar la figura de la Presidenta de las Enfermeras en la citada institución.

<sup>18</sup> Boletín Oficial de la Cruz Roja de Cádiz. 1939; (2): 35.

# LA FORMACIÓN DE LAS DAMAS AUXILIARES DE LA SANIDAD MILITAR EN ESPAÑA

## *Training of the "Damas Auxiliares" in Spain's military medical services*

Carmen Sellán Soto

Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid

Enrique Maldonado Suárez

Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid

Gabriel Segura López

Escuela Universitaria de Enfermería de Cartagena (adscrita Universidad de Murcia)

**PALABRAS CLAVE:** Sanidad Militar, Enfermeras, Mujeres.

**KEY WORDS:** Military health care, nurses, women.

**RESUMEN:** Partiendo de su integración en la Sección Femenina de Falange, en las que todas las enfermeras que ejercían su profesión en el contexto de los hospitales militares, se crea en 1941 el cuerpo de Damas Auxiliares de la Sanidad Militar. Para su incorporación se les exige la superación de un Programa, teórico y práctico sobre conocimientos enfermeros, y un mínimo de conocimientos militares.

Las Damas Auxiliares de la Sanidad Militar en España poseían los conocimientos y las capacidades para enfrentarse a cuidar a los heridos de guerra. Por tanto, su formación tenía un carácter enfermero y militar.

**ABSTRACT:** Following their integration into the Women's Section of the Falange, in which all military nurses were included, was created in 1941.

The nurses the corps of "Damas Auxiliares" of the Military Medical Service underwent a theoretical and practical programme in nursing with a basic level of military knowledge.

When the corps of "Damas Auxiliares" of the Military Medical Service was created, the nurses had the necessary training and skills for dealing with war injuries. Their training was therefore both military and nursing.

## **INTRODUCCIÓN**

Antes de llegar el siglo XX las fuerzas armadas carecían de la presencia de mujeres ya sea tanto en sanidad como cuerpo del ejército. Es en el año 1941, tras la guerra civil española, bajo una dictadura militar, cuando se institucionalizan numerosas asociaciones enfermeras que más tarde se les reconocerían y se diferenciarían de la acción de las matronas y practicantes. Será en estos años donde el Cuerpo de las Damas Auxiliares de la Sanidad Militar harán presencia femenina en el ejército, proporcionando sus cuidados que comprobaremos en este trabajo no serán innatos.

Fue el Cuerpo de las Damas Auxiliares de la Sanidad Militar, las primeras mujeres en entrar en el ejército oficialmente como enfermeras, aplicando los cuidados de la enfermería a los militares durante las batallas, que se produjeron bajo el régimen franquista, como por ejemplo: la guerra civil en Nicaragua en 1979, dónde participaron un grupo de ellas. Estas mujeres, incorporándose al frente de batalla demuestran su valentía, y su fortaleza pues tras leer varios artículos de ellas y sobre sus hechos heroicos me decidí a hacer el trabajo sobre ellas. Por eso, elegí hacer mi hipótesis sobre la formación que recibieron estas mujeres para entrar al ejército como enfermeras y si los cuidados que aplicaban a los pacientes eran a través de información adquirida o innata, así como resaltar su presencia en los frentes como las primeras mujeres que entraron al ejército en España. Es increíble la labor que realizaron estas mujeres que a día de hoy no son muy conocidas, y como fueron pioneras en este campo, donde se requiere tanto algo tan básico como la acción de cuidar.

## **OBJETIVOS**

- Interpretar la realidad de la época en lo que respecta a la sanidad militar y la entrada de la mujer en el ejército.
- Encontrar el cuándo, cómo y por qué, se integraron las enfermeras en la sanidad militar.
- Analizar los procesos de formación que tuvieron que llevarse a cabo para integrarse en la institución militar.

## **HIPÓTESIS**

Constatar que la presencia de las Damas Auxiliares de la Sanidad Militar y los cuidados que aplicaban a los militares en los campos de batalla no eran innatos si no que los adquirían a través de formación enfermera mediante cursillos.

## **MATERIAL**

El material escogido para realizar el trabajo procede de fuentes historiográficas. La búsqueda sistemática se realizó en las bases de datos electrónicas en castellano Google Académico®, Dialnet®, Cuiden® y Gazeta® (Colección legislativa de 1661-1959), empleando los términos de búsqueda: Sanidad militar, sanidad militar española y damas auxiliares de la sanidad militar.

## **MÉTODO**

En este trabajo se ha utilizado una metodología historiográfica, entendida como un aprendizaje bibliográfico y con criterio de aquellos escritos sobre la Historia y sus fuentes.

## **DISCUSIÓN Y RESULTADOS**

Durante la guerra civil, antes de formarse el Cuerpo de las Damas Auxiliares de la Sanidad Militar, los soldados se encontraban atendidos por las que serían los antecedentes de este cuerpo. Se

organizaron cursillos con las aspirantes de la Cruz Roja Española, la Sección femenina de la falange y aquellas que trabajaban de forma altruista y sin titulación<sup>1</sup>. Se formaron 5.506 enfermeras gracias a 116 cursillos que organizó el estado a lo largo de toda España, más las enfermeras formadas en la contienda de Santiago de Compostela, Santander y Madrid, hubo en total 12.307 enfermeras formadas al acabar la guerra civil (1936-1939). En 1938, se creó el documento de identidad para enfermeras, un documento importante en el que se definía el papel de la enfermera<sup>2</sup>.

Después de la guerra civil, fue entonces, cuando se creó la institución del Cuerpo de las Damas Auxiliares de la Sanidad Militar fundado en 1941, por Mercedes Milla Nolla, la cual, nace en Barcelona en el 22 de septiembre de 1985. Integrándose en 1921 como dama enfermera de la Cruz Roja de primera clase. Entre sus logros mencionables se pueden destacar: presidenta de la asociación de visitadoras sanitarias, y a asistió a la Conferencia internacional de Enfermería celebrada en el Belford College de Londres en Julio de 1952, representando a la Inspección General y como Presidenta de la Asociación Profesional de Enfermeras.

En aquella época, y de acuerdo a las leyes, todas las enfermeras que ejercían su profesión en el contexto de los hospitales militares, eran consideradas pertenecientes al grupo de enfermeras de la Sección Femenina. Fue entonces, con posterioridad que el general Gómez Ulla procedió a movilizar a todas aquellas enfermeras sin atenerse a las leyes impuestas y fue el ejército quién creó, pues, el Cuerpo de las Damas Auxiliares de la Sanidad Militar. Tras esta iniciativa, se llamó a Mercedes Milá Nolla, a quién se le encargó la creación de este cuerpo femenino de enfermeras de naturaleza militar, pero considerado como personal civil. Se nombró Cuerpo de las Damas Auxiliares de la Sanidad Militar. En 1941 se aprobó el primer reglamento del Cuerpo de las Damas Auxiliares de la Sanidad Militar<sup>3</sup>. Y así, fue como las primeras mujeres enfermeras entraron al ejército español, de forma altruista y sin ánimo de lucro.

Asimismo, a pesar de poder entrar voluntariamente, se les exigía un mínimo de requisitos relacionados con la formación enfermera tales como el título de enfermera que se obtenía hasta 1941 tras dos cursillos en el que se impartían técnicas enfermeras y se realizaban prácticas obligatorias en los hospitales cuya duración, en conjunto, era de dos años. Se concluía su formación con un examen final ante los tribunales médicos. A partir de este año, se empezó a diferenciar el contenido práctico del teórico, debido a la publicación de un programa por el Ministerio de Educación Nacional. Éste contiene, 30 lecciones y un programa práctico con 8 lecciones, en total 708 páginas<sup>4</sup>.

## PROGRAMA TEÓRICO

- Lección I. Sistemas, El cuerpo humano. Células y tejidos (pp. 11-40).
- Lección II. Esqueleto. Cabeza (pp.41-62).
- Lección III. Huesos del tronco. Huesos de las extremidades. (pp. 63-93).
- Lección IV. Articulaciones. (pp. 94-97).
- Lección V. Músculos. Vainas sinoviales. Aponeurosis. (pp.98-114)
- Lección VI. Aparato circulatorio. (pp. 115-120).
- Lección VII. Arterias, venas, capilares. (pp. 121-130)
- Lección VIII. Intestino delgado. Intestino grueso (pp. 175-191).
- Lección IX. Principales regímenes alimenticios. Dieta blanda. Dieta láctea. Lacticinios. (pp. 192-206).
- Lección X. Manera de presentar y servir la comida a los enfermos. Bebidas. (pp. 207-216).
- Lección XI. Aire (pp. 217-228).
- Lección XII. Aparato urinario. Diferencias entre los dos sexos. (pp. 229-244).

- Lección XIII. Sistema nervioso. (pp. 245-266).
- Lección XIV. Órganos de los sentidos. Aparato ocular. (pp. 267-278).
- Lección XV. Aparato auditivo. Audición y equilibrio (pp. 279-286).
- Lección XVI. Aparato olfativo y gustativo. (pp. 287-293).
- Lección XVII. Sensibilidad general. Piel. ( pp. 294-299).
- Lección XVIII. Calor animal. Calefacción. (pp. 300-309).
- Lección XIX. Infección e infestación. Asepsia. Antisepsia. (pp. 310-328).
- Lección XX. Modos de evitar contagios. (pp. 329-339).
- Lección XXI. Recogida y desinfección de excretas. Desinfección de ropas y locales. (pp. 340-357).
- Lección XXII. Inflamación. Supuración y edema (pp. 358-376).
- Lección XXIII. Vómitos. Diarreas. (pp. 377-382).
- Lección XXIV. Dolores cólicos. (pp. 383-401).
- Lección XXV. Disnea. Tos. Expectorcación. (pp. 402-409).
- Lección XXVI. Poliuria y anuria. (pp. 410-418).
- Lección XXVII. Fiebre. (pp. 419-428).
- Lección XXVIII. Delirio. Convulsiones. Colapso. (pp. 429-442).
- Lección XXIX. Hemorragias. (pp. 443-458).
- Lección XXX. Primeros cuidados a intoxicados. (pp. 459-474).

## PROGRAMA PRÁCTICO

- I. Habitación del enfermo. (pp. 475-487).
- II. Manera de hacer una cama. (pp. 488-511).
- III. Limpieza del enfermo. (pp. 512-523).
- IV. Alimentación del enfermo. (pp. 524-537).
- V. Exploraciones generales. (pp. 538-562).
- VI. Intervenciones (pp. 563-604).
- VII. Asepsia. (pp. 605-632).
- VIII. Vendajes. (pp. 633-695).

A aquellas enfermeras, que querían posteriormente participar en el ejército también se exigía, un mínimo de conocimientos militares, en el que se incluía la instrucción en orden cerrado. Al finalizar obtenían un diploma de damas de sanidad. Por otra parte, estas enfermeras realizaban cursillos por su propia voluntad para ampliar y especializarse en algún campo como el administrativo, o la conducción de automóviles en el ejército.

Consideramos relevante mencionar, que hasta el año 1945 no hemos localizado ninguna Orden que regule las funciones de la enfermera, en esta se establece que la enfermera está bajo el mando del médico y no tiene por sí sola las facultades para suplir a este. Las funciones que se le asignaban a la enfermera eran: proporcionar atención, aseo, alimentación, eliminación recogida de datos clínicos, administración de la medicación, asistir a las operaciones quirúrgicas e intervenciones y curar ayudando al médico<sup>5</sup>.

Estas enfermeras estudiaban en los hospitales y escuelas impuestas por la Falange hasta que en 1952 mediante un Decreto se crean las escuelas oficiales de Enfermería. En este Decreto se

regula desde el personal que debe de trabajar en estas escuelas oficiales, hasta como tienen que funcionar dichas escuelas.

Las enfermeras al encontrarse bajo las órdenes de los médicos, se les inducía una mentalidad de sumisión y docilidad. Respecto a los caracteres físicos, son descritas por Vallejo Nágera, en su escrito *Sinfonía retaguardista*:

*“La dama enfermera de guerra debe tener una figura corporal bien proporcionada, exenta de defectos físicos, preferentemente bella, porque la belleza del cuerpo suele unirse a la nobleza del alma y delicadeza de sentimientos; y la figura deforme y degenerada, a los sentimientos bajos y rastreros: En último extremo, no hace falta que la enfermera sea bella si posee robusta salud y cualidades afectivas simpáticas”<sup>6</sup>.*

Más adelante, gracias a una Orden ministerial del año 1974, se les concedía, a este colectivo, la titulación de Técnico Auxiliar de Clínica, Formación Profesional, Grado 1, de la rama sanitaria. Solo se les daba a aquellas interesadas en obtenerlo y se otorgaba de forma individual. Y pocos años después (1977) las damas auxiliares de la sanidad militar quedan divididas en dos cuerpos:

1. El cuerpo especial de damas auxiliares de la sanidad militar (agrupación con carácter funcionario).
2. Agrupación de las damas auxiliares de sanidad militar con carácter altruista.

Estas Damas participaron en numerosas misiones humanitarias: en Nicaragua (años 1978-1979), cuando se produjo la crisis sociosanitaria del síndrome del aceite tóxico, así como asistieron a aquellos militares que fueron gaseados en la guerra del Líbano. Tuvieron su máximo apogeo en 1985 cuando llegaron a alcanzar a un número de 7.000 damas. En 1990 dejaron de ser movilizadas y finalmente disueltas en 2003. Habiendo pasado por este cuerpo tanto personajes ilustres; como la reina de Bélgica, Doña Fabiola Mora y de Aragón, como heroínas de guerra como Doña Juana Miró, quién asistió a los heridos de las primeras líneas de guerra<sup>7</sup>.

## CONCLUSIONES

Con este estudio podemos apreciar como las mujeres y las enfermeras superan una barrera social más introduciéndose en el ejército de forma voluntaria, donde se expondrán diligentemente al dolor y sufrimiento de los heridos, y todo ello sin ánimo de lucro.

De las damas auxiliares de la sanidad militar, podemos decir que se organizaron en 1941, gracias al general Gómez Ulla, y su presidenta Mercedes Milla Nolla, los cuales, les dieron a este colectivo los recursos materiales y formativos para afrontar la guerra y cuidar a los heridos. Estas mujeres, poseían los conocimientos y las capacidades, tanto a nivel enfermero como militar, para enfrentarse a los cuidados de los heridos de guerra. Asimismo, consideramos que los cuidados que realizaban, no eran innatos sino que requerían un conocimiento específico del ámbito militar y enfermero, así como unas capacidades físicas y actitudes de sumisión al estamento médico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández Conesa JM, Segura López G. La formación de las Damas Enfermeras de la Cruz Roja durante la guerra civil española (1936-1939). *Index de Enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*. 2013; 22 (3): 180-184.
2. Cantero González ML La formación enfermera en la España de Franco: Manuales de la enfermería durante el Nacional-Catolicismo (1945-1957). *REDUCA [revista en Internet]* 2010. [acceso 19 noviembre de 2014]; 1 (2): 187-254. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/149>.



3. Orden de 31 de julio de 1941. Reglamento del Cuerpo de Damas Auxiliares de Sanidad Militar. Boletín Oficial del Estado, nº 172.
4. Orden de 21 de Mayo de 1941 del Ministerio de Educación Nacional sobre condiciones y estudios necesarios para la obtención del título de Enfermera. Boletín Oficial del Estado, nº 148.
5. Gallardo Rodríguez P. La mujer militar en las fuerzas armadas. Cuadernos de estrategia [revista en Internet] 2012. [acceso 19 noviembre de 2014]; 157. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4056074>.
6. Vallejo Nagera A. Sinfonía retaguardista: Conferencias en retaguardia. Valladolid: Cuesta, 1938.
7. Álvarez Luquero A. Fuerzas armadas unidas. Boletín de Información, [revista en Internet] 2010 [acceso 17 noviembre de 2014]; 315: 70-8. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3800741>.

# EL REFLEJO DE LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LA NORMATIVA SANITARIA DEL AÑO 1967

## *The reflection of gender inequality in health regulations of the year 1967*

Isabel Lepiani Diaz

(Centro Universitario de Enfermería "Salus Infirmorum" Cádiz)

Concepción Mata Pérez

(Centro Universitario de Enfermería "Salus Infirmorum" Cádiz)

Antonio Mejías Márquez

(Hospital Jerez de la Frontera)

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería, género y legislación.

**KEY WORDS:** Nursing, gender and legislation.

**RESUMEN:** En 1967 dos Órdenes Ministeriales (de 22 de abril y de 16 de junio) aprobaban 2 Estatutos Jurídicos distintos para los mismos profesionales sanitarios. La primera aprobó el de Enfermeras de la Seguridad Social; Y la segunda, las de Practicantes y Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Seguridad Social. Seis años después, se refunden en un solo Estatuto Jurídico por medio de la Orden de 6 de abril de 1973.

Las circunstancias sociales y culturales de España dieron lugar a que profesionales formados para realizar el mismo trabajo fueran separados y les adjudicaran diferentes servicios y funciones.

**ABSTRACT:** In 1967, two different legal statutes for the same kind of health professional were approved by ministerial orders (April 22nd and June 16th). Social Security nurse (female) statute was approved by the first order and nurse practitioner and Technical Sanitary assistant (male) statutes was approved by the second order. After six years, both statutes were recast in one statute by order of April 26th, 1973.

Social and cultural circumstances in Spain resulted in professional trained to perform the same kind of work were gender-segregated and different roles were assigned to each one.

La idea que nos llevó a la realización de este estudio fue el descubrimiento, casi por casualidad, de la normativa jurídica que regulaba la profesión enfermera del año 1967. En esta normativa pudimos observar que se aprobaban dos Estatutos Jurídicos distintos para los mismos profesionales sanitarios de la época. Fue sorprendente descubrir que se referían al mismo colectivo enfermero según su género; Uno, de 22 de abril de 1967, aprobó el de "Enfermeras de la Seguridad Social", y el segundo, de 16 de junio de 1967, el de "Practicantes y Ayudantes Técnicos Sanitarios".

Para reflejar algunas de las principales diferencias entre una y otra ordenación hemos realizado la siguiente tabla:

ORDEN DE 22 DE ABRIL DE 1967	ORDEN DE 16 DE JUNIO DE 1967
ÁMBITO DE APLICACIÓN: Enfermeras y ATS femeninos	ÁMBITO DE APLICACIÓN: Practicantes y ATS masculinos
MODALIDADES: Instituciones Abiertas (II. AA "Centros de Salud") y Cerradas (II.CC "Hospitales")	MODALIDADES: Practicantes de Zona dependientes del Instituto Nacional de Previsión, Practicantes de Servicios Especiales de la Seguridad Social, Practicantes de Servicios de Urgencias, Instrumentistas de Equipos Quirúrgicos
FUNCIONES EN II. AA.: Ejercer las funciones de auxiliar del médico cumplimentando las órdenes que reciba de él en relación al servicio [...] FUNCIONES EN II. CC.: Ejercer las funciones de auxiliar del médico cumplimentando las órdenes por escrito que reciba de aquél. Auxiliar al médico en Intervenciones Quirúrgicas.	FUNCIONES ZONA: Las propias de su profesión FUNCIONES SS Y SEU: Las dispuestas en los distintos Reglamentos Profesionales Correspondientes FUNCIONES EN EQUIPOS QUIRÚRGICOS: Ayudar en actos quirúrgicos
OTROS DEBERES. OBLIGACIONES GENERALES. 1.- Prestar con toda diligencia y amabilidad sus servicios profesionales a los enfermos que tengan a su cargo [...] 2.-Cumplimentar puntualmente las instrucciones que reciba de la superioridad sobre el uso de uniforme, extremando su aseo, disciplina, celo y competencia en el trabajo	OTROS DEBERES. OBLIGACIONES GENERALES. 1.- Prestar personalmente sus servicios profesionales a las personas protegidas que tengan a su cargo cuando para ello sean requeridos por los facultativos de la Seguridad Social, encargados de la asistencia del enfermo o por la Inspección de Servicios Sanitarios

Como podemos observar en el cuadro comparativo que hemos expuesto, parece que no existía el mismo grado de subordinación jerárquica entre médicos y personal de Enfermería dependiendo de si eran enfermeras y ATS femeninos, o practicantes y ATS masculinos.

Estudiando ambos textos, seguimos encontrando más descripciones de este trato desigual y sexista. La propia definición de la función de la enfermera en Instituciones Cerradas: "*Auxiliar al médico en Intervenciones Quirúrgicas*", en contraste con la del Practicante en Equipos Quirúrgicos de "*Ayudar en actos quirúrgicos*" es un claro ejemplo de ello.

Está claro que la visión que sobre las funciones de la Enfermería se tenía en la época, pese a ser una profesión eminentemente femenina a lo largo de gran parte de su historia, era desgranada

en dos grandes funciones; las funciones que iban dirigidas a la realización de los cuidados básicos de salud y las intervenciones enfermeras eminentemente técnicas en su realización.

Las primeras, que abarcan el aseo diario, el vestir, la alimentación, el acompañamiento... se percibían como "menores", ya que en muchos pacientes podían ser llevadas a cabo en el ambiente doméstico por las mujeres de las familias, y estas funciones eran asignadas por esta reglamentación a las profesionales de Enfermería de género femenino. Las segundas, como era la administración de medicamentos por vía parenteral, colaborar en operaciones quirúrgicas... funciones puramente técnico-sanitarias, eran asignadas a los hombres.

También es destacable observar que en el caso de la Orden de 22 de Abril de 1967 de ámbito de aplicación a las Enfermeras y ATS femeninos de la Seguridad Social, en el apartado de "otros deberes" y "deberes generales", se alude a cómo debe ser el trato que estas profesionales tienen que dispensar a los pacientes durante su trabajo e incluso el deber de obedecer a los superiores en materia de aseo personal, uniformidad y diligencia profesional.

El estudio de esta normativa jurídica de la profesión enfermera del año 1967 nos ha permitido profundizar en los perfiles de los profesionales de enfermería de la España del régimen de Franco dada la conexión estrecha del derecho con la sociedad que extrapolamos a las funciones de los cuidadores de la Salud.

Seis años más tarde, se refundieron en un solo estatuto jurídico por medio de la Orden del 26 de abril de 1973. En este texto refundido hay un aparente intento de igualar a ambos sexos, esgrimido en el apartado "Ámbito de aplicación" (capítulo I), y en el de "Clasificación del personal" (Capítulo II, Arts. 2, 3 y 4) en los que define y clasifica a los distintos profesionales en una sola categoría profesional, "Personal Titulado", en la que se incluyen a ATS, Practicantes y Enfermeras, con la única condición de estar en posesión del título académico correspondiente.

Sin embargo, con respecto a las funciones de estos profesionales de Enfermería, sigue existiendo diferencia de género con respecto a la asignación de las distintas funciones que engloba la disciplina Enfermera. Con respecto a estas funciones, se integran, casi literalmente, en el nuevo Estatuto en su Capítulo VII, Sección 2ª arts. 57 y siguientes (para enfermeras y ATS femeninos), y en el Capítulo VII Sección 3ª, arts. 61 y siguiente (para practicantes y ATS masculinos). La naturaleza de esta asignación de funciones sigue siendo, del mismo modo que hemos descrito anteriormente, funciones referentes al cuidado básico del paciente otorgadas a las profesionales de Enfermería mujeres y la ejecución de técnicas médicas a los hombres.

Expuesto todo lo anterior, el aperturismo de la época tardaría en llegar a la profesión Enfermera un poco más que a otros ámbitos de la sociedad española de la época.

## FUENTES

Del Estado, B.O .Orden Ministerial de 22 de abril de 1967.

Del Estado, B.O .Orden Ministerial de 16 de junio de 1967.

Del Estado, B.O .Orden Ministerial de 26 de abril de 1973.



# ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ESPAÑA: DE INSTRUCTORAS SANITARIAS A ENFERMERAS ESPECIALISTAS

## *Family and Community Nursing in Spain: from Instructors Healthcare to Nurses Specialists*

Rosa Isabel Fernández Raigada

María Isabel Santos Granda

Centro de Salud de Sabugo. Avilés. Asturias

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería / Comunitaria / Evolución.

**KEY WORDS:** Nursing / Community / Evolution.

**RESUMEN:** El objetivo es describir la evolución de la Enfermería Familiar y Comunitaria en España desde las primeras Instructoras Sanitarias hasta las actuales Enfermeras Internas Residentes.

Se realizó una revisión bibliográfica usando perspectiva de género y método de investigación histórico, analizando las bases de datos CUIDEN y DIALNET, revisando bibliografía y web-sites.

La escuela de Instructoras Sanitarias creada en 1941 compitió durante mucho tiempo con otras titulaciones enfermeras no oficiales. Pero en 1953 se aprueba la titulación de Ayudante Técnico Sanitario y se frena el desarrollo de la Enfermería Comunitaria, desapareciendo las titulaciones existentes hasta el momento. Con la llegada a la universidad vuelve a resurgir el enfoque comunitario y aparece la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en 2010. Actualmente, el título de especialista se obtiene de dos formas: vía Enfermero Interno Residente y prueba de Evaluación de la Competencia, la vía excepcional, cuya inscripción finalizó en el año 2011.

La aparición de la especialidad Familiar y Comunitaria permite continuar la evolución gestada en la enfermería a mediados del siglo XX.

**ABSTRACT:** The objective is to describe the evolution of family and community nursing in Spain since the first health trainers to current nursing.

We used a literature review using gender and method of historical research, analysing databases CUIDEN and DIALNET, reviewing literature and web-sites.

The school health instructors, which was created in 1941, was competing for a long time with other non-official qualifications. But in 1953 the degree of Medical Technical Assistant was approved, slowing the development of community nursing and existing qualifications disappeared. It was when nursing reached University that the community approach re-emerged, the speciality of family and community nursing appeared in 2010. Currently, the title of specialist nurse can be obtained in two ways: internal resident nurse exam or an assessment of competence (exceptional way) the registration of which finished in 2011.

The appearance of the speciality of family and community nursing allows to continue the nursing evolution since mid-twentieth century.

## **INTRODUCCIÓN**

La Enfermería Familiar y Comunitaria en España es una disciplina relativamente joven si la comparamos con su evolución en otros países, sobre todo Inglaterra y Estados Unidos. La Guerra Civil cortó las alas a una especialidad con un futuro prometedor, por lo que todo lo logrado hasta el año 1936 quedó enterrado hasta 1977, con la llegada de la enfermería a la Universidad y con la conferencia de Alma Ata de Atención Primaria de Salud, la cual dio el respaldo al mayor nivel internacional a la enfermería en general y a la enfermería comunitaria en particular. Por todo ello, es importante dar a conocer los inicios en España de una especialidad que en la actualidad está formando a más de 200 especialistas, ya que conocer nuestros orígenes nos va a hacer comprender todo lo que se ha logrado hasta ahora y nos va a dar fuerzas para seguir luchando por el reconocimiento de nuestra especialidad.

## **OBJETIVO**

El objetivo es escribir la evolución de la Enfermería Familiar y Comunitaria en España desde las primeras Instructoras Sanitarias hasta las actuales Enfermeras Internas Residentes.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Revisión bibliográfica usando la perspectiva de género, desde el 16 de junio hasta el 16 de agosto de 2014, analizando las bases de datos CUIDEN y DIALNET y revisando bibliografía y web-sites. Las palabras claves usadas fueron: Enfermería / Comunitaria / Evolución.

## **DESARROLLO**

En 1941 se crea la Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias, que pasa a ubicarse en el edificio anteriormente construido para alojar a la Escuela de Enfermeras Sanitarias y de Asistencia Pública. El trabajo desarrollado por las Instructoras Sanitarias fue muy diferente al de las Visitadoras, perdiendo el enfoque comunitario de los problemas de salud. La Escuela de Instructoras Sanitarias estuvo funcionando hasta el año 1983.

Aunque esta escuela parecía prometedora, el comienzo del régimen franquista y otros factores hicieron que su evolución fuera decayendo poco a poco. Por una parte se crea una titulación al margen de esta escuela, y que por lo tanto competirá con ella: El Cuerpo de Enfermeras de la Falange Española Tradicionalista y de las JONS, y dentro de la misma la titulación de Enfermeras Visitadoras Sociales y el Cuerpo de Divulgadoras Sanitarias.

La coexistencia de tantos grupos de profesionales provoca que en 1952 se convoque una reforma del plan de estudios, con orientación progresista y asignaturas de marcado carácter comunitario

Sin embargo, en 1955 desaparece la figura de la enfermera (se dejan de expedir títulos y se declara esta como extinguida) para unificar a todas las modalidades (incluida practicante y matrona) en el Ayudante Técnico Sanitario (ATS), que perdurará hasta 1977, año en el que la Enfermería pasa a ser una carrera universitaria. El programa formativo de los estudios de ATS otorgó escasa consideración a los problemas sociales.

Ante la disconformidad de muchos colectivos, en 1959 tiene lugar la primera Asamblea Nacional de Enfermeras en la que se concluye solicitar al ministerio la renovación de la figura enfermera. En esta asamblea también se destacó la importancia de la obra social de las enfermeras visitadoras y de las instructoras.

Con la aparición de los Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE) parece que la Enfermería Comunitaria emerge del hoyo en el que había estado escondida durante toda la existencia del ATS. Así, vuelve a resurgir con varias modificaciones del nuevo plan y enfoques hacia la prevención. Se cambian los nombres de algunas asignaturas, como por ejemplo "Salud Maternoinfantil",

que engloba a las antiguas Pediatría, Ginecología y Obstetricia, y aparecen otras nuevas, como Salud Pública I y II. El título de ATS comenzará a convalidarse por el de DUE en 1980, reforzando la formación en temas de Salud Pública<sup>1-4</sup>.

El término "Enfermería Comunitaria" comienza a utilizarse en 1974, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) convoca el primer seminario llamado "Community Nursing" y cuatro años más tarde, en la Conferencia de Alma Ata aparecerá un nuevo modelo de Atención Primaria, que pasará a implantarse en 1980 para ser finalmente regulado en 1984 mediante el RD 133/1984 y la Ley General de Sanidad (1986)<sup>5-7</sup>.

En 1987 se contempla la creación de la Especialidad en el RD 92/1987, pero no es hasta 1992 que reaparece la figura de la Matrona como especialista, con un programa de formación concreto y unos requisitos de las Unidades Docentes para la obtención del título. Más tarde, en 1998 aparecería la especialidad de Salud Mental y por último Pediatría, Trabajo, Geriátrica y Familiar y Comunitaria en 2010, esta última regulada en el BOE 29 de junio de 2010. Un aspecto muy importante en la evolución histórica de las especialidades de Enfermería Familiar y Comunitaria fue la creación de asociaciones profesionales, iniciándose en el año 1994 con la Asociación de Enfermería Comunitaria y continuando en 1998 con la Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP). En el año 2005 se crea la Sociedad Española de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEEFyC), fundada por el consejo General de Enfermería. La creación de las asociaciones es relevante ya que una profesión se considera como tal cuando existe un asociacionismo que ampara y estimula el conocimiento específico de la especialidad<sup>2,7-9</sup>.

Actualmente, el título de Enfermero Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria se puede obtener por dos vías: una vía Enfermero Interno Residente, mediante la superación de un examen anual y a nivel nacional que permitirá acceder a una plaza como EIR en aquellas Unidades Docentes acreditadas. La duración de la residencia dura dos años y se contempla como una relación laboral especial, que no permite otras actividades laborales pero sí formadoras. Por otra parte, aquellas/os enfermeras/os que hubiesen realizado ejercicio profesional en las actividades propias de la especialidad durante 4, 3 o 2 años (con matices) podrán acceder a una prueba de Evaluación de la Competencia, tras cuya superación recibirían también el título de especialistas. Esta segunda alternativa se trata de la vía excepcional, cuya inscripción finalizó en el año 2011<sup>10</sup>.

Las enfermeras que hoy en día hacen la especialidad, han pasado un duro examen de acceso para poder convertirse en Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria. Aunque la situación económica del país no acompaña a que el progreso continúe, este nuevo colectivo está unido y reivindica su capacidad para ocupar puestos de trabajo, ya no solo en centros de salud, sino en otras instituciones desde las que puedan intervenir en la comunidad. Se trata de una especialidad muy amplia, que abarca casi todos los campos puesto que la familia incluye miembros de ambos sexos y de todas las edades. Por todo ello, la coordinación con enfermeros de otras especialidades y profesionales tanto sanitarios como no (trabajadores sociales, ayuntamientos...) sería lo ideal.

La especialidad no sería posible sin las enfermeras tutoras, las que habiendo trabajado años en atención primaria comparten con nosotros sus conocimientos y experiencia. Es un proceso de feed-back positivo, en el que ambas partes reciben y dan, siempre contribuyendo a un desarrollo tanto profesional como personal, que termina por transformarse en una asistencia sanitaria de mayor calidad, siempre en beneficio del paciente.

## COMENTARIOS

- La instauración del título de ATS supuso un retroceso importante en lo conseguido hasta el momento. Todos los profesionales pasan a recibir la misma denominación y sus funciones serán meramente técnicas y dependientes de los facultativos.



- Con la inclusión de la Enfermería en el ámbito universitario (DUE), se retoman las vías de progresión del pasado, con la aparición de nuevas asignaturas y un enfoque distinto de las anteriores.
- La existencia de especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria abre nuevas vías de desarrollo de la profesión, con perspectivas laborales fuera del entorno del centro de salud y adquiriendo así una mayor presencia a nivel comunitario.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Germán Bes C. Historia de la Enfermería Comunitaria I. De enfermeras visitadoras a instructoras sanitarias. *Temperamentvn* 2008;8.[en línea] [Acceso acceso 14 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn8/t0608.php>
2. Gómex Robles J, Domingo Pozo M. Historia de la enfermería de salud pública en España. *Cultura de los cuidados* 1999;3(5):20-8. [Revista en Internet] [Acceso el 9 de agosto de 2014]. Disponible en [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5162/1/CC\\_05\\_04.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5162/1/CC_05_04.pdf)
3. Bernabeu Mestre J, Gascón Pérez E. Historia de la enfermería de Salud Pública en España (1860-1977). Alicante: Espagraphics 1999.
4. Álvarez-Dardet C, Gascón E, Alfonso MT, Almero A. Los orígenes de la Enfermería de Salud Pública. *Gac Sanit* 1988;9(29):290-3. [Revista en Internet] [Acceso el 9 de agosto de 2014] Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/los-origenes-enfermeria-salud-publica/articulo/S0213911188709437/>
5. Especialidad de Enfermería Familiar y comunitaria. *Rev Enferm CyL* 2010; 2(2):43-70.
6. Molas Puigvila M, Brugués Brugués A, García Gutiérrez C. Especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria: una realidad. *Aten Primaria* 2011;43(5):220-1. [Revista en Internet] [Acceso el 9 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.aificc.cat/storage/documents/especialidad-en-enfermeria-familiar-y-comunitaria-una-realidad.pdf>
7. Samitier PJ. Relaciones y expectativas de la Enfermería Comunitaria, la Gestora de Casos y la futura Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. *Biblioteca Lascasas* 2010;6(3). [en línea] [Acceso 28 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0551.php>
8. Siles González J. Historia de la Enfermería Comunitaria en España. Un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. *Index Enferm* 1999;24-25. [Revista en Internet] [Acceso 30 de junio de 2014]. Disponible en: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/24-25revista/24-25\\_articulo\\_25-31.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/24-25revista/24-25_articulo_25-31.php)
9. López Montesinos MJ. Revisión cronológica de la enseñanza de Enfermería en España. *Enfermería Global* 2004;3(2):1-6. [Revista en Internet] [Acceso el 9 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/568>
10. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 450/2005 de 22 de abril sobre especialidades de enfermería. BOE núm 108 de 6/5/2005.

# ORIGEN DE LA ENFERMERÍA EN EL CUERPO DE BOMBEROS DEL AYUNTAMIENTO DE BARCELONA

## *Origin of nursing in the Fire Department of Barcelona City*

Carmen Vila Gimeno

Universidad Ramón Llul de Barcelona

**PALABRAS CLAVE:** Historia, Enfermería, Bomberos.

**KEY WORDS:** History, Nursing, Fire.

**RESUMEN:** En este trabajo se pretende, a través del testimonio de uno de estos pioneros, presentar en forma de relato el proceso de interpretación de los profesionales de enfermería en este servicio que, atendiendo a la población en situaciones críticas, carecía de una respuesta sanitaria adecuada. La historia de la vida laboral del último superviviente del grupo de pioneros que integraron a los profesionales de enfermería en el cuerpo de bomberos del ayuntamiento de Barcelona, se utiliza como base en la construcción de este relato.

**ABSTRACT:** In this paper aims, through the testimony of one of these pioneers, presented as narrative interpretation process of nurses in this service, serving the population in critical situations without adequate health response. The history of the working life of the last surviving group of pioneers who integrated the nurses at the fire department of the City of Barcelona, is used as a basis for the construction of this story.

## INTRODUCCIÓN

Al realizar mi tesis doctoral, tuve la suerte de conocer personas interesantes que dejaron su huella en la historia de la enfermería pero quedaron en el anonimato. En este trabajo se pretende, a través del testimonio de uno de estos pioneros, presentar en forma de relato el proceso de instauración de los profesionales de enfermería en este servicio que, atendiendo a la población en situaciones críticas, carecía de una respuesta sanitaria adecuada. La historia de la vida laboral del último superviviente del grupo de pioneros que integraron a los profesionales de enfermería en el cuerpo de bomberos del ayuntamiento de Barcelona, se utiliza como base en la construcción de este relato.

## OBJETIVO

Dar a conocer el proceso de la integración de los profesionales de enfermería en el cuerpo de bomberos del ayuntamiento de Barcelona.

## METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de las costumbres sociales y políticas del período histórico, análisis de la entrevista realizada al informante y revisión de documentos del archivo histórico del ayuntamiento de Barcelona, que refuerzan el discurso del interlocutor.

## RESULTADOS

El cuerpo de bomberos de Barcelona se fundó en 1833, dos años más tarde y debido a la falta de recursos, se fundó la Mutua de Propietarios de carácter privado, esta Mutua se fue consolidando hasta que dio origen al cuerpo de bomberos de Barcelona con personal voluntario que se consolidó en 1875 (1), estableciéndose la primera compañía de bomberos en la ciudad que, con el paso de los años, se convirtió en el actual cuerpo de bomberos del ayuntamiento (2).

Durante el año 1885 se aprobó en el ayuntamiento de Barcelona lo que sería la puesta en marcha del Servicio médico-sanitario, gracias al cual se construyeron los dispensarios municipales, conocidos popularmente como las casas de socorro, con ello se consiguió que la asistencia obligatoria para atender y auxiliar a heridos y víctimas de cualquier tipo de accidente pudiera realizarse, y fue en el 1891 cuando se crearía el cuerpo médico municipal de Barcelona(3). Pero no fue hasta junio del 1930 cuando se aprobaría el presupuesto para obtener las dos primeras ambulancias para el cuerpo de bomberos de Barcelona, eran dos vehículos sanitarios marca "hispano Suiza", pero la empresa no realizó su entrega hasta el 26 de diciembre de 1930 (4).

Por otro lado al ayuntamiento le quedaban otras responsabilidades sanitarias como era el traslado de enfermos a los centros sanitarios adecuados, pero este servicio no se consideraba prioritario, priorizando inversiones en otros servicios, como se observa en los archivos del mismo ayuntamiento donde se encuentran documentos del 1944 cuando se realizó una propuesta para la instalación de gasógeno en una ambulancia adscrita al servicio de bomberos de Barcelona, en su lugar y con el mismo presupuesto se optó por la adquisición de un gato hidráulico, un cargador de baterías y una máquina para serrar hierro, convirtiendo la ambulancia en un camión de servicios al que se instaló además un mecanismo de volquete (5;6)

Dos años más tarde se proponía la reconstrucción de un chasis de camioneta, con la finalidad de ser utilizada como ambulancia de dimensiones reducidas. El ingeniero lo justificaba alegando que las ambulancias, por ser todas ellas de caja ancha, no eran apropiadas para los Servicios que se tenían de realizar en las calles estrechas de la Ciudad, donde resultaba muy difícil de maniobrar.

Para solucionar esta deficiencia era conveniente que el parque móvil dispusiera de una ambulancia de dimensiones reducidas, de ahí su propuesta de adaptar un chasis con presupuesto ajustado pues en aquel momento disponían en el almacén de elementos procedentes del desguace de la camioneta propuesta. Tardaron 4 meses en aprobar la propuesta (7).

Pero la realidad era que las ambulancias del ayuntamiento no acababan de funcionar como nos explicaba nuestro informante Agustí Pech<sup>1</sup>:

“..., en aquel momento había tres ambulancias municipales, pero no funcionaban nunca, cuando no estaba estropeada una, era la otra que no funcionaba y cuando no, no tenían conductor, otras veces..., en fin una desgracia, tan bien montado como lo tienen ahora...”.

Mientras, en el cuerpo de bomberos de Barcelona se empezaba a engendrar lo que sería el servicio sanitario de los bomberos promovido por el médico que en aquel momento estaba trabajando allí, se llamaba Dr. Molino, así lo recuerdan,. Él sería el que iniciaría la formación a los bomberos que voluntariamente se ofrecieron para la realización de estas tareas, en un principio fue un grupo numeroso que empezaron a recibir clases de socorrismo, era una novedad en los bomberos y muchos lo hicieron pero en aquellos momentos “todos íbamos de trabajar a la calle como desesperados y no podíamos perder tiempo en que te fueran contando como realizar correctamente las maniobras de socorrismo” al final de la formación tan sólo 5 o 6 fueron los que estaban realmente interesados. Fue a este grupo a los que se les recomendó que se sacaran el título de practicantes, según explica nuestro informante:

“..., Entonces empezamos a realizar los primeros servicios como sanitarios en una ambulancia, creo que del año 1919, decían que la ruedas eran de neumáticos macizos, pero no, lo único que llevaba eran cuatro camillas y cuando llevabas más de un herido tenias que aguantar las camillas para que no tambaleasen de un lado a otro. Aquello no era un vehículo, era una ambulancia pero demasiado antigua y no tenia los elementos adecuados, pese a todos los inconvenientes se empezaron a realizar servicios y los hubo que fueron muy buenos...”

Los médicos que destinaban al servicio de bomberos, lo hacían de forma voluntaria, acostumbraban a ser médicos de los ambulatorios y como consecuencia no sabían como colocarse debajo de un camión para sacar a una persona que había sido atropellada, o como bajar al metro cuando una persona se había tirado a las vías, siempre llegaban primero los bomberos, pero tan solo daban asistencia sanitaria los que eran practicantes.

“si no había otra cosa, lo hacían los practicantes, era su trabajo, un trabajo, la mayoría de veces muy desagradable (...) porque generalmente eran muertos y por ello la única cosa que se podía hacer era sacarlos de debajo las ruedas y arrinconarlos para que el convoy volviera a pasar”

En situaciones de múltiples víctimas, como podía ser el derrumbamiento de un edificio, si solo había un practicante:

“...,la única cosa que se podía hacer era mirar de evacuarlos lo antes posible y en las mejores condiciones, pero tampoco había condiciones (...), y los que sufrieron las consecuencias eran los taxistas, porque se ponían los heridos en los taxis y éste los llevaba al hospital, los muertos quedaban recogidos en el lugar de los hechos y podía prestar más atención a las tareas que realizaban los bomberos”.

---

1 Agustí Pech fue practicante de los bomberos de Barcelona desde 1952 hasta que se jubiló, ahora está a cargo del Museo de los bomberos en el *Casal dels Jubilats*, situado en la calle de Villaroel 162, de Barcelona, lugar donde se realizó la entrevista el día 1 de octubre del 2012.

En estas situaciones, seguía explicando el mismo informante, Agustí Pech, lo que se hacía era asumir la responsabilidad asesorando a los compañeros de como debían actuar, con toda su extensa labor demostrarían la importancia de su trabajo y se consiguió la modificación de los camiones que cada vez serían mejores, hasta que:

“..., cambió radicalmente cuando empezaron a llegar las ATS que estaban en los servicios hospitalarios, eran chicas, la mayor parte con practicas de enfermería en hospitales pero no en traumatología i tampoco en politraumatismos, eso si, eran tituladas (...), el caso es que el servicio fue aumentando, fuimos más compañeros, también se añadieron más practicantes y entonces fue cuando el servicio sanitario quedó implementado”.

En los años 50, los bomberos de Barcelona ya se habían encargado de profesionalizar el sector y empezaron a trabajar con personal titulado. Algunos bomberos cursaron estudios de ATS y fueron los primeros en dar asistencia pre hospitalaria en España (8).

Hasta entonces el médico generalista o de cabecera era el que podía atender las urgencias, pues era capaz de llevar en su maletín, todo lo imprescindible para poder atenderlas. Posteriormente, con el desarrollo de la asistencia hospitalaria moderna, el médico generalista ya delegó al hospital esta tarea, pues era dónde se concentraban los especialistas y los recursos tecnológicos. Por éste motivo se instauró la evacuación inmediata al centro hospitalario más cercano, en detrimento de la asistencia en el lugar del siniestro o accidente. Ésta actitud se abandonaría rápidamente en la mayoría de los países, al no conseguir los resultados esperados. Así fue como a finales de los años sesenta se inició una nueva estrategia en la asistencia de las emergencias, una estrategia que iba dirigida a proporcionar una respuesta rápida dirigida a la atención en el mismo lugar dónde se producía el siniestro/emergencia, el traslado bajo asistencia cualificada y su ingreso en el hospital más idóneo, de acuerdo con la situación de la víctima y con las disponibilidades operativas de los hospitales de la zona (9).

En esta evolución intervinieron tres factores,

El primero fue el importante desarrollo científico y tecnológico conseguido en la última mitad del siglo XX, que permitió disponer de alternativas terapéuticas eficaces en multitud de situaciones de emergencia.

En segundo lugar el desarrollo de la medicina frente al paciente crítico que permitió, en las unidades de cuidados intensivos hospitalarios, constatar que la mortalidad y las secuelas de las situaciones críticas, no eran siempre consecuencia inevitable de los procesos que generaban. Además permitió un mejor conocimiento de la historia natural de los procesos críticos comprobando que del 50% al 60% de la mortalidad ocasionada por los accidentes o los infartos agudos de miocardio, se producían antes que el enfermo llegase al hospital. De forma que se trataban en los hospitales, solo los pacientes que habían tenido la suerte de sobrevivir, sin ayuda, durante las horas en que la mortalidad era mayor.

El tercer elemento de este cambio conceptual producido por las experiencias de la sanidad militar, dado que en los conflictos bélicos se había conseguido disminuir considerablemente la mortalidad de los heridos, con la estrategia de proporcionar un tratamiento inmediato, un transporte asistido y la asistencia hospitalaria precoz en centros especializados (9-11).

Del 1958 al 1966 se produjo un constante crecimiento de la ciudad, lo que comportó la aparición de nuevos dispensarios y la modernización o actualización de los ya existentes. La medicina asistencial de urgencias, se empezó a trabajar con un programa de actuación (1965-1968), una de las propuestas era el aumento de las ambulancias porqué estaban dotadas de emisoras y teléfonos receptores.

## CONCLUSIÓN

Gracias a pioneros como los que describe nuestro interlocutor y él mismo, es como la enfermería ha ido participando en servicios dónde nunca antes había estado, haciendo imprescindible su presencia.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Bombers de Barcelona, cuerpo de bomberos referente en sistemas de control de sus EPI's. Rescate Vial nº 27, 34-36. 2012. Publica, S.L.
- (2) Ayuntamiento de Barcelona. Bombers de Barcelona. Historia. Ayuntamiento de Barcelona 2015 [cited 2015 Apr 4];
- (3) Ajuntament de Barcelona. Programa de actuación Municipal 1967-1972. Estudios sobre hospitales y beneficencia nº 26, 5-25. 1967. Serra Forné.
- (4) Sabadell Mercadé J. Historial del cuerpo de bomberos de Barcelona 1379-1939. Barcelona: Ediciones Técnico Publicitarias; 1943.
- (5) Ayuntamiento de Barcelona. Instalación de un mecanismo volquete en el vehiculo marca Ford de 25 P (B71761). Ayuntamiento de Barcelona; 1944. Report No.: Legajo 465.
- (6) Ayuntamiento de Barcelona. Instalación de un gasógeno en el vehiculo marca Ford de 25 P (B71761). Ayuntamiento de Barcelona; 1944. Report No.: Legajo 466-A.
- (7) Ayuntamiento de Barcelona. Recosntrucción de un Chasis de camioneta Ford. Ayuntamiento de Barcelona; 1946. Report No.: Legajo 467.
- (8) López Picanyol X. Creación y evolución de los sistemas de traslado de pacientes. Rescate Vial , 20-22. 2014. Publica, S.L.
- (9) Carrasco Jiménez MS, De Paz Cruz JA. Tratado de emergencias médicas. Madrid: Arán ediciones; 2000.
- (10) Miralles González L, Rovira Gil E. Los sistemas de emergencias extrahospitalaria. Enfermería 21, enciclopedia.Madrid: 2010. p. 383-5.
- (11) Pacheco Rodríguez A, Alvarez García A, Hermoso Gadeo FE, Serrano Moraza A. Servicios de emergencia médica extrahospitalaria en España (I). Historia y fundamentos preliminares. Emergencias 10, 173-187. 1998.



# RESTAURAR LOS SABERES Y PRÁCTICAS DEL CUIDAR - CURAR: APROXIMACIÓN HISTÓRICA AL CASO HOSPITALARIO DE TARRAGONA

*Restore the knowledge of care-cure practices: historical  
approach to Tarragona's hospital case*

Josep Barceló Prats  
Virtudes Rodero Sánchez  
Carme Vives Relats

Departamento de Enfermería; Universitat Rovira i Virgili de Tarragona

**PALABRAS CLAVE:** Medicalización, gestión hospitalaria, enfermería.

**KEY WORDS:** Medicalization, managed care, nursing.

**RESUMEN:** El proceso de medicalización en el contexto europeo, como fenómeno históricamente definido que supuso la asunción de los discursos médicos y posteriormente científicos en la vida social y cultural de los hospitales, necesitó a partir de finales del siglo XVIII y principios del XIX de un personal auxiliar que sobreviniera a las necesidades temporales y espirituales de los enfermos. En el ámbito local tarraconense, al igual que en el resto del territorio catalán, estos cambios propiciaron la entrada de las órdenes religiosas en la gestión y control internos del hospital de Sant Pau i Santa Tecla.

**ABSTRACT:** The process of medicalization in the European context was a historical phenomenon that meant taking medical and scientists discourses in the social and cultural life of hospitals. This process needed from the late eighteenth and early nineteenth of an auxiliary staff who dispensed the temporal and spiritual needs of patients. In the Tarragona local level, as in the rest of Catalonia, these changes led to the entrance of the religious orders in the internal management and control of the Hospital de Sant Pau i Santa Tecla.



En el siglo XVIII, la estructura asistencial en Cataluña era ciertamente compleja, puesto que existían una multitud de hospitales locales, de obras pías y de cofradías. El debate sanitario de esta época, en consonancia con lo que sucedía en otros lugares de Europa, giró en torno a tres cuestiones principales: las políticas gubernativas de higiene y sanidad, hoy conocidas como salud pública; el problema de la legitimación de los profesionales a partir de las reformas de los sistemas educativos; y, en último término pero no por eso el menos importante, los procesos de especialización de los hospitales, haciendo la distinción entre, por un lado, enfermos y, por otro, expósitos o asilados, por razones sociales; y dentro de la categoría de enfermos, diferenciando entre los somáticos y los alienados. En este sentido, el crecimiento urbano (Cataluña triplicó su población en el siglo XVIII) junto con las repetidas crisis sociales del periodo dieron lugar, muy probablemente, a un incremento de las demandas de internamiento que influyeron, de forma definitiva, en el desarrollo de proyectos de reforma institucional que terminaron por afectar al sistema de financiación de los hospitales y, también, a su estructura asistencial.

En un periodo relativamente corto de tiempo, pues, la organización interna del hospital fue especializándose gradualmente. A nivel global, las razones de fondo de este proceso tuvieron que ver con los cambios sociales, políticos y económicos que supuso el nacimiento del estado moderno y, en concreto, con la progresiva sustitución de la noción de caridad individual por el concepto de filantropía colectiva, aunque tampoco hay que olvidar la metamorfosis técnica que sufrieron los hospitales producto de la implantación de las nuevas ideas médicas y de una práctica que, desde el siglo XVII, ya estaba en manos de los médicos y boticarios de carrera. Ya sea por éstas u otras causas, lo cierto es que dicha reorganización puso de relieve que la institución hospitalaria había dejado de ser, conceptualmente, aquel instrumento pasivo que se encargaba, sólo, de cuidar a los enfermos o de ser, simplemente, un lugar de cobijo para pobres y peregrinos. El cambio en la estructura organizativa, hacia un modelo mucho más complejo, hizo visible la transformación del hospital como un instrumento activo en la lucha contra la enfermedad. Este hecho originó que las instituciones, por primera vez, tuvieran la necesidad de redactar nuevas reglamentaciones, de orden interno, que ayudaran a delimitar las esferas competenciales existentes entre los diferentes niveles de la administración hospitalaria. En su conjunto, estos cambios terminaron por instaurar lo que hoy en día se conoce como hospital doméstico<sup>1</sup>. Cinco fueron los rasgos que definieron los ejes principales de este proceso. A saber:

«La implantación de un orden interno perfectamente reglamentado; la existencia de una temporalidad hospitalaria regulada; una medicalización de las prácticas; la aparición de la escritura como uno de los ejes de la vida hospitalaria; y, finalmente, una fuerte individualización de los casos internados».<sup>2</sup>

---

1 El concepto de hospital doméstico comprende aquella etapa intermedia de la historia hospitalaria que se sitúa entre el hospital como cobijo, definido en Europa durante el periodo bajomedieval, y el hospital diagnóstico y terapéutico, que se empezará a implementar a partir de comienzos del siglo XX. La etapa doméstica en los pequeños y medianos hospitales de toda Europa y de América septentrional, también en Tarragona, es básica como fase intermedia de un lento proceso de medicalización y de una paulatina implementación del hospital técnico; pero, también, porque en su seno, y mediante las congregaciones religiosas, se asumen los cambios en la estrategia de la Iglesia relativos a su presencia social en esta tipología de dispositivos asistenciales. Para saber más, véase: ROSENBERG, Ch. *The care of strangers: the rise of America's hospital system*. New York: Basic Books; 1987.

2 THALAMY A. *La médicalisation de l'hôpital*. En: FOUCAULT M. (comp.) *Les Machines à Guérir*. Aux Origines de l'Hôpital Moderne. Brussel-les: Atelier Pierre Madarga; 1979. p. 31-38.

A nivel cotidiano, estas premisas tuvieron su traducción en la determinación de las primeras ratios médico – paciente y practicante – paciente que, en definitiva, conformaron el primer vestigio de regulación que la administración tuvo que observar a la hora de contratar los profesionales. Al mismo tiempo, tampoco se debe menospreciar la significación que, sobre la dieta que debía seguir cada paciente y la ración que le correspondía, empezaron a estipular los reglamentos en materia alimentaria, dado que los alimentos tenían un gran protagonismo en la confección de los tratamientos.

En Tarragona, centrándonos ya en el objeto de esta comunicación, dicha etapa empezó a desarrollarse con claridad una vez finalizada la Guerra del Francés<sup>3</sup> (1808-1814). En momentos de gran carestía y miseria, los administradores del hospital de San Pablo y Santa Tecla necesitaban mano de obra barata para poder proporcionar los cuidados básicos a los asilados en la institución. La idea fue simple y se basó, aprovechando su considerable prestigio social, en introducir personal religioso en el hospital a fin de que éste se encargara de la asistencia a los enfermos y, de paso, asegurase una mayor eficiencia en la contención del gasto corriente de la institución:

«Las órdenes religiosas genuinamente femeninas las encontramos por primera vez en la Santa Cruz de Barcelona, en Sant Joan de Reus y en Santa María de Lleida, a finales del siglo XVIII. No se generalizaron hasta la segunda mitad del siglo XIX, y sustituyeron al hospitalero y a sus ayudantes en el cuidado directo y personal de enfermos y asilados. Las monjas entran en los hospitales por demandas directas de los ayuntamientos o de los patronatos de los hospitales a las autoridades eclesiásticas, para cubrir la asistencia de sus establecimientos».<sup>4</sup>

Las monjas, a través del contrato firmado entre la administración del hospital y los Superiores de su congregación, asumieron la gestión del día a día de la institución. Su forma de actuar determinaría un tipo gobierno ideológico del hospital que no fue, ni mucho menos, un tema a despreciar por parte de los administradores. La formalización de tal convenio, además de ser el punto de inflexión de una nueva estructuración y feminización del personal asistencial en base a una orden religiosa, tenía ventajas e inconvenientes. En el lado positivo de la balanza, la administración hospitalaria conseguía personal asistencial a un costo relativamente barato; sin embargo, en el lado negativo, significaba contratar a un tipo de personal asistencial sometido a directrices externas a la administración del propio hospital:

«La elección de congregaciones de monjas, o la fundación de institutos religiosos femeninos, que han sido muy frecuentes en Cataluña, creemos que obedece a razones económicas más que políticas o religiosas. Los reglamentos establecen la gratuidad de los servicios prestados a cambio de manutención y alojamiento, lo que parece tener una cierta lógica en un contexto donde el incremento de los costes del personal hubiera destruido el delicado edificio de la economía de estas instituciones. Aparentemente, y según los reformadores, los riesgos de esta opción venían de la sujeción de este personal a direcciones foráneas».<sup>5</sup>

3 La Guerra del Francés o de la Independencia, para los catalanes; la Campaña de España, para los franceses; la Guerra de la Independencia Española, para los españoles; o la Guerra Peninsular, para los portugueses y anglosajones, fue un conflicto bélico entre España y el Primer Imperio Francés que se inició, en 1808, con la entrada de las tropas napoleónicas; y que concluyó en 1814, con el regreso de Fernando VII de España en el poder. Para profundizar en las vicisitudes de esta guerra en Tarragona, véase: FUENTES M, QUIJADA JM, SÁNCHEZ N. *Memòria del setge i ocupació de Tarragona. La Guerra del Francès en els fons de l'Arxiu Històric Arxidiocesà de Tarragona (1808-1814)*. Barcelona: Rafael Dalmau. Col·lecció Camí Ral (34); 2012.

4 REVENTÓS J. *Els hospitals i la societat catalana*. Barcelona: Hacer; 1996. p. 120.

5 COMELLES JM, DAURA A, ARNAU M, MARTÍN E. *L'Hospital de Valls. Assaig sobre l'estructura i les transformacions de les institucions d'assistència*. Valls: Estudis Vallencs; 1991. p. 182.

Lo cierto es que, por lo que hace referencia al hospital de Tarragona, los administradores nunca dejaron que la Congregación se adueñara de la institución. En este sentido, y después de algunos rifirrafes, la administración del hospital cortó de raíz cualquier atisbo de apropiación del control de la institución por parte de terceros. Por este motivo, los administradores se encargaron de propiciar la fundación de una comunidad nueva, controlada por ellos mismos, pero con la misma filosofía asistencial y coste económico que la de las Hijas de la Caridad. Esta fue la solución que finalmente se acabó por imponer en Tarragona y, también, en algunos hospitales de Cataluña como el de la Santa Cruz de Barcelona. Con la adopción de esta estrategia, pues, la administración daba por cerrada una etapa de diez años en la que, las Hijas de la Caridad, fueron el símbolo más evidente de la evolución de la institución hacia el hospital doméstico. Parece ser, según la documentación conservada, que esta comunidad laica de señoras perduró de 1826 hasta 1895. Fue en esa fecha cuando, la administración del hospital, firmó un nuevo convenio con la Congregación de las Hermanas de la Consolación, en aquellos momentos, establecidas en Tortosa. Poco más se sabe sobre estas señoras laicas, aunque es lógico pensar que, dado el espíritu de estas integrantes, se reintegrasen dentro de la disciplina de la citada congregación tortosina.

De todos modos, las ordenanzas establecidas en 1826 estuvieron vigentes casi cien años, ya que no fue hasta el 21 de febrero de 1925, y aprovechando la publicación de un reglamento interior para el cuerpo médico del hospital, cuando el administración hospitalaria redactó un nuevo «Reglamento interior para el Servicio de las hermanas en el hospital de San Pablo y Santa Tecla de Tarragona». Por su interés histórico, veamos seguidamente las ordenanzas más importantes de las 22 que conformaban dicho reglamento de 1925:

«Las Hermanas tendrán muy presente que su fin es la gloria de Dios y la satisfacción de la propia alma en el ejercicio de la caridad para con los enfermos. (...) A todos trataran con respeto y caridad amable, nunca con franqueza, no teniendo más relación que la que el cumplimiento del cargo impone, a no ser, en caso extraordinario y habiéndose obtenido autorización de la Superioridad. (...) Estarán dispuestas para acompañar a los médicos en su visita a los enfermos, momentos antes de la hora señalada, teniendo preparadas todas las cosas que sean necesarias. Cuando la visita se efectúe en horas extraordinarias, deberán acudir al ser llamadas. (...) Cuidarán de los enfermos con toda escrupulosidad que requiere el servicio de Jesucristo por quien lo hacen, lo mismo al darle los alimentos que las medicinas, pero no se detendrán en cada enfermo más tiempo del que sea necesario. (...) Ninguna Hermana se pasará a hablar con enfermos que no hubiese sido designados, si para ello no cuenta antes con el permiso de la Superiora; y aún entonces lo hará con brevedad y circunspección, inspirándose siempre en el espíritu de Cristo. (...) Las Hermanas cuidarán de que los enfermos no pasen de una sala a otra, ni de un reservado a otro sin la debida autorización. Tampoco les permitirán pasear por el corredor de la fachada o asomarse a los balcones o ventanas. (...) Cuando un enfermo haya de ser intervenido en la Sala de operaciones, la Hermana encargada de su asistencia cuidará de que, antes de salir de la sala o habitación, se cambie la ropa interior y que sean acomodadas al género e intervención que se le haya de practicar. (...) En el trato con los enfermos recordarán las Hermanas que su fin no solo es curarlos sino santificarlos. Al propio tiempo que procurar se eduquen, teniendo presente que le éxito de su misión está en el buen ejemplo más que en las palabras, por consiguiente no pretenderán convencerlos con largas pláticas sino en fuerza de su abnegación y sacrificio. (...) Serán amables con los familiares que visitan de la Casa, en testimonio de gratitud, pero no les concedan más que el tiempo indispensable para cumplir con la atención debida: el tiempo para los enfermos, no debe emplearse en

complacer a los sanos. (...) Siendo la caridad la forma más perfecta de educación, procurarán que su trato sea lo más delicado y exquisito que se pueda, si que degeneren en afectación o se manifieste en demostraciones de afecto y expansión impropias de una religiosa. No pierdan de vista la obligación de economizar el tiempo, con lo cual merecerán delante de Dios y darán un alto ejemplo de virtud. (...) Las Hermanas darán cuenta a la Superiora de cuanto ocurra en sus departamentos, y de manera especial lo harán las de vela y vigilancia, las cuales diariamente le entregaran una nota firmada, en la que conste si durante su servicio, alguien ha entrado en el Hospital, hora en que lo haya verificado y con qué objeto. (...) Las Hermanas de vela cuidarán, no solo de dar alimentos y medicinas a las horas señaladas, sino que tendrán especial vigilancia de los enfermos graves, por si necesitaren su asistencia».<sup>6</sup>

A pesar de que entre el reglamento de 1826 y este 1925 hay casi una centuria de diferencia, no hace falta ser muy observador para encontrar las continuidades entre uno y otro. A fin de cuentas, y más allá de las diferencias en los cuidados que el personal asistencial debía dispensar a los enfermos producto de la lógica evolución de la práctica médica hospitalaria, los dos supuestos básicos, sobre los que se continuaban estructurando ambas reglamentaciones, seguían siendo el espíritu religioso y caritativo de la asistencia y, sobre todo, la sumisión de este personal, en todos aquellos actos correspondientes al ámbito terrenal o temporal, a las órdenes y designios de los administradores:

Para concluir y a modo de síntesis, hay que destacar como la consolidación del modelo de hospital doméstico, en Tarragona, tuvo uno de sus puntos álgidos con la elección de la congregación de las Hijas de la Caridad, en 1816, poco tiempo después de la finalización de la Guerra de la Independencia y en pleno proceso de reorganización del hospital tarraconense, para que éstas religiosas asumieran la gestión del día a día de la institución. Esta decisión, que ya había sido objeto de debate en otros hospitales de Cataluña, a finales del siglo XVIII y principios del XIX, se adoptó por motivos básicamente económicos. El reglamento establecía la gratuidad de los servicios prestados por las Hermanas, a cambio de la manutención y el alojamiento de las mismas, y ello, en un contexto de aumento del gasto corriente, se convertía en una oportunidad única e inmejorable para hacer más llevadera la delicada situación económica de la institución. Sin embargo, la adopción de esta resolución implicaba también la asunción de ciertos riesgos. El más temido de ellos fue, sin duda alguna, la sujeción que las religiosas tenían respecto la dirección de su congregación. Precisamente, éste fue el motivo de que, finalmente, provocó la expulsión definitiva, el año 1826, de las Paúlas del hospital tarraconense, convirtiéndose en un episodio clave y ejemplar de las luchas por el control de la institución. Sin embargo, esta rescisión del convenio con la comunidad religiosa de San Vicente de Paul no supuso, ni mucho menos, un cambio del modelo asistencial. Rápidamente, la administración llegó a un acuerdo con seis mujeres, la mayor parte de ellas antiguas religiosas, que con el mismo espíritu asistencial y las mismas condiciones económicas se encargaron de prestar, a partir de aquellos momentos, los servicios en el hospital. Es, sin duda, esta preeminencia del personal femenino en la gestión, ya fuera religioso o laico, lo que evidencia con mayor claridad la etapa doméstica en el hospital de Sant Pau y Santa Tecla de Tarragona, ya que su organización se aproximaba a la de una familia, en la que las monjas o señoras oficiaban de madres o hijas mayores de los enfermos. Esta etapa doméstica fue, por tanto, un periodo de apertura de los hospitales al

---

<sup>6</sup> La totalidad del reglamento se puede consultar en el Archivo Histórico del Hospital de Sant Pau i Santa Tecla: *Reglamento interior del cuerpo médico del hospital de San Pablo y Santa Tecla de Tarragona*. Caja: 45, núm. 2186.

conjunto de la población ya que, paulatinamente, se fue sustituyendo la noción de institución asilar por la de un establecimiento con un ambiente más familiar. En definitiva, este hecho se convirtió en la antesala para que la institución acabara siendo, con la incorporación de la tecnología médica, el espacio médico por excelencia que desembocó, finalmente, en la aparición del hospital diagnóstico y terapéutico hegemónico de nuestros días.

## BIBLIOGRAFÍA

- ADSERÀ, Josep. *Monografías sobre el pasado y presente de nuestro hospital*. Tarragona: Hospital de San Pablo y Santa Tecla; 1971.
- ADSERÀ, Josep. *Història moderna de l'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla (1939-1990)*. Tarragona: Col·lecció Hospital de Sant Pau i Santa Tecla, (6); 2000.
- ARRIZABALAGA J, HUGUET T, SÁNCHEZ M, VERDÉS P. (eds.) *Ciudad y hospital en el Occidente europeo (1300-1700)*. Lleida: Milenio; 2013.
- BARCELÓ, Josep. *Poder local, govern i assistència pública: el cas de Tarragona*. [Tesi] Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2014.
- COMELLES JM, DAURA A, ARNAU M, MARTÍN E. *L'Hospital de Valls. Assaig sobre l'estructura i les transformacions de les institucions d'assistència*. Valls: Estudis Vallencs; 1991.
- DANÓN J. *Visió històrica de l'Hospital General de Santa Creu de Barcelona*. Barcelona: Fundació Salvador Vives Casajuana; 1978.
- FOCAULT, Michael. «Incorporación del hospital a la tecnología moderna». En: *La vida de los hombres infames*. Madrid, Ediciones la Piqueta; 1990.
- FUENTES M, QUIJADA JM, SÁNCHEZ N. *Memòria del setge i ocupació de Tarragona. La Guerra del Francès en els fons de l'Arxiu Històric Arxidiocesà de Tarragona (1808-1814)*. Barcelona: Rafael Dalmau. Col·lecció Camí Real (34); 2012.
- HENDERSON J, HORDEN P, PASTORE A. «Introduction. The world of the hospital: comparisons and continuities». En: ÍDEM (eds.) *The impact of hospitals, 300-2000*. Berna: Peter Lang; 2007. p. 15-56.
- MARTÍN, Eduardo; COMELLES, Josep M.; ARNAU Marina. «El proceso de medicalización de los hospitales catalanes: el caso del Pío Hospital de Valls». *Dynamis* (Madrid) 1993; (13), pp. 201-234.
- MIQUEL, José M.; SÁNCHEZ, José. *Los hospitales de Tarragona*. Tarragona: Diputació de Tarragona; 1959.
- REVENTÓS J. *Els hospitals i la societat catalana*. Barcelona: Hacer; 1996.
- RISSE GB. *Mending bodies, saving souls: a history of hospitals*. Oxford: University Press.; 1999.
- ROSENBERG, Ch. *The care of strangers: the rise of America's hospital system*. New York: Basic Books; 1987.
- THALAMY A. «La médicalisation de l'hôpital». En: FOUCAULT M. (comp.) *Les Machines à Guérir. Aux Origines de l'Hôpital Moderne*. Brussel·les: Atelier Pierre Madarga; 1979. p. 31-38.
- ZARZOSO, Alfons (2003) *La pràctica mèdica a la Catalunya del segle XVIII*, Barcelona, Universitat Pompeu Fabra.

## LA PRÁCTICA LABORAL ENFERMERA EN EL ALICANTE FRANQUISTA

### *Nurse work practice in Franco regime in Alicante*

Alfredo González-Floresa

Universidad de Alicante, España

María Eugenia Galiana-Sánchez

Universidad de Alicante, España

Josep Bernabeu-Mestrec

Universidad de Alicante, España

**PALABRAS CLAVE:** Historia de la Enfermería, franquismo, historia oral, actividad enfermera.

**KEY WORDS:** Nursing history, Franco's regime, oral history, nursing activity.

**RESUMEN:** El franquismo supuso un freno en el desarrollo de la enfermería española, dando lugar a un proceso de desinstitucionalización que generó una crisis disciplinar y profesional. El estudio pretende analizar la actividad y el proceso de profesionalización de la enfermería alicantina durante este periodo. Mediante el uso de la Historia Oral, se pudo recoger los testimonios de cuatro enfermeras y dos practicantes que trabajaron durante el franquismo. En el presente trabajo nos centramos en la práctica laboral enfermera, recogiendo las distintas funciones que desempeñaron, las formas de trabajo y organización; así como la influencia del género en la evolución profesional, además de visualizar motivaciones y expectativas de los propios protagonistas, sus luchas por adquirir determinados derechos sustraídos, sus dificultades y frustraciones.

**ABSTRACT:** The early Franco's regime was a brake on the development of Spanish nursing, leading to a process of deinstitutionalization that generated a disciplinary and professional crisis. The study aims to analyze the activity and the process of professionalization of Alicante's nursing during this period. Using the oral history, it's was possible to collect the testimonies of four nurses and two "practitioners" who worked during the Franco's regime. In the present study we focus on nursing work practice, collecting the different roles performed, forms of works and their organization, as well as the gender influence in their professional development, and also in visualizing their motivations and expectations, their struggles to acquire certain rights stolen from them, their difficulties and frustrations.

## INTRODUCCIÓN

El período de la posguerra y del primer franquismo se caracterizó por una gran proliferación de las figuras profesionales relacionadas con la enfermería, dando lugar a una marcada dispersión profesional<sup>1</sup>. Finalmente, en 1953 con la creación del Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.) se fusionaron todos los profesionales de la enfermería en una sola titulación. Sin embargo las enfermeras no se sentían identificadas con ésta nomenclatura, ya que suponía una hegemonía en la atención a la enfermedad desde medios hospitalarios y reforzaba el carácter técnico y auxiliar de la medicina que había representado la figura del practicante, sin olvidar el agravamiento que supuso en el retroceso que estaba experimentando la enfermería en el ámbito de la salud pública<sup>2</sup>. Con todo, pese a la aparente agrupación profesional, existió una segregación por sexos al distinguir entre las secciones del Colegio Oficial de Auxiliares Sanitarios de A.T.S. masculinos y practicantes, y la de A.T.S. femenino y enfermeras<sup>3</sup>.

Para poder profundizar en el análisis del proceso de profesionalización que experimentó la enfermería alicantina durante el franquismo, desde el año 2013 estamos desarrollando una línea de investigación donde a través de la historia oral recogemos el testimonio de los propios profesionales que trabajaron durante el franquismo, sin olvidar la incorporación de la variable del género al análisis. El objetivo es crear un archivo de la memoria de la actividad enfermera para contribuir a la recuperación del patrimonio documental de la enfermería alicantina.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo. La metodología sigue el modelo de la historia oral que es «un procedimiento establecido para la construcción de nuevas fuentes para la investigación histórica, basándose en testimonios orales recogidos sistemáticamente a través de entrevistas»<sup>4</sup>. Para la selección de la muestra se contactó con el Colegio Oficial de Enfermería de Alicante, autorizándonos para acceder a su registro de expedientes colegiales. Se encontraron un total de 31 expedientes de profesionales que trabajaron durante el periodo del estudio. A continuación se realizó un muestreo teórico o con propósito, en función a la riqueza de información que los participantes pudieran ofrecer en relación a los objetivos del estudio<sup>5</sup>. En primer lugar se seleccionaron a las mujeres, debido a que la gama sobre el tipo de formación era mayor y por tanto disponían de un campo de trabajo más amplio. En segundo lugar, se eligieron a las personas de mayor edad debido al riesgo de pérdida de la fuente. Finalmente pudimos ponernos en contacto con 25 de ellos, 13 mujeres y 12 hombres; de los cuales sólo accedieron a participar 3 mujeres y 2 hombres. Por otro lado, pudimos contactar con una cuarta mujer empleando la técnica de bola de nieve a través de amigos y conocidos.

Las entrevistas se realizaron durante 2013 y 2014. Se siguió un guión donde se agrupaban y ordenaban globalmente las preguntas en secciones, en base a las variables del estudio: la motivación por la cual decidieron formarse en la profesión, la práctica laboral, el asociacionismo, la gestión del conocimiento y el contexto de su vida profesional. A pesar de ello, el formato de la entrevista fue flexible, promoviendo la conversación con tal de conocer las percepciones y experiencias de los entrevistados de forma natural y libre. El lugar de las entrevistas han sido tanto los propios domicilios de los entrevistados, como el salón de juntas del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante; quedando esta opción a cargo de la persona entrevistada. Las entrevistas se grabaron con videocámara y grabadora de voz, tras pedir el consentimiento informado previamente. La entrevista más corta fue de 50 minutos y la más larga de cuatro horas, repartida en tres días. Las entrevistas se conservan en varias copias en soporte digital y posteriormente se realizó la transcripción de las mismas para su análisis.

## RESULTADOS Y ANALISIS DESCRIPTIVO DE LA PRÁCTICA LABORAL DE LAS ENFERMERAS Y A.T.S. FEMENINAS

Iniciales (nacimiento)	Formación (Lugar)	Práctica laboral
NB (1924, Alicante)	1943. Enfermera (Valencia). 1944. Instructora sanitaria. (Esc. Nacional de Sanidad, Madrid).	1944. Instructora sanitaria del barrio de Villafranqueza, Alicante.
NT (1928, Játiva)	1951. A.T.S. (Fac. de Medicina, Valencia). 1960. Matrona (Esc. Santa Cristina, Madrid.).	1956-60. Sustituciones: Dispensario de Antituberculosos y ambulatorio 18 de Julio, Alicante (enfermera). 1961-62. Casa de Socorro y Ayto. de Alicante (matrona). 1962- jubilación: Residencia 20 de Noviembre, Alicante (matrona). *1971-75 excedencia: trabaja en Barcelona y Játiva.
MM (1929, País vasco)	1949. Dama Auxiliar de Sanidad Militar (Melilla). 1953. A.T.S. (Fac. Medicina, Cádiz).	1956-59. Trabaja en Melilla de enfermera. 1976-1996. Ambulatorio de Alicante.
ML (1931, Alicante)	1960. A.T.S. (Esc. de las Javerianas, Alicante) 1961. Matrona (Esc. Santa Cristina, Madrid).	1961 – 1996. Primeros años en domicilios y últimos años en consultas del ambulatorio de la calle Gerona, Alicante.

Tabla 1. Enfermeras y A.T.S. femeninas entrevistadas: nacimiento, formación y práctica laboral. Fuente: Elaboración propia.

La vida laboral se ha analizado de forma individual siguiendo un criterio cronológico, pudiendo contemplar de forma general como la mayoría empezaron a trabajar rápidamente, salvo en el caso de NT que debido a que estaba casada no pudo hacerlo, este hecho se repite en otras informantes, ya que la prohibición de trabajar en el caso de las mujeres que estuviesen casadas duró hasta su suspensión en 1959. Esta circunstancia marcó una desigualdad de género que propició un freno en el desarrollo de la profesión enfermera. A ello hay que sumarle la discriminación salarial respecto a los hombres, al señalar que cobraban muy poco y en ocasiones con muchas dificultades (NT).

Se observa mayor autonomía profesional cuando el ejercicio de su actividad tenía lugar en los domicilios de la población, destacando el caso de NB como instructora sanitaria, donde además realizaba programas de educación y promoción de la salud, basado en medidas de higiene. Resulta interesante comprobar la historia laboral de ML donde se aprecia un claro retroceso en la autonomía con su paso a las consultas de la calle Gerona, tras prohibir la asistencia a partos en domicilios.

Respecto a la relación con el resto de profesionales, alguna de ellas tuvo algún problema con los médicos debido a que no recibían por parte de ellos un buen trato: “*haciéndoles de menos*”, sobre todo con aquellas que no tenían una actitud de ayudantes del médico (NB). También manifestaron tener problemas con los practicantes debido a que ejercían las mismas competencias, y por tanto estos las consideraban una amenaza hacía su trabajo.



## RESULTADOS Y ANALISIS DESCRIPTIVO DE LA PRÁCTICA LABORAL DE LOS PRACTICANTES Y A.T.S. MASCULINOS

Iniciales (nacimiento)	Formación	Práctica laboral
PR (1924, Elche)	1946. Practicante (Fac. Medicina, Valencia)	1946-50. Sustituciones / trabajo particular. 1950-85. Trabaja en la sala de ORL del Hospital Provincial de Alicante + consulta privada. 1985-94. Supervisor de varios servicios.
FG (1933, Monóvar)	1951 Practicante (Fac. Medicina Valencia)	1956-57. A.P.D. en Monóvar. 1971- jubilación. Radiología del Ambulatorio de Elda (supervisor de Radiología de la Residencia de Alicante durante año y medio)

Tabla 2. Practicantes y A.T.S masculinos entrevistados: nacimiento, formación y práctica laboral. Fuente: Elaboración propia.

Ambos empiezan a trabajar al poco de sacarse el título, pese a que destacan las dificultades de obtener plaza por las pocas oposiciones que se celebraban. En el caso de FG, al ser su padre el practicante del pueblo le abrió rápidamente las puertas para encontrar trabajo de forma particular ya que le proporcionaba clientes. Además poco a poco mediante sustituciones a su padre y al otro practicante de Atención Pública Domiciliaria (A.P.D.) del pueblo no le resultó muy difícil encontrar trabajo estable hasta finalmente obtener la plaza. En el caso de PR el trabajo era más escaso y siendo principalmente de carácter particular entre vecinos y conocidos; su meta fue obtener plaza mediante oposición. Sus trayectorias profesionales son distintas: PR desempeña su actividad mayoritariamente en el medio hospitalario y principalmente en el ámbito quirúrgico. Por otro lado, FG comienza su actividad en el medio rural, siendo el único practicante del pueblo, donde tenía gran carga de trabajo y no le satisfacía especialmente. Finalmente, pudo incorporarse a servicios de radiología en distintos centros hospitalarios, haciéndose un gran especialista y siendo un trabajo que le gustaba. Ambos recalcan la gran carga de trabajo que tenían y las horas de dedicación al mismo, echando en falta más tiempo para estar con su familia.

Complementaban el trabajo en la sanidad pública con su actividad en el sector privado. En el caso de PR en la consulta del médico con quien trabaja en la pública, y FG en una consulta propia donde principalmente está enfocada a desarrollar su trabajo como podólogo. Los dos entrevistados tuvieron puestos de responsabilidad, en calidad de supervisores de enfermería en algún momento de su carrera profesional. Respecto al sueldo, indican que era escaso, pero que unido su trabajo como particular no estaba mal. Para FG su cambio a radiología supuso un menor sueldo, sin embargo se sentía más realizado consigo mismo. Con respecto a sus compañeras mujeres, FG relata el momento en el que fue asignado para trabajar en un laboratorio donde todo el personal era femenino y como se negaron a que entrara un hombre, finalmente fue ubicado en radiología. Además, coinciden en la pérdida de funciones que se produjo con el paso de practicante a A.T.S., principalmente hacen alusión a la pérdida de técnicas. Se sienten orgullosos de ser practicantes, aunque, personalmente ambos indican que aceptaron el cambio cuando se produjo. Por otro lado, había compañeros suyos que no lo llevaron bien.

## CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN DE LA PRÁCTICA LABORAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL GÉNERO

Tanto hombres como mujeres comenzaron a trabajar rápidamente tras obtener el título y lo hicieron durante toda su vida. Sin embargo, el hecho de que la normativa laboral franquista impidiese a las mujeres trabajar estando casadas afectó a la vida laboral de las entrevistadas, quienes se vieron forzadas a dejar su trabajo (MM, NT, NB). Todo ello sin olvidar las obligaciones que comportaba la crianza de sus hijos y la necesidad de tener que renunciar a su trabajo (ML).

Entre los entrevistados se han podido encontrar profesionales que trabajaron tanto en el área hospitalaria como en el medio rural o en la atención domiciliaria, incluso en ambas durante su vida laboral. Respecto al género, se observa que las mujeres veían su trabajo en los domicilios como un ejercicio de mayor autonomía, sobre todo en el caso de la instructora sanitaria, NB quien realizaba, como se ha indicado, programas de educación y promoción de la salud basados en medidas de higiene. Un claro ejemplo de la autonomía de las mujeres en su atención domiciliaria se observa en el caso de las matronas, quienes comienzan su trabajo en el seguimiento del embarazo y atención al parto en las casas. Sin embargo, tras la prohibición de la asistencia a partos en domicilios se ven obligadas a trabajar en las consultas de especialidades y hospitales, apreciándose un claro retroceso en la autonomía como profesionales sanitarias. Los hombres sin embargo, limitaban su trabajo en la comunidad a la realización de técnicas básicas como administración de inyectables y medicación prescrita por el médico. Por este motivo, obtienen mayor autoestima profesional en el área hospitalaria, debido a la realización de técnicas y prácticas complejas que allí llevaban a cabo. Por otro lado, la relación con el médico y la visión que éste colectivo tenía de la enfermería coincide en todos los testimonios. Tanto hombres como mujeres refieren haber tenido problemas con los médicos durante su práctica laboral y enfrentamientos en alguna ocasión. Coinciden en el trato de superioridad con el que se dirigían a la enfermería, lo que se convertía en un freno para el desarrollo de la disciplina y limitaba su autonomía profesional. Por último, en relación al poder que las religiosas ostentaban en los hospitales, era más visible con las mujeres. Se entrometían directamente en el trabajo de ellas, a diferencia de los hombres. Las distintas figuras sanitarias que existían en relación a los cuidados de enfermería y su vinculación al género, daba lugar a conflictos entre hombres y mujeres<sup>6</sup>. En el caso de ellas, indican que eran vistas por los hombres como una amenaza a su trabajo. Sin embargo también se aprecia un rechazo por parte de las mujeres tal como relata FG. Pese a que las funciones eran las mismas o muy parecidas, la vinculación del sexo con algunas de las actividades profesionales relacionadas con la enfermería hacía que existiesen conflictos de género y una falta de identidad de colectivo que se vio aumentada con la agrupación de todos en ellos en el título de A.T.S. Mientras que los practicantes sentían una pérdida de sus funciones, menor número de técnicas; para las enfermeras se recalca la labor técnica y de auxiliar del médico que comportaba la nueva titulación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bernabeu J, Galiana ME, García MP. Enfermeras para una nueva patria: Género e ideología en la enfermería de Falange. En: González C, Martínez F (Eds.) *La transformación de la enfermería: Nuevas miradas para la historia*. Granada: Comares; 2010: 203-218.
2. Bernabeu J, Gascón E. *Historia de la enfermería de Salud Pública en España (1860-1977)*. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante; 1999.
3. Hernández F. *Historia de la enfermería en España: Desde la antigüedad hasta nuestros días*. Madrid: Síntesis; 1996.

4. Benadiba L. Historia oral: Fundamentos metodológicos para construir el pasado desde la diversidad. Argentina: Editorial Sur Americana; 2010.
5. Strauss AL. Qualitative analysis for social scientists. Cambridge University Press; 1987.
6. Bernabeu-Mestre J, Carrillo-García C, Galiana-Sánchez M.E, García-Paramio P, Trescastro-López, E. Género y profesión en la evolución histórica de la Enfermería Comunitaria en España. *Enfermería Clínica* 2013;23(6):284-289.

# MARJORY WARREN. PIONERA EN LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

## *Warren Marjory: Pioneer in Geriatric and Gerontological Nursing*

Marco Marco, Belén

Residencia Santa Ana (Terán de Cabuérniga, Cantabria, España)

**PALABRAS CLAVE:** enfermería geriátrica, historia de la enfermería, cuidados.

**KEY WORDS:** geriatric nursing, history of nursing, care.

**RESUMEN COMUNICACIÓN ORAL:** El motivo por el que decidí elaborar dicho trabajo es porque me dedico a ello desde hace unos años y estudié en el experto de geriatría algunas funciones de dicha médico. Quiero transmitir los orígenes de la enfermería geriátrica y gerontológica y hacer una reflexión sobre el cuidado hacia las personas mayores; que no por el mero hecho de ser mayores y estar cerca de la muerte se merecen menos atención... "Todo por ellos, pero nada en su lugar".

**ORAL PRESENTATION SUMMARY:** The reason I decided to prepare this work is because I am dedicated to this discipline for several years and I studied a few tasks of this doctor in my Expert in Geriatrics Course. I want to convey the Geriatric and Gerontological Nursing origins and reflect on the care of elderly people. Not by the mere fact of being elderly and being near death, they deserve less attention... "All for them, but nothing in their place"

## IMÁGENES



## BIBLIOGRAFÍA (medline, Cochrane, Gerokomos y British Geriatrics Society)

1. John E. Morley, A Brief History of Geriatrics; *Journal of the American Geriatrics Society* [1984, 32(4):253-258].
2. Dr Alan Barton, Department of Elderly Medicine, Great George Street, Leeds General Infirmary, Leeds LS1 3EX, UK; A Barton, G Mulley; History of the development of geriatric medicine in the UK; *Postgrad Med J* 2003;79:229-234 doi:10.1136/pmj.79.930.229.
3. R. W. D. Turner; A Physician's Viewpoint of Thoracic Surgery; *Ulster Med J.* 1949 May; 18(1): 24-30, 31-36, 37.
4. Viral A Sagar<sup>1</sup>, Edward J Davies<sup>2</sup>, Simon Briscoe<sup>3</sup>, Andrew J S Coats<sup>4</sup>, Hasnain M Dalal<sup>5</sup>, Fiona Lough<sup>6</sup>, Kare Rees<sup>7</sup>, Sally Singh<sup>8</sup> and Rod S Taylor<sup>9</sup>; Exercise-based rehabilitation for heart failure: systematic review and meta-analysis; *Open Heart* 2015;2: doi:10.1136/openhrt-2014-000163.
5. JOHN C BROCKLEHURST; Geriatric medicine in Britain—the growth of a speciality; *Age and Ageing* 1997; 26-S4: 5-8.
6. Evans LK<sup>1</sup>, Yurkow J, Siegler EL; The CARE Program: a nurse-managed collaborative outpatient program to improve function of frail older people. *Collaborative Assessment and Rehabilitation for Elders.*; *J Am Geriatr Soc.* 1995 Oct;43(10):1155-60.
7. Evans LK<sup>1</sup>, Yurkow J, Siegler EL; The CARE Program: a nurse-managed collaborative outpatient program to improve function of frail older people. *Collaborative Assessment and Rehabilitation for Elders*; *J Am Geriatr Soc.* 1995 Oct;43(10):1155-60.
8. Pomeroy VM<sup>1</sup>, Warren CM, Honeycombe C, Briggs RS, Wilkinson DG, Pickering RM, Steiner A; Mobility and dementia: is physiotherapy treatment during respite care effective?; *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999 May;14(5):389-97.. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999 May;14(5):389-97.

# LOS FISIOTERAPEUTAS COMO ESPECIALIDAD DEL ATS EN LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA (1960-1981)

## *Physiotherapists as ATS speciality at the Universidad de Zaragoza*

Vicenta Gómara Jiménez

Hospital Reina Sofía de Tudela (Navarra)

Concha Germán Bes

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza

**PALABRAS CLAVE:** Fisioterapia, Especialidad, Universidad de Zaragoza.

**KEY WORDS:** Physical Therapy Specialty, University of Zaragoza.

### **RESUMEN:**

Objetivo: Determinar las características del alumnado que cursó la especialidad de Fisioterapia en la Universidad de Zaragoza (1960-1981). Fuentes: Archivo Universitario de la Universidad de Zaragoza y "fuentes orales". Metodología: Revisión de los datos disociados relativos a las fichas de Registro de Identidad Escolar. Resultados: 233 alumnos cursaron la especialidad, siendo en 1979 cuando más la iniciaran (26). Tres cuartas partes fueron mujeres y Zaragoza fue la provincia de la que más alumnos acudieron. Conclusiones: Con la información obtenida podemos tener una primera aproximación a la figura del ATS-Fisioterapeuta, considerando éste como el antecesor más próximo al fisioterapeuta actual.

### **ABSTRACT:**

Objective: determine the characteristics of the students who studied the Physical Therapy Specialty at the University of Zaragoza (1960-1981). Sources: University of Zaragoza's Archive and "oral sources". Method: we have revised the data dissociated from the Identity Registration School cards. Results: 233 students studied Physical Therapy Specialty, being in 1979 when more students started the speciality at hand, precisely 26. Three-quarters were women and most students attended from Zaragoza. Conclusions: this is a first realistic approach to the figure of the ATS-Physiotherapist, considering this as the closest predecessor to the current physiotherapist.

Esta comunicación tiene como objetivo esbozar algunos de los aspectos del perfil académico de los Fisioterapeutas-ATS de la Universidad de Zaragoza desde 1960 hasta 1981 -último año del que se han encontrado referencias de inicio de la especialidad-, así como describir las características de la especialidad en cuanto a profesorado, asignaturas, aulas, material para las prácticas, vestuario,...

A propósito de las fuentes para el análisis, hemos revisado los datos disociados<sup>1</sup> de la documentación relativa a las fichas de Registro de Identidad Escolar de los alumnos que cursaron la especialidad, localizados en el Archivo Universitario Central del Rectorado de la Universidad de Zaragoza. Además de disposiciones legales y "fuentes orales" de profesionales que estudiaron en la época, concretamente hemos contado con un sujeto que estudió la especialidad durante 1972/74. Este compañero de profesión ya jubilado, ha compartido su vida profesional entre la práctica asistencial y la enseñanza de la Fisioterapia en la Universidad.

Tras cuatro años de la unificación de practicantes, enfermeras y matronas en el título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), con el Real Decreto del 26 de Julio de 1957 (BOE del 23 de agosto de 1957) se creó la Especialidad de Fisioterapia, la primera oficial para el ATS, que supuso un giro importante para la Fisioterapia en España, pues fue, como apunta Raposo Vidal, la «primera figura institucionalizada a la cual se le reconocía la aplicación del tratamiento fisioterapéutico» (1), conocimientos y práctica hasta entonces en manos de los practicantes en España. Este decreto surgió en una España que pretendía implantar un nuevo modelo político y económico, dirigido a lograr un mayor desarrollo industrial; modelo que obligó a revisar la organización y métodos de enseñanza con el fin de conseguir técnicos que se pudieran incorporar a sus puestos de trabajo con la mayor brevedad posible, tal y como se recogía en el preámbulo de la Ley de Enseñanzas Técnicas de 20 de julio de 1957. Imperiosa necesidad formativa que surgió en el ámbito sanitario en España como consecuencia de la creación de la Seguridad Social obligatoria que llevó consigo un amplio crecimiento de los hospitales, construyéndose al menos uno de la Seguridad Social en cada capital de provincia. "Boom hospitalario" que precisó de más profesionales sanitarios y por ende, de nuevas escuelas para su formación (2). Una España que a su vez fue invadida por la epidemia de la poliomielitis, que propició la formación de un equipo de profesionales que se dedicaran a su tratamiento dentro de los cuales estaría incluido el fisioterapeuta (3). Una España que vivirá uno de los mayores crecimientos económicos de su historia como consecuencia del fin del aislamiento político de la etapa franquista, el turismo masivo (4), el aumento exponencial de la población (5,6,7) y la emigración interior (5) y exterior. Posteriormente a la creación de la Especialidad, la Orden Ministerial del 7 de octubre de 1957 (BOE del 25 de noviembre de 1957) aprobó el programa de estudios para las enseñanzas de dicha especialidad propuesto por la Comisión Central de Estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios, además de autorizarse también su impartición en distintas Escuelas en España. En este contexto, se autorizó -bajo la Orden de 2 de diciembre de 1959 (BOE del 21 de enero de 1960)- la creación de la especialidad de «Fisioterapia» en la Escuela de ATS femeninos y en la Escuela de ATS masculinos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza -quinta escuela de España y primera fuera de Madrid (1,8)-, objeto de nuestro estudio.

## ANÁLISIS DEL ALUMNADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA

Hemos podido obtener los datos básicos de 233 alumnos que cursaron la especialidad de Fisioterapia en Zaragoza, siendo en 1979 cuando más alumnos se matricularon, concretamente 26.

---

<sup>1</sup> Debido a causas ajenas a nuestra voluntad, no hemos tenido acceso al archivo completo de los registros, por ello hablamos de datos disociados.

Analizando los datos por sexo, tres cuartas partes fueron mujeres, esto se explica ya que el ATS era un cuerpo de profesionales constituido en su mayoría por mujeres (80-85%) y recordemos de nuevo que inicialmente y durante este periodo de estudio la Fisioterapia fue una especialidad del ATS. La coeducación no existió en España hasta finales de la década de los setenta, y la mayoría de las escuelas de ATS eran femeninas. Concretamente en el Distrito Universitario de Zaragoza, de 11 escuelas de ATS una era masculina (la propia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza), una mixta (la del colegio provincial de ATS) y el resto eran femeninas.

En cuanto a la distribución geográfica del alumnado, las cifras dan la mayoría a Zaragoza con un total de 79 estudiantes, seguida de las provincias limítrofes de Navarra(14), Soria(14), Huesca(10), Teruel(10) y La Rioja(9). Todas estas provincias correspondían al mismo Distrito Universitario, quedando adscritas las escuelas de ATS de las mismas a la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza por lo que es bastante normal que, cuando se aprobase la especialidad en la capital Aragonesa, los alumnos/as que habían estudiado en estas escuelas, lo hiciesen en la Facultad de Medicina de Zaragoza. Merece mencionarse la procedencia internacional de dos alumnas, una de Chile y otra de Colombia, además de que no hemos encontrado datos del lugar de procedencia en 55 casos.

Del relato de vida profesional del que se dispone (curso 1972/1974) se han podido determinar las siguientes características de la especialidad:

Para acceder a la Especialidad bastaba con poseer el título de ATS, no existiendo ninguna prueba selectiva. Los cursos empezaban en octubre y terminaban en junio siguiendo el calendario oficial de la Universidad. La formación teórico-práctica duraba dos años (1.600 horas entre teoría y práctica), estando a cargo de un único profesor las clases teóricas, Asirón Iribarren -Catedrático de Terapéutica Física y Rehabilitación, encargado de enseñar la especialidad en España, junto con otros-, y de dos o tres ATS-Fisioterapeutas de promociones anteriores la supervisión de las prácticas.

Las asignaturas que se cursaban básicamente eran: Anatomía, Fisiología, Biomecánica, Cinesiterapia General y Específica, Terapéutica Física (Mecanoterapia, Hidroterapia, Reeducción Motriz, Electroterapia, ...). No había libros de texto, se basaban en los apuntes del profesor, fundamentados principalmente en bibliografía de la Escuela Francesa: Enciclopedia Médico quirúrgica. Los exámenes finales no eran de asignaturas por separado sino de bloques de varias de ellas.

La especialidad se desarrollaba en un ambiente muy familiar, pues apenas había una decena escasa de alumnos cursándola. El lugar donde se realizaba la especialidad era en la Facultad de Medicina: había una nave larga, con camillas, jaulas de Rocher y al final, un despacho elevado donde se daban las clases teóricas. Primero recibían algunas lecciones teóricas y luego pasaban a la práctica -con pacientes reales y jornada intensiva de mañana-, intercalando, durante los dos años, teoría y práctica.

En cuanto al vestuario, los hombres llevaban una bata blanca y las mujeres pantalón blanco y chaquetilla blanca.

## A MODO DE CONCLUSIONES

Con la información obtenida podemos tener una primera aproximación de veinte años de historia, años de los que apenas se conoce información hasta la fecha, de hecho no se ha encontrado ningún estudio que analice el tema en cuestión. Estudios futuros deberán ampliar el análisis de esta figura en la propia escuela y en otras similares y así contextualizar y reconstruir la figura del ATS-Fisioterapeuta, considerando ésta como el antecesor más próximo al fisioterapeuta universitario.



El tener acceso a los datos disociados de las fichas de Registro de Identidad Escolar y no a las fichas en sí, supone una limitación, ya que de las fichas se podría extraer algún otro dato que fuese interesante para la investigación en curso, más allá de los datos meramente identificativos, que son a los que hasta este momento hemos tenido acceso. También se hace necesaria la ampliación del número de entrevistas a profesionales de aquella época para poder hacer una reconstrucción más precisa de la figura y de la especialidad en cuestión.

## AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a Blas García Rivas por su disposición e información, que ha contribuido significativamente a la elaboración de este trabajo y a Yolanda Martínez Santos por colaborar enriqueciendo los propios resultados con aportaciones de su investigación sobre la Creación de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en España (1953-1980) presentada en este congreso.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Raposo I. La institucionalización de la Fisioterapia en España. En: Gallego T. Bases Teóricas y Fundamentos de la Fisioterapia. Madrid: Médica Panamericana; 2007.p.51-71.
2. Cantero González ML. La formación enfermera en la España de franco: Manuales de enfermería durante el Nacional-Catolicismo (1945-1957) [Serie Trabajos Fin de Master]. Reduca. 2010;2(1):187-254.
3. Águila Maturana AM, Álvarez Badillo A, Miangolarra Page JC, Rodríguez Rodríguez LP. Influencia de las epidemias de poliomielitis sobre la rehabilitación en España (1949–1969). Rehabilitación. 2002;36(1):42-49.
4. Germán Bes Concha. Apuntes para la Historia de la Enfermería desde mayo del 68 a la muerte de Franco. Los efectos de la Guerra Civil en la Enfermería en el Tardofranquismo. Temperamentvm [revista en Internet]. 2009 [acceso 20 de octubre de 2014];10. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn10/t709.php>
5. Robles González Elena, García Benavides Fernando, Bernabeu Mestre Josep. La Transición Sanitaria en España desde 1900 a 1990. Rev Esp Salud Pública. 1996.70:221-233.
6. Maset Campos P, Sáez Gómez JM, Martínez Navarro F. La Salud Pública durante el franquismo. Dynamis. 1995.15: 211-250.
7. Medina Doménech R, Rodríguez Ocaña E. Profesionalización médica y campañas sanitarias en la España de Siglo XX. Dynamis. 1994.14:77-94.
8. Raposo I, Fernández R, Martínez A, Sáenz JM, Chouza M, Barcia M. La Fisioterapia en España durante los siglos XIX y XX hasta la integración en las escuelas universitarias de Fisioterapia. Fisioterapia. 2001;23(4):206-217.

# ENFERMERÍA Y MEDICINA HOSPITALARIAS EN LOS INICIOS DE LA TRANSICIÓN SANITARIA EN VITORIA

## *Nursing and hospital medicine at the beginning of the Health Transition in Vitoria*

Manuel Ferreiro Ardións, Juan Lezaun Valdubieco

Comisión de Historia y Humanidades del Colegio de Enfermería de Álava

**PALABRAS CLAVE:** Transición Sanitaria, Medicalización de la Sociedad, Enfermería.

**KEY WORDS:** Health Transition, Medicalization of Society, Nursing.

**RESUMEN:** En un desamparo legislativo y asociativo hasta el siglo XX, la enfermería careció de capacidad para retener el grado máximo de competencias que alcanzaron durante el Trienio Liberal. La desaparición del matrimonio hospitalero favoreció el desarrollo del perfil técnico y medicalizado del varón, que se reforzará con la llegada de las Hijas de la Caridad, produciéndose durante el XIX un claro distanciamiento profesional entre practicantes y enfermeras sin que nos conste, hasta el siglo XX, percepción de conflicto competencial. La medicalización hospitalaria será inicialmente bien vista por los practicantes como refuerzo de su perfil técnico.

**ABSTRACT:** In a legislative and associative abandonment until the twentieth century, nursing lacked of capacity to retain the maximum number of competencies that had achieved during the Liberal Trienium. The disappearance of the couple in charge of the hospital favoured the male development in the technical and medicalized profile that was reinforced with the arrival of The Daughters of Charity, producing a clear professional distance between nurse partitioners and nurses during the nineteenth century. We have no evidence of competence conflict until the twentieth century. Hospital medicalization was initially approved by the nurse partitioners as a technical profile support for them.

## I. INTRODUCCIÓN

Los procesos de transición demográfica y epidemiológica, iniciados en Europa durante el siglo XIX, llevaron asociada implícitamente una transición de la atención sanitaria y de los riesgos<sup>1</sup> que, entre otros cambios, modificaría de manera importante la relación que tanto la población general como los profesionales sanitarios habían tenido secularmente con el hospital.

La oficialización de los estudios de enfermera en 1915 forma parte de ese proceso transformativo que terminará por hacer de los hospitales centros diagnósticos y terapéuticos medicalizados, basculando el papel rector de la enfermería en los hospitales preindustriales hacia la medicina.

## II. OBJETIVOS

Estudiar la situación en que se encontraban las distintas profesiones sanitarias del ámbito hospitalario de la ciudad de Vitoria en los albores de la llamada Transición Sanitaria, en la consideración de que de ello se derivará una mejor comprensión del tránsito del hospital cuidador al hospital curador.

## III. METODOLOGÍA.

Estudio retrospectivo interpretativo de carácter histórico basado en la revisión bibliográfica y documental del periodo 1821-1926.

## IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### IV.1. El hospital.

En 1821, coincidiendo con el advenimiento del Trienio Liberal, se inaugura un nuevo edificio para el hospital Santiago de Vitoria, modificándose notablemente su estructura organizativa. El hospital está reservado casi en exclusividad para los indigentes y los pobres censados que carecen de apoyo familiar en sus casas, pues lo habitual es que la asistencia sanitaria se dé en los domicilios de los enfermos. Aspecto que la Ley General de Beneficencia de 1822 potenció de manera clara en contra de algunas posiciones todavía minoritarias.

A pesar de la innovación estructural que suponía el nuevo edificio, el hospital no varió la tradicional percepción de ser una fábrica productora de perniciosos miasmas para el resto de la población. Quizá por ello no debe extrañarnos que en él se criaran las sanguijuelas que abastecían a los sangradores de la provincia, o que en 1926 inaugurara una sala de disecciones. Esto último de interés, pues es una muestra clara de las nuevas utilidades del hospital para los médicos vitorianos, quienes acudían a formarse en la floreciente anatomoclínica en una especie de Cátedra de cirugía.

En la segunda mitad del XIX, con el desarrollo de los balnearios, el hospital albergó una consulta de hidroterapia. Fue también pionero en algunos adelantos técnicos, así contó con el primer sistema de calefacción integral de la ciudad en 1870 y fue uno de los primeros centros que se electrificó (1894). También albergaría el primer laboratorio municipal y, ya en el cambio de siglo, el primer aparato de RX, elementos todos ellos que comenzaron a hacerlo atractivo para los intereses médicos.

A esta actualización tecnológica le acompañaron los cambios legislativos de protección social de principios del XX. En 1900 la Mutua recién constituida, "La Previsora"<sup>2</sup>, contrató la asistencia a los accidentados laborales con el hospital introduciendo por fin a una nueva tipología de usuario hospitalario, el trabajador. Con las posteriores legislaciones, como la fundamental del Retiro Obre-

---

1 Robles González E, Bernabeu Mestre J; Benavides FG. La Transición Sanitaria: una revisión conceptual. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica; 1996,XIV(1):117-144.

2 A.H.P.A. 27709, Libro de Asociaciones 1887-1905. Fol. 64 v. Se inscribe "La Previsora" el 7 de abril de 1900 teniendo como objeto los "Seguros Mutuos contra accidentes del Trabajo".

ro Obligatorio de 1919, el hospital se convertía en centro asistencia de referencia para todos los profesionales sanitarios y para parte de la población. El hospital Santiago respondería con una gran reforma el año 1926, destacando el Cuarto de Socorro y quirófanos modernos. Ni su estructura ni su organización se parecía ya en nada a las de 1821.

## IV.2. La Enfermería.

El hospital había estado atendido desde 1419 por un Matrimonio Hospitalero quien, dentro del concepto de lo paradoméstico, cuidaba del centro y asistía a los acogidos con cuidados básicos. Externamente lo visitaban el médico y el barbero o cirujano municipal. Con pequeños cambios su funcionamiento se mantiene hasta 1821 que, con el nuevo edificio, va a crearse una nueva figura asistencial, el Enfermero Mayor. Éste heredaba las funciones tradicionales del Matrimonio Hospitalero añadiéndole las actividades propias del Sangrador o Cirujano Menor, que fue la titulación que se exigió para acceder al puesto. Los otros profesionales sanitarios del centro lo constituían una Enfermera Segunda y un Enfermero Segundo que auxiliaban al Enfermero Mayor. Mientras que el Médico y el Cirujano Mayor municipales seguían visitándolo una hora a la mañana y otra a la tarde.

La impresión de que este Enfermero Mayor constituye una figura enfermera total, aglutinando cuidados básicos e instrumentales en un sentido actual del concepto de Enfermera, tiene varias sombras. La primera, que rompe con la centenaria tradición del Matrimonio Hospitalero creando una crucial brecha de género, pues sólo se contrata al hombre a quien, además, se prestigia profesionalmente. La mujer, que ya no su esposa, queda relegada a ser Enfermera Segunda como figura auxiliar, aunque al menos nominalmente por encima de mozos y criados. En segundo lugar, lo que le prestigia es sin lugar a dudas su categorización como Cirujano Menor, no el seguir siendo Hospitalero cuidador. Luego, ¿tuvo el Enfermero Mayor conciencia enfermera? Creemos rotundamente que no. Y ello porque una vez desaparecida la figura, quien ejerció el puesto sólo "vende" en su currículo el haber sido Cirujano del hospital.

En 1826, con la llegada de las Hijas de la Caridad al hospital, el Enfermero Mayor pasa a denominarse Ayudante o Practicante de cirugía, evidencia clara de su cometido, pues definitivamente abandona las actividades enfermeras del antiguo Hospitalero para centrarse sólo en las de cirugía menor. La separación de cuidados inmediatos e instrumentales, adscribiéndolos a categorías profesionales diferentes, vuelve a ser evidente en el hospital, agudizándose también la separación por género.

La nueva figura relevante en la vida interna del hospital será la Madre Superiora, pero, a diferencia del Enfermero Mayor, ésta no aparece ligada de manera directa a las actividades asistenciales sino a tareas de gestión y administración, diluyendo las asistenciales entre las Hermanas y el nuevo Practicante, quienes son auxiliados por un grupo heterogéneo y anónimo de "dependientes subalternos" a los que se denomina indistintamente enfermeras y enfermeros, empleados, ayudantes o mozos.

También se produce una lenta externalización de la actividad del Practicante. Mientras que el Enfermero Mayor no podía ejercer como Sangrador fuera del hospital, ahora sí se le permitirá, aunque sigue obligado a vivir en el hospital con su familia.

En 1858, ante las crecidas necesidades asistenciales del hospital se decide un incremento de personal, desde las hermanas a los empleados pasando por el Practicante, que es el cambio más significativo. La necesidad de un segundo Practicante se resolvió de manera muy indigna: incrementó el salario al Practicante existente para que éste pagara a un segundo sin que apareciera en nómina. A partir de entonces al primero se le llamará siempre Ayudante e incluso Profesor Ayudante, reservando el término de Practicante sólo para señalar al segundo, quien -para hacernos una idea de la degradación profesional a la que se llega- "*dormirá en el Establo*", no podrá ejercer fuera

del hospital y deberá estar soltero, lo que hasta entonces sólo se exigía a mozos y criados. La situación durará hasta 1865 en que finalmente se le otorga un salario -la mitad que al Ayudante- con habitación, alimentos y limpieza de ropa dentro del hospital. También se elimina la exclusividad, si bien se le sigue obligando a la soltería; es decir, se le sigue tratando como personal subalterno.

En 1870 la plantilla de practicantes aumenta con la incorporación de un tercero sin que mejoren las condiciones. La dificultad para conseguir practicantes -teniendo que repetir convocatorias- se hace manifiesta, así como la temporalidad, pues una vez que consiguen clientela en la ciudad, a la menor oportunidad dejan el servicio del hospital.

A últimos de 1878 fallece el Ayudante y, lejos de ser sustituido por uno de los practicantes, la Junta decide sustituirlo por un Médico como modo de introducir la presencia continuada de un facultativo en el hospital que tanto ansiaba.

La decisión no gusta entre los profesionales del centro; así, uno de los practicantes dimite y ninguno de los médicos municipales desea el puesto. La Junta no cede en su empeño y contrata a un Médico-Cirujano Ayudante de Profesores.

Los dos practicantes que ya aparecían en un contexto auxiliar, ahora lo hacen de manera nítida. Y no porque pierdan más funciones sino por la pérdida de autoridad y autonomía: "*Los Señores Facultativos de servicio y Médico Ayudante podrán imponer á los practicantes castigos de privación de sueldo ó guardías de recargo hasta de tres días por las faltas cometidas en el servicio...*"<sup>3</sup>

En 1821, el Enfermero Mayor había de "*vigilar cuidadosamente la conducta del Ayudante, Enfermera, Mozo y Cocinera*"<sup>4</sup>. Cincuenta y ocho años después, su heredero, el Practicante, se encuentra bajo ese mismo régimen disciplinario que, en los reglamentos, sólo se transcriben para las categorías más inferiores. El Practicante había pasado al heterogéneo grupo de empleados.

Nadie quiere ser Practicante del hospital y la Junta ha de ceder en varios puntos: se elimina la condición de soltería -o viudez sin hijos- y se les autoriza a comer fuera del hospital. Elementos que no parecen hacer más atractivo el puesto y que, en cualquier caso, siguen alejando al practicante del hospital, pues en breve podrán pernoctar fuera si no están de guardia, antesala de convertirse en trabajadores externos.

La degradación profesional es general en toda España, lo que produce un movimiento general de reacción al amparo de la Ley de Asociaciones de 1887. Los practicantes alaveses se constituyen en Colegio en 1902, y de inmediato aparecen participando activamente a nivel nacional, desde la Asamblea de Practicantes de España de 1903 hasta la Gran Asamblea de 1921. Su presencia será también habitual en los artículos de *La Cirugía Menor* desde 1905 y en el *Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía* desde 1907. Los practicantes del hospital Santiago se unen al Colegio desde sus inicios y en 1907 uno de ellos forma parte de su Junta directiva.

Los artículos de los colegiados alaveses denuncian los mismos problemas generales de la profesión a nivel nacional: desprestigio de la profesión, intrusismo, caciquismo y necesidad de unidad de acción como solución. El intrusismo está referido a curanderos de toda índole, y no a las enfermeras que, en ese momento, parecen preocupar sólo al Colegio madrileño en relación a las enfermeras de Santa Isabel de Hungría, aunque después de 1915 tampoco logramos documentarlo en Vitoria.

Lo que no quiere decir que no se diera, pues la Congregación de las Hijas de la Caridad se implicó desde el inicio y de manera activa<sup>5</sup> con la oficialización de los estudios de enfermera que se

---

3 Archivo del Territorio Histórico de Álava. Artículo 15 del Reglamento de Practicantes de 1879.

4 Archivo del Territorio Histórico de Álava. Ordenanzas del hospital Santiago de 1821.

5 Hernández Martín F. Las Hijas de la Caridad en la profesionalización de la Enfermería. Cultura de los Cuidados. 2006;X(20):39-49. Pág. 45.

había aprobado en 1915. Igualmente es conocido su acceso a la carrera de practicante, aunque en Vitoria la primera que documentamos pertenece a la Congregación de las Hermanas de la Caridad de Santa Ana, en 1924 en el hospital infantil "Fundación Molinuevo".

En este último tramo del periodo a estudio, los practicantes se externalizan por completo al cesar la obligatoriedad de la residencia dentro del hospital.

### IV.3. La medicina.

Secularmente los médicos municipales incluían en su contrato la obligación de visitar el hospital, lo que en 1821 se mantiene con una visita de una hora por la mañana y otra por la tarde más los avisos de urgencia y exitus.

Desde mediados de siglo XIX y debido al incremento de los enfermos acogidos en el hospital, el Ayuntamiento intentó hacer permanente la presencia médica en el mismo, lo que logró -sólo de manera temporal- en 1879 con la creación de la figura del Médico-Cirujano Ayudante de Profesores. La oposición médica se basó en una firme defensa de la Asistencia Domiciliaria frente a la Hospitalaria tanto para la Beneficencia como para el Proletariado. Debate éste que fue general en toda España<sup>6</sup>, si bien la argumentación vitoriana tiene su peculiaridad.

En Vitoria hay dos autores médicos imprescindibles: Gerónimo Roure y Ramón Apraiz, que van a posicionarse decididamente en favor de la Asistencia Domiciliaria vinculándola directamente con otra temática clásica del periodo, "la habitación del pobre". La trágica experiencia epidémica del cólera y la viruela, junto a la vinculación que la medicina había hecho con la higiene doméstica, les lleva a plantear la Asistencia Domiciliaria como el medio más eficaz para "*hacer que la vivienda del pobre tenga las condiciones exigidas por la ciencia*"<sup>7</sup>. Visitar al enfermo pobre en su propio domicilio no era ya un acto individual, sino un acto fundamental de Salud Pública.

Ha de señalarse que la profesión médica tuvo durante el XIX un periodo de consolidación como Ciencia en plena comunión con los intereses políticos y económicos del Liberalismo, lo que la aupó a categoría de Clase social, con un gran poder de influencia en todos los niveles<sup>8</sup>.

No obstante, aunque la Asistencia Hospitalaria no les resultaba atractiva, el hospital desarrolló otros polos de atracción, como la citada Cátedra de cirugía en torno a la sala de disecciones, que les convocaba periódicamente y queda constancia de que generó un gran interés. A ella se uniría a finales del XIX avances tecnológicos, como un Laboratorio Clínico o un aparato de RX, que resultaban costosos y difíciles de disponer particularmente.

Aunque estos avances ya modificaron algo el modelo de asistencia (no se podían llevar consigo a los domicilios), con el siglo XX vendrían dos elementos clave en la Transición de la Asistencia Sanitaria: por una parte el desarrollo quirúrgico, que llevó asociado la apertura en Vitoria de variadas clínicas con ingreso hospitalario; y, sobre todo, el sistema de protección social que trató de paliar los nuevos riesgos para la salud que había traído la industrialización, y los riesgos para la estabilidad del Estado que acompañó la "cuestión social". Estos últimos serían los más decisivos y los que mejor se documentan en el Hospital Santiago de Vitoria: desde 1900 se colabora con una Mutua de Accidentes del Trabajo; para 1912 se crea la figura del Director Médico, señal inequívoca

6 Herrera Rodríguez, F. El debate sobre la calidad asistencial en la España del siglo XIX. Cultura de los Cuidados. 2006; X(20):22-31. Pág. 25.

7 Apraiz Sáenz del Burgo R. La Vivienda del pobre. Su influencia en la salubridad pública y necesidad urgente de mejorar sus condiciones higiénicas. Vitoria: Establecimiento Tipográfico de Domingo Sar; 1893. Págs. 11 y 12.

8 Ferreiro Ardións, M. El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava, La epidemia de 1834. Vitoria: UPV/EHU; 2012. Disponible en <http://hdl.handle.net/10810/10823>.

del cambio de mentalidad; y en 1926 se modernizan los quirófanos y el Cuarto de Socorro. Para entonces, el médico ya forma parte de la vida cotidiana del hospital, y los objetivos de éste son los objetivos de aquél.

## **V. CONCLUSIONES.**

El proceso de transición de la Atención Sanitaria ha sido estudiado sólo en el paso de la Asistencia Domiciliaria a la Hospitalaria, y esta transferencia respondió más a los cambios sociales -industrialización y cuestión social- y a los avances técnicos que a las necesidades y demandas de los distintos profesionales. Demandas que, en el caso de los médicos vitorianos, fueron en dirección opuesta mostrándose en todo momento decididamente a favor de la Asistencia Domiciliaria. Por su parte, las demandas de los Practicantes, degradados profesionalmente a la escala auxiliar, apenas alcanzaron las de su propia supervivencia. Finalmente, aunque no nos consta la posición de las Hijas de la Caridad, en cuanto que acapararon todas las instituciones benéficas municipales en Vitoria puede suponerseles al menos a favor de la hospitalización.

La pérdida de todo poder de los practicantes dentro del hospital fue independiente y se inició con anterioridad al interés de los médicos por incorporarse al hospital.

La degradación del practicante resulta más llamativa en cuanto que provenían de una figura, el Enfermero Mayor, que gozó de un poder casi total. En este sentido, planteamos que el Enfermero Mayor, a pesar de su nombre, adoleció de verdadera conciencia enfermera, lo que llevó a sus herederos, los practicantes, a regresar a la estela de los cirujanos menores sin ser capaces de aprovechar el techo de poder que había tenido el Enfermero Mayor.

Con ello se rompía una tradición de cuatrocientos años de actividad masculina vinculada a la enfermería en manos del hospitalero. Lo que quedaría confirmado con la disgregación de las actividades del Enfermero Mayor entre la Madre Superiora, el Practicante y las Hijas de la Caridad, que sentenció una separación de actividades enfermeras básicas e instrumentales en oficios y en géneros diferentes.

En Vitoria no llegamos a documentar el conflicto entre Practicantes y Enfermeras a raíz de la oficialización de éstas a partir de 1915, si bien desde la creación del Colegio de Practicantes se observa una activa defensa de la profesión en las revistas.

Esto último nos lleva a plantearnos el papel que pudo haber tenido en la degradación del practicante en Vitoria, la ausencia de una organización profesional hasta el siglo XX, cuando ya habían perdido toda autoridad en el Hospital.

# LA CONVALIDACIÓN DE LAS ENFERMERAS POR ATS EN 1978: EL FINAL DE UNA MARGINACIÓN

*The recognition of Nurses by Technical Health Assistants in  
1978: the end of an exclusion*

Concha Germán-Bes  
Yolanda Martínez-Santos  
Natalia Becerril-Ramírez  
Universidad de Zaragoza

**PALABRAS CLAVE:** Convalidación Enfermeras, ATS (Ayudantes Técnicos Sanitarios).

**KEY WORDS:** Nurses Recognition, Technical Health Assistants.

**RESUMEN:** Durante veinticinco años (1953-1978) las Enfermeras de Facultad de Medicina, no lograron la equiparación por el plan de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS), debido a la oposición de los practicantes y las discriminaciones de género de la época. La joven Coordinadora Nacional lo consiguió. Con ello se superó la marginación de las enfermeras y unificar el colectivo profesional. Practicantes, Enfermeras, Matronas y ATS unidos en la recién conseguida unificación colegial. Fue un gran logro, junto con las Escuelas Universitarias y otras reivindicaciones como las salariales y la incorporación de profesorado enfermero. Supuso el comienzo del cambio más importante de la enfermería española.

**ABSTRACT:** For twenty five years (1953-1978) Nurses of Faculty of Medicine, did not manage the equalization by the Technical Health Assistants' Plan, by the opposition from Practitioners and gender discriminations at the time. The young National Coordinator gets it. This marginalization of nurses was overcome and unification of the professional group. Practitioners, Nurses, Midwives and ATS united in the newly acquired collegial unification. It was a great achievement, together with the University Schools and other demands such as wage and the incorporation teachers nurses. This was the beginning of the most important change in the Spanish nursing.



## INTRODUCCIÓN

Tras la muerte de Franco (noviembre de 1975) en la sociedad española hubo miles de actos reivindicativos<sup>1</sup> por lograr sus aspiraciones democráticas. El primero de Junio de 1976 comenzó en Madrid el conflicto de las Enfermeras (entonces Ayudantes Técnicos Sanitarios –ATS) por la inclusión de los estudios en la Universidad. A ello se sumó una larga tabla reivindicativa como la unificación colegial, la retribución salarial, el profesorado enfermero y la convalidación de las antiguas enfermeras de facultad por ATS<sup>2</sup>; en esta última reivindicación nos vamos a centrar en este trabajo. ¿Las Enfermeras fueron activas en su demanda de convalidación? ¿Cuáles fueron las razones para la férrea oposición de los Practicantes? ¿Cómo se logró? En esta comunicación nos proponemos dos objetivos: 1) Describir el proceso de negociación de la convalidación de las enfermeras por ATS. 2) Evaluar los logros personales, profesionales y de justicia que supuso para el colectivo profesional en el pleno proceso de cambio.

## MÉTODO

Para su desarrollo hemos utilizado las fuentes del archivo de la Facultad de Medicina de Zaragoza; historiográficas: revistas, libros y documentos de archivos personales. Prensa y Fuentes orales a dos enfermeros que fueron vicepresidente del recién unificado Consejo General de Enfermería y anteriormente miembros de la Coordinadora Nacional, -representantes elegidos democráticamente en asambleas- que estuvieron en la Comisión Interministerial y logró los cambios claves de la profesión entre 1976-78. Hemos organizado los datos de las fichas personales de las enfermeras del archivo de Zaragoza y analizado los documentos de archivo, prensa y revistas profesionales, así como de las entrevistas con los informantes clave.

## RESULTADOS

La carrera de Enfermeras se había iniciado en 1915 y contaba con un programa profesional y un tribunal de examen avalado y bajo las directrices de la Facultad de Medicina<sup>3</sup> Se inició el programa con 70 lecciones teóricas distribuidas a lo largo de dos años –tres más adelante- con su amplia dedicación práctica. Durante décadas fue raro que las niñas estudiaran bachillerato, mientras que si lo hacían los niños. Además la escuela obligatoria para las niñas no se hizo hasta la segunda república. Para la entrada en las Escuelas de Enfermeras se les pedía tener Magisterio, carrera que se consideraba idónea para las mujeres. Por tanto el motivo académico para la no convalidación de las Enfermeras no se sostenía.

Con el Decreto de 4 de diciembre de 1953 se unificaron los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios<sup>4</sup> por el que, según su artículo primero, los estudios de Practicantes, Matronas y Enfermeras se fundían en una sola enseñanza, que habilitaría para obtener el título de Ayudante Técnico Sanitario. Sin embargo, es necesario remontarse a disposiciones anteriores, pues ya

---

1 Sartorius Nicolás, Sabio Alberto. *El final de la dictadura. la conquista de la democracia en España. noviembre de 1975- junio de 1977*. 1ª ed. Madrid: Temas de Hoy: Historia; 2007:864.

2 Germán Bes Concha, Universidad de Zaragoza. *La revolución de las batas blancas: La enfermería española de 1976 a 1978*. 1ª ed. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza; 2013:282.

3 Amillano Sor Jesús. Un acontecimiento para recordar y celebrar: Gestación del reconocimiento oficial de la enfermería como profesión en España. 2014; *Temperamentvm* 20.

4 Boletín Oficial del Estado, núm. 363. 29 de Diciembre de 1953; pág. 7723-7724

se había intentado con anterioridad la unificación profesional<sup>5</sup>. Uno de los pilares para que esta nueva denominación sanitaria, sentara las bases de la reglamentación de sus estudios, fue la organización previa de la carrera de Enfermera, mediante el Decreto de 27 de junio de 1952<sup>6</sup> y sus posteriores rectificaciones<sup>7</sup> El principal fundamento de estos decretos se basó en dejar constancia de las directrices que regirían la gestión y administración de las Escuelas oficiales o no oficiales, a las que se les exigiría ser reconocidas oficialmente por el Ministerio de Educación Nacional, previo cumplimiento de unos requisitos. Estos límites se habían ido fraguando desde que se designara una Comisión para el estudio y redacción de un proyecto de Reglamento y plan de estudios para las Escuelas Profesionales de Enfermeras en la Orden de 1 de diciembre de 1947.<sup>8</sup>

Sustentadas por estos cimientos, verían la luz las normas para la nueva organización de los estudios de Enfermera en 1953<sup>9</sup>, antesala de la creación del título de ATS. De ella, caben destacar, los requisito de acceso: tener aprobado el Bachillerato elemental o el laboral, la carrera de Magisterio o el grado pericial de la de Comercio; la imposición de tres cursos académicos y el carácter obligatorio, de los estudios reglamentados de Religión y Moral y de formación a la mujer.<sup>10</sup>

Entre 1954 y 1955 solo se otorgó de manera oficial la Escuela de Enfermeras de Tanager<sup>11</sup>. En 1955 se publicó el reconocimiento de cambio de denominación de las entonces "escuelas de enfermeras" por Ayudante Técnico Sanitario, quedando incluidas 23 escuelas<sup>12</sup>

Resulta cuanto menos sorprendente, si se tiene en cuenta lo expuesto, que se considerase idéntica la equivalencia entre el título de Practicante y el de Ayudante Técnico Sanitario por Orden de 24 de marzo de 1958<sup>13</sup> y, sin embargo, no se consiguiera la convalidación para las Enfermeras tituladas hasta que se dictara el Real Decreto de 23 de junio de 1978<sup>14</sup> Este hecho, de dimensiones titánicas con grandes baños de suspicacias para la Historia de la Enfermería, quedó en la prensa de la época:

"...Convalidación del título de enfermera por el de ATS. El acuerdo será aprobado próximamente en Consejo de Ministros El Colegio Oficial de ATS de Barcelona informa que después de once días de encierro en el Colegio Oficial de ATS de Madrid, del Consejo General y de los presidentes y miembros de las Juntas Provinciales, se ha logrado arrancar el compromiso escrito por parte del Ministerio de Educación y Ciencia de la convalidación del título de enfermera por el de

---

5 Ley de Bases de Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944. Supuso el primer intento de unificación profesional. Buena nota de ello podemos hallarla en la Orden de 22 de diciembre de 1944 por la que se disponía que el Consejo General y sus Colegios Provinciales de Colegios Oficiales de Practicantes estuvieran formados por Practicantes, las Comadronas y las Enfermeras tituladas y se denominaran, en lo sucesivo, de Auxiliares Sanitarios. Orden de 12 de mayo de 1953, por la que se disponía que se constituyeran los Colegios Provinciales de Enfermeras tituladas. Puede ser la interpretación diferente de la misma Ley de Bases de 1944, a la que se alude para constatar la obligatoriedad de la colegiación de las enfermeras.

6 Boletín Oficial del Estado, núm. 209. 27 de Julio de 1952; pág. 3474 – 3475

7 Decreto de 4 de agosto de 1952. Boletín Oficial del Estado, núm. 238. 25 de Agosto de 1952; pág. 3863

8 Boletín Oficial del Estado, núm. 342. 08 de Diciembre de 1947; pág. 6503

9 Orden de 4 de agosto de 1953 Boletín Oficial del Estado, núm. 244. 01 de Septiembre de 1953; pág. 5258-5260

10 Dispuestos con anterioridad por el Decreto de 28 de diciembre de 1939. Boletín Oficial del Estado, núm. 363. 29 de Diciembre de 1939; pág. 7347-7348.

11 Orden de 2 de abril de 1954.

12 Orden 11 de julio de 1955. Boletín Oficial del Estado, núm 232. 20 de Agosto de 1955; pág. 5152 - 5153

13 Boletín Oficial del Estado, núm. 110. 08 de Mayo de 1958; pág. 842

14 Boletín Oficial del Estado, núm. 207. 30 de Agosto de 1978; pág. 20266-20267

ATS y el reconocimiento del título de técnicos de grado medio para los ATS. Se ha prometido que la convalidación será aprobada en el Consejo de Ministros del 13 de junio. El reconocimiento del Título de Técnicos de Grado Medio conlleva la aplicación del coeficiente 3'6 o módulo 8 por parte del Ministerio de Hacienda, si bien es cierto que la aprobación de la Ley correspondiente debe ser sometida a las Cortes, por lo que se espera que los trámites correspondientes puedan durar alrededor de tres meses" (La Vanguardia. (02 junio 1978; pág.27)

... La medida viene a zanjar un problema que data del año 53, cuando un decreto unificó los estudios de enfermera, matrona y practicante, hasta entonces separados. Como espíritu del decreto era unir algo que ya existía y no crear nada nuevo, se entendía que la equiparación se podría aplicar a las tres categorías. Pero la realidad fue bien distinta. Una Orden de 29 de marzo de 1966 estableció la posibilidad de que sólo los practicantes convalidasen su título por el de ayudante técnico sanitario, denominación que empezó a regir desde el 53. Por esta discriminación clarísima para las enfermeras, éstas reaccionaron pidiendo la convalidación, reiterando esta petición durante años. Ni el consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios, ni el colegio de Barcelona pudieron lograr que el Ministerio contestara. Ante ese silencio se presentó el recurso contencioso-administrativo aún sin resolver (La Vanguardia. 02 junio 1978; pág.27).

Las enfermeras presentaron recursos bien fundamentados en estos años, pero fue la Coordinadora Nacional quien logró que se plasmase una demanda que estuvo en las tablas reivindicativas del conflicto de la enfermería de 1976 conocido como "La revolución de las batas blancas: la enfermería en España de 1976 a 1978" por el que se lograron los estudios universitarios de enfermería, la unificación colegial y el salario equivalente a técnicos de grado medio de la época, bases de la nueva enfermería que ha permitido el desarrollo posterior de la profesión. Como hemos visto fue una noticia con presencia en la prensa.

"Real-Decreto por el que se establecen las normas de convalidación con el título de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Este Real-decreto para convalidación con el título de A.T.S. establece la posibilidad de que quienes se encuentren en posesión del título o certificado de enfermera o matrona expedido por Facultad de Medicina y acrediten su colegiación, soliciten la convalidación de sus títulos por el de Ayudante Técnico Sanitario. Igual opción podrán ejercitar quienes se hallen en posesión del título de practicante, expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia (La Vanguardia 24/06/1978:11). (ídem ABC)

"Paradójicamente, la presión que han ejercido quienes hoy tienen atribuida la representación de las enfermeras, -La Coordinadora Nacional- ha acelerado la decisión del Consejo de Ministros. De lo que se lamentan las enfermeras es de que unas presiones de última hora hayan podido conseguir lo que la justicia, a todas luces reconocida, han pedido durante estos años, agarrándose a una disposición legal que les atañía directamente. De momento, el recurso sigue en el contencioso" (Diario de Vizcaya. 24 de junio de 1978)

El real decreto (2038/1978 de 23 de agosto) se aprobó el 30 de agosto en el Boletín Oficial del Estado y la nota de prensa del mismo diario repetía el texto anterior e informaba de que certificados de Facultad de Medicina y de colegiación deberían presentarse antes del 1 de enero de 1979. Este real decreto daba opción también a los practicantes que no lo hubieran convalidado en su día.

"La solicitud de convalidación de los títulos mencionados por el de A.T.S. deberá presentarse antes, del 1 de enero de 1979 en la Facultad de Medicina que los hubiera expedido, acompañando copia legalizada del título poseído" (La Vanguardia 31/08/1978:10).

### *Convalidaciones en el Distrito Universitario de Zaragoza*

En 1978 y 1979 se convalidaron en la Universidad de Zaragoza 616 titulaciones de enfermeras, seis de ellas en 1978 y 610 en 1979, según se recogen en las fichas de Registro de Identidad Escolar de la Facultad de Medicina de Zaragoza. La procedencia de las enfermeras convalidadas son mayoritariamente de Aragón 340; siendo 210 de Zaragoza, 109 de la provincia de Huesca y 21 de la provincia de Teruel. Le sigue la Comunidad Foral de Navarra de donde procedían 90 de las enfermeras convalidadas, el País Vasco con 38, La Rioja 35, Castilla León 35 siendo principalmente de Soria (15), Cataluña 19, Madrid 10, Andalucía 9, Galicia y Comunidad Valenciana 4 cada comunidad, Murcia 2, Asturias 2, Cantabria 1, Canarias 1, Extremadura 1 y 15 fichas son de otros países: Francia, Argentina, Marruecos y Cuba. Hemos tenido acceso a la ficha del Registro de Identidad Escolar en la que se ve el sello de convalidación del título de Enfermera por el de ATS.

### *El difícil proceso de negociación*

Con la información de nuestros informantes pudimos dar luz a los motivos por los que se pidió la convalidación y las dificultades del proceso. En la base del grupo de oposición estaba la diferente concepción de la profesión que obedecía a cuestiones de género, en la que determinados practicantes se consideraban superiores a las enfermeras. Por ello los nuevos ATS se colegiaron según sexo en los de Practicantes los ATSM, las ATSF en el de Enfermeras y las ATS especialistas en el de Matronas. Cuando la Coordinadora Nacional solicitó a los presidentes Riudavets, Loring y García la unificación de las tres secciones colegiales, Loring solicitó una vez más que se convalidara a las Enfermeras. Durante décadas la sección de Enfermeras lo había solicitado, con informes jurídicos bien fundamentados, al Ministerio de Educación y la respuesta fue el “silencio administrativo”

En pleno conflicto de 1976-78, se logró la entrada de jóvenes de la CN en la Comisión Intermunicipal de 1976-1977 y en el Consejo General Constituyente. Una de ellas fue Ignacio Mercader que corrobora la diversa manera de ver la profesión. Las Enfermeras, que tenían una proyección internacional avalada con el Consejo Internacional de Enfermeras. Los practicantes propusieron la figura del Ayudante Médico Inmediato. Este sector<sup>15</sup> se opuso a la convalidación de las enfermeras por ATS. El presidente del Colegio de Cáceres Anselmo Salas Mendoza puso un recurso contra el nombre de enfermería con las siguientes palabras

“Enfermería es vocablo arcaico, anacrónico e indefinido, que no responde a la nomenclatura científica del mundo civilizado y nos remite a antigua épocas ya superadas e incongruentes con la medicina moderna actual”

“... no se nos puede llamar enfermeros por estar con enfermos, lo mismo que al maestro no se le puede llamar niño por estar con niños... es lo que contesta un colegiado canario Aurelio de Rivas a la revista Canarias Sanitaria en noviembre de 1977, justo el año, en que se inicia el mandato de la Junta Nacional Provisional, previa al Consejo General Unificado... debemos “exigir” un nombre de acuerdo a nuestro prestigio, podría ser Técnico diplomado en Sanidad, o cualquier otro. Todo menos “enfermeros”. (ERG-2015).

La reivindicación que unió a todos los profesionales fue la de lograr una enfermería universitaria y para ello debía haber unidad del colectivo. Nuestros informantes nos recuerdan algunas frases más del punto de partida.

---

15 En este grupo minoritario estuvieron algunos miembros de los Colegios de: las Palmas, Córdoba, Málaga, Cáceres, Teruel entre otros, que se mostraron muy beligerantes y obstaculizaron el proceso de negociación con conversaciones extraoficiales. También se opusieron a la convalidación de ATS por Diplomados Universitarios de Enfermería. Archivos personales Enrique Rodríguez Gomez e Ignacio Mercader Serra (APERG-IMS)

“En 1977 existía la posibilidad muy extendida en sectores de los ministerios (entonces Sanidad y Educación) de que los estudios de ATS fueran a Formación profesional. Indudablemente esto sería un golpe mortal para la futura enfermería, que ya se vislumbraba y que defendía el sector más preparado y progresista de los profesionales, de que una planificación de la carrera derivaría en una futura mala prestación de servicios de enfermería. (ERG-2015).

Los Practicantes ya había convalidado por ATS por tanto para la unificación de los colegios unidos en uno solo era necesario poner a todos los profesionales en plan de igualdad y eso requería la convalidación de las enfermeras de Facultad.

El 5 de octubre de 1978 se realizó una cena homenaje a los miembros del Consejo General de Enfermería y del Colegio de Madrid, ambos ya unificados, en reconocimiento al trabajo realizado. En dicha cena estuvieron entre otros: Ignacio Mercader, Carmen Freire (Vocal y secretaria del Consejo), Concha Germán (Presidenta del Colegio de Madrid) y Aurora López (representante de las enfermeras por el colegio de Madrid). En la revista oficial del colegio de Madrid del mes de enero de 1979 se informó que se habían presentado en el Ministerio de Educación y Ciencia 11.480 enfermeras de facultad que se convalidaron y 140 que no cumplieron los requisitos<sup>2,16</sup>.

## CONCLUSIONES

De las dos corrientes profesionales representadas por las Enfermeras y los Practicantes, tuvo éxito la corriente enfermera dado que: a) Las y los jóvenes ATS de la Coordinadora Nacional que llevaron a cabo las negociaciones se sumaron a esta corriente profesional que tenía una proyección internacional; b) Fue la corriente más progresista que puso en valor los cuidados como se ha podido ver hasta el día de hoy; c) Planteó la unificación del colectivo asumiendo que había diversas corrientes profesionales; d) Consideró que hasta entonces, las enfermeras habían sido tratadas injustamente como hemos demostrado y era hora de reparar el daño causado; e) Este paso fue comprendido por la inmensa mayoría de la profesión y de la población.

En España, esta etapa singular del plan ATS y su posterior conversión en estudios universitarios de enfermería para el profesional generalista ha dado un buen resultado a nivel de calidad profesional en los servicios<sup>17,18</sup>. Afortunadamente los docentes observamos una buena disposición al cuidado por parte de los alumnos.

---

16 Archivos personales PERG-IMS

17 Ibarrola Izura S, Beortegui E, Oroviogicoechea C, Vázquez Calatayud M. 70 Evaluación de la satisfacción con los cuidados de Enfermería en el área de hospitalización de cardiología. *Enfermería en Cardiología* N.º 53 / 2.cuatrimestre 2011.

18 Sermeus Walter y col. RN4CAST. Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing. Estudio europeo. Disponible en: [http://ec.europa.eu/research/health/public-health/health-systems/projects/rn4cast\\_en.html](http://ec.europa.eu/research/health/public-health/health-systems/projects/rn4cast_en.html) (consultado el 10 de abril de 2015)

## EL NUEVO PERFIL FAMILIAR DE LA ENFERMERA HOSPITALARIA ESPAÑOLA DE LOS AÑOS 70

*The new family profile of Spanish hospital nurse 70s*

Isabel Delmás Gracia

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Consuelo Miqueo

Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza

**PALABRAS CLAVE:** Planificación familiar, maternidad, enfermería.

**KEY WORDS:** Family planning, maternity, nursing.

**RESUMEN:** Dos factores cambiaron el estado civil habitual de la enfermera española, religiosa hasta entonces: la sustitución de los convenios colectivos con las congregaciones religiosas y creación del Estatuto Sanitario No Facultativo de 1973, y la extensión de la Seguridad Social y apertura de los grandes hospitales del INP. Este contexto generó no sólo un déficit de 5.664 enfermeras y un cambio radical de su perfil profesional, sino la aparición de un problema inesperado: conciliar la vida laboral y familiar. Este trabajo da a conocer experiencias de vida sexual y planificación familiar de las modernas enfermeras de los años 70-80.

**ABSTRACT:** Two factors change the usual civil status of spanish nurses, religious nurse before: the replacement of collective agreements with religious congregations and creation of the No Facultative Health Status (1973); and the extension of *Social Security* (SS) and openness of large hospitals of INP. This context created not only a shortage of 5,664 nurses and a radical change in professional profile, but the emergence of an unexpected problem: reconciling work and family life. This study presents the experience of sexual life and modern family planning nurses 70-80 years.

## EL CONTEXTO DEL CAMBIO: HACIA UNA NUEVA ENFERMERA

En España, la necesidad de enfermeras se había solucionado tradicionalmente utilizando monjas en los hospitales públicos y en los privados regentados por órdenes religiosas sanitarias, como la de San Juan de Dios, Siervas de María, Hermanas de la Caridad de san Vicente de Paúl o de Santa Ana. Muchas de las funciones sanitarias de los hospitales se realizaban con un alto espíritu de sacrificio y gran dedicación, típica de estas órdenes religiosas. El coste era bajo, casi tanto como el nivel técnico y la calidad. El contrato se realizaba directamente entre los directores del hospital y la orden religiosa<sup>1</sup>, hasta que el fuero del trabajo de 1970 exigió un contrato individual a todos los empleados, clarificando de este modo en cada institución hospitalaria el perfil laboral del personal religioso: en su mayoría fueron recontratados como personal de servicios generales o auxiliares de clínica<sup>2</sup>.

Sin duda, el cambio del papel de la iglesia católica en el sector sanitario es una clave del desarrollo profesional de la enfermería española en la era de los grandes hospitales de la Seguridad Social, del Instituto Nacional de Previsión (INP). Sociológicamente, en la década de los setenta, aumentó prodigiosamente el número de enfermeras, mejoró su distribución territorial y dió un giro completo su perfil laboral<sup>3</sup> y familiar, empezando por su imagen: se acortó el largo de las faldas y de las tocas, haciéndose visibles piernas y cabellos, emergiendo así una identidad femenina y la condición de ser sexuado y con capacidad reproductiva de las enfermeras.

Algunas cifras dan idea de este cambio sociolaboral producido en muy poco tiempo. En 1963 trabajaban en los hospitales 12.367 personas religiosas, de las que el 59% no tenía título sanitario de ningún nivel. Mientras que el censo de 1970 registraba 59.330 personas con estudios completos de ATS (y otras 875 con estudios incompletos) de los que 43.197 eran mujeres. La cifra de enfermeras se multiplicó por seis entre 1955 y 1975, pasando de 6.074 a 54.716 (De Miguel, 1976:198-209)<sup>1</sup>.

La mayoría de las nuevas enfermeras tituladas trabajaban en el sector hospitalario, donde pasaron de ser 4.619 en 1949 a 15.575 en 1973. Si a ellas sumamos las 8.406 administrativas, 2000 practicantes y las 140 auxiliares de clínica por cada 1000 camas, se comprende la importancia de la población femenina empleada en los hospitales de la Seguridad Social que requerían conciliar su carrera profesional con la familia<sup>1</sup>.

El problema de la enfermería desde el punto de vista de género y de la conciliación de la vida laboral y profesional, fue muy bien diagnosticado por un gran sociólogo en 1976:

“Enfermería es la profesión más importante para las mujeres por razón del número, además de estar en continua expansión. Mantiene un status bajo y unas condiciones laborales deterioradas. Todos los indicadores sugieren que va a convertirse en una carrera muy popular entre las mujeres” [...] “Debe realizarse un esfuerzo especial para mejorar las condiciones de trabajo de las enfermeras, no sólo para atraer más mujeres a la carrera, sino para recuperar muchas enfermeras que abandonaron su profesión después de un corto periodo de trabajo” (De Miguel, 1976:174,177)<sup>1</sup>

Las propuestas reformistas fueron dos: crear puestos a jornada parcial o por horas, e incrementar el personal de enfermería para mejorar sus condiciones de trabajo e impedir el abandono profesional. Esta segunda fue justificada por el escaso nivel técnico de su perfil laboral, pues la mayor parte del tiempo de las enfermeras se gastaba en funciones auxiliares que no eran realmente de enfermería: dar de comer, hacer camas, arreglar salas, tomar la temperatura, el pulso o la presión sanguínea, labores administrativas, recepcionista. Efectivamente, éste fue el sector profesional que más creció hasta llegar a la tasa media de 288 auxiliares (mientras había 269 enfermeras y 253 médicos por cada 1000 camas) siendo mayor siempre la de los hospitales de la Seguridad Social<sup>1</sup>.

## MATERIAL Y MÉTODO

Además de la literatura crítica, se han utilizado fuentes escritas de la época y, sobre todo, fuentes orales obtenidas ex profeso mediante entrevista<sup>4</sup>.

La selección de informantes se realizó según el método “bola de nieve” hasta completar un total de cinco utilizando los siguientes criterios: haber nacido entre los años 1930-1960; tener titulación de Asistente Técnico Sanitario (ATS) o Enfermera expedida antes del año 1985; tener una edad fértil en el periodo de estudio (1960-1985), y haber trabajado en el hospital comarcal “Ernest Lluch” de Calatayud (1985- ). Las entrevistas fueron realizadas por Isabel Delmás entre el 31 de marzo y el 4 de abril de 2014 en el hospital de Calatayud (Zaragoza). Las informantes relataron su experiencia sexual y reproductiva durante el periodo de 1964-1985, tras haber contestado *in situ* al cuestionario *on line* del proyecto de investigación ASYS (Anticoncepción, sexualidad y salud)<sup>4</sup>

Los datos se obtuvieron mediante una entrevista en profundidad pautada, con preguntas conocidas por cada una de las informantes con una antelación superior a una semana, siguiendo un procedimiento estandarizado, y el acuerdo previo en el sentido de enmascarar su identidad. Lo que se comprende muy bien dado que todas las informantes siguen trabajando en el mismo hospital y son conocidas no sólo entre el personal sanitario sino entre la población y su comarca.

Las tres cuestiones claves en torno a las cuales se articuló la entrevista fueron las siguientes: 1) ¿Tenían las enfermeras más acceso y conocimiento de la Planificación Familiar?; 2) ¿Podían conciliar el rol tradicional materno y familiar de las mujeres del franquismo con la vida profesional enfermera?; 3) ¿La enfermera moderna tenía relaciones sexuales libres en su matrimonio o fuera de él? ¿y tenía conocimiento y acceso a medios anticonceptivos seguros y nuevos como píldora o DIU?

Para el análisis de las entrevistas grabadas utilizamos técnicas convencionales usuales<sup>6-8</sup> que podemos desglosar en cuatro fases: escucha activa de la grabación, indización por temas (minutaje), resumen de cada fragmento temático relevante para la investigación, y transcripción parcial de la grabación (citas literales a modo de evidencias)

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los calificativos reservados a la mujer en los mensajes que desde el Estado se emitirán durante la dictadura franquista incluyen valores como: «Pura, sumisa, resignada y materna», femenina, en definitiva. Esta concepción nacionalcatólica se fundamentaba en una ideología que exaltaba la virilidad y la masculinidad, fortalecía la familia tradicional y católica, y ensalzaba un prototipo de mujer homogéneo, cuyas funciones, entendidas como exclusivas, eran el matrimonio y la maternidad. Una “maternidad obligada” que impedía a la mayoría de las mujeres trabajar fuera del hogar<sup>9-10</sup>.

A mediados de los 70 las voces colectivas contestatarias de las jóvenes rebeldes feministas de la Transición democrática, cuestionaran abiertamente la maternidad como destino biológico y cultural impuesto, y vía exclusiva de realización identitaria de las mujeres. Las mujeres demócratas denunciaron la opresión doméstica y la subordinación femenina, y reclamaron el reconocimiento de la presencia y la voz de las mujeres<sup>10</sup>.

En este nuevo e inestable contexto político y social se encontrarán nuestras enfermeras, unas mujeres que intentaban hacerse un hueco en el mundo laboral en una España todavía retrasada e inflexible<sup>3</sup>. Para poder conciliar estos dos roles, laboral y maternidad, nuestras enfermeras informantes relatan, a través de sus recuerdos, cómo sortearon todos los obstáculos impuestos por las instituciones sanitarias y la sociedad en general para ser enfermeras y no abandonar una profesión que estimaban<sup>4</sup>.



### 1. Planificación familiar, un objetivo personal

Casi todas las enfermeras entrevistadas realizaron una planificación familiar consciente y completa durante su juventud, en su periodo matrimonial y de mutuo acuerdo con su marido, como se observa en el cuadro nº 1. Las razones laborales y personales fueron el motivo principal. «A mí no me interesaba tener hijos hasta que yo terminara mis estudios -porque yo estudie Enfermería ya casada-; quería abrirme camino en el mundo laboral: yo no quería tener hijos hasta que yo no quisiera tenerlos» (Inf.2: 11.38)

Cuadro nº 1. Perfil sociocultural de las enfermeras entrevistadas

INFORMANTE	TITULACIÓN (LUGAR/AÑO)	IDEARIO POLÍTICO	IDEARIO RELIGIOSO	ESTADO CIVIL	EDAD 1ER COITO	PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Inf.1	Madrid (1977-1980)	Progresista, feminista y ecologista	Católica practicante	Casada (1983)	25-30 años	Si
Inf.2	Huesca (1981-1984)	Conservadora	Católica/ muy creyente	Casada (1979)	18-24 años	Si
Inf.3	Zaragoza (1972-1975)	Progresista, feminista y ecologista	Católica practicante	Casada	25-30 años	Si
Inf.4	Barcelona (1971-1974)	Progresista	Católica/ creyente	Casada	18-24 años	Si
Inf.5	Barcelona (1973-1975)	Progresista y ecologista	No creyente	Divorciada	18-24 años	No

FUENTE: Delmás 2014<sup>4</sup>. Elaboración propia

Algunas eran muy conscientes del problema de conciliación laboral y familiar y se enfrentaron al duro dilema de elegir la familia arriesgando el trabajo: «En mi caso es que me tuve que planificar por fuerza. A ver, yo tuve a mi hijo cuando quise, pero yo luego tuve muchos problemas para trabajar» (Inf.2: 8.16)

Ellas se consideraban unas “adelantadas a su tiempo”, puesto que la planificación familiar en los años 70 era un tema tabú, siendo ilegal el uso de los anticonceptivos orales hasta finales de 1978, a pesar de haber sido reconocido como un problema social y haber centros de orientación familiar desde 1974<sup>6-9</sup> «Yo estaba muy contenta porque ya se hacían consultas de planificación familiar, entonces no me veía como una persona extraña y que podía hablar con cualquier otra compañera y otra amiga del tema de la anticoncepción» (Inf.1: 7.48). «Lo viví como noticia el que las mujeres ya podían utilizar la anticoncepción, con lo cual, vamos, lo valoré como una libertad impresionante» (Inf.1: 8.12)

### 2. Conocimiento y acceso a los métodos anticonceptivos

Las enfermeras tenían un mayor acceso y conocimiento de los métodos anticonceptivos que el resto de las mujeres, por el mero hecho de trabajar dentro del ámbito sanitario<sup>6</sup>. Los conocimientos sobre estos métodos eran adquiridos en los estudios de Enfermería, en la asignatura de Ginecología, pero eran unos conocimientos técnicos muy concretos y puntuales, unas pinceladas para cubrir el expediente<sup>4</sup>. La principal fuente de información para las enfermeras fueron, de hecho, sus relaciones laborales:

«El ser profesional te lo facilitaba porque, claro, si tu estabas en un hospital, tenías como un acceso directo; trabajabas en un hospital en el servicio que fuera, pero podías ir a la consulta de gine y decirle al ginecólogo: "oye, mira, que voy a comenzar una relación y quiero tomar anticonceptivos" y él te los recetaba o te aconsejaba. El acceso era mucho más fácil que para la población en general, eso está claro» (Inf.3:16.08)

«Desde Enfermería, adentro se ha sabido, o sea, a mi, mi hija se me quedaba embarazada y yo sabía que podía ir a donde fuera, eso sí, con dinero; la gente de la calle ni lo sabía ni se lo habrían dicho.» (Inf.4:17.57)

«Estaba el personal de Enfermería y la gente de la calle; la gente de la calle a medida que iba subiendo en la escala cultural y social, más en la cultural, pues tenía más inquietudes y más acceso, por lo menos, más demanda de planificación familiar podía haber» (Inf.3: 3.32)

Los médicos no asumían la planificación familiar entre sus competencias asistenciales, salvo en el caso de amigos o familiares a quienes les proporcionaban métodos para impedir o interrumpir los embarazos no deseados. «Los médicos tenían sus creencias religiosas y tenías que saber a quién te dirigías» (Inf.4: 5.49)

### 3. Conciliación de la maternidad y la vida laboral

No fue fácil combinar la maternidad y la carrera profesional. Los ejemplos ofrecidos por las informantes son numerosos. Los turnos de trabajo y el precario permiso de maternidad de tres meses fueron un obstáculo real, por lo que buscaron ayuda en la familia o contrataron personal de servicio. La opción elegida por otras enfermeras fue la excedencia laboral, volviendo a su puesto de trabajo finalizada la crianza, lo que suponía dar mayor importancia al sueldo del marido. Las siguientes frases traducen los episodios que sobresalen en la memoria de lo vivido:

«Yo di a luz el 11 de marzo y me llamaron para trabajar en junio y tuve que coger el contrato porque sino me penalizaban» (Inf.2: 5.20)

«No me dieron la hora de lactancia en el hospital de Huesca, me dijeron que no, que es que no (...), me engañaron como a una china » (Inf.2: 6.22)

«Tenías que jugar con la familia si estaba cerca o si no muchísimas mujeres lo que hacían era coger excedencia» (Inf.5: 1.02)

«Yo he conocido a muchas que al casarse dejaban la plaza y les daban una indemnización (...), luego a los años podían incorporarse» (Inf.5: 1.27)

«Se podía conciliar pero siempre con ayuda, ayuda en casa o con los hijos, o bien de la familia o personas que contratabas para que te ayudaran en casa, si, yo creo que las enfermeras lo teníamos fácil» (Inf.3: 00.37)

«Yo me iba (a trabajar) llorando porque es que tenía un bebé, un bebé» (Inf.2: 6.08)

Sobre el valor de las enfermeras como usuarias potenciales de los servicios de PF resulta elocuente el informe del pionero servicio en la Maternidad de la Seguridad Social de Zaragoza (1975-78) que, al indicar que el 65,96 de las usuarias se dedicaban a "sus labores", añadía: «No obstante, hemos de hacer constar que probablemente las cifras cambien un poco en posteriores estudios, debido al gran interés despertado por la consulta de Orientación Familiar entre las propias mujeres trabajadoras de la Ciudad Sanitaria.» (Miñano,1980: 106)<sup>14</sup>

De acuerdo con nuestras investigaciones caracterizamos a la "enfermera tipo" de los años 70-80 como moderna aunque católica<sup>12</sup>, lo que constituye una hipótesis de trabajo para futuros estudios, pues sus hábitos no eran los más frecuentes entre la población pero pertenecía al sector

sociocultural donde se concentraban las modernas: el 49,27% de las mujeres no planificaban y sólo el 6,93% tomaba anovulatorios y de éstas, el 76,3% pertenecía a la clase media (Roncalés, 1977: 71-73, 95-97)<sup>15</sup>.

En conclusión, la enfermera “moderna” cumpliría con el siguiente perfil sociocultural: mujer joven de entre 18 y 30 años de edad que realizó los estudios de Enfermería entre los años 1971-1984 en zonas urbanas como Zaragoza o Barcelona; una persona progresista y creyente que quería romper el molde de la “madre en casa”, deseaba trabajar fuera del hogar, y adquirir la libertad e independencia que su condición de mujer con estudios le proporcionaría. Respecto a su perfil familiar, la enfermera moderna española de los 70 es de estado civil casada, realiza una plena y consciente planificación familiar de mutuo acuerdo con su marido, siendo la píldora y el preservativo los métodos anticonceptivos más utilizados. Respecto a su perfil de vida sexual, tiene su primer coito entre los 18 y 24 años de edad, mantiene relaciones sexuales con un solo compañero, y considera que sus relaciones son satisfactorias y placenteras, en las que a menudo alcanzaba el orgasmo.

## BIBLIOGRAFÍA

A. Fuentes orales: Entrevistas a Esperanza Clemente (4/4/2014), María Jesús Forcén (31/3/2014), Teresa Forcén (4/4/2014), Rosa Martínez (4/4/2014) y Pilar Moreno (31/3/2014).

### B. Bibliografía crítica y fuentes escritas

1. De Miguel, Jesús. La reforma sanitaria en España. El capital humano en el sector sanitario. Madrid, Cambio 16, 1976.
2. Miqueo, Consuelo y Muñoz Zaragoza, Begoña. La enfermería psiquiátrica. En: Fernández Doctor, A. (coord). Historia de la psiquiatría del siglo XX en Aragón. Zaragoza, SARP, 2014.
3. Germán Bes, Concha. La revolución de las batas blancas. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza, 2013.
4. Delmás Gracia, Isabel. Enfermería y Planificación familiar en Aragón en el Franquismo y Transición. Tesis de Máster, Universidad de Zaragoza, 2014. Disponible en: <http://zaguan.unizar.es/>
5. Gil, Eugenia; Macías, Juana; Navarro, Patricia. Indagar la memoria de sexualidad durante el franquismo mediante un cuestionario *on line*. Una propuesta metodológica. En: Campos Marín *et al* (eds.) Medicina y poder político. Madrid, SEHM-Facultad de Medicina, UCM, pp. 247-252, 2014. Disponible en: <https://sites.google.com/site/plantillasys/publicaciones>. Último acceso 12 abril 2015.
6. Gil, Eugenia; Ortiz-Gómez, Teresa; Ignaciuk, Agata. El movimiento de planificación familiar en la ciudad de Sevilla durante la Transición Democrática (1975-1983). En: Vázquez Bermúdez, Isabel (coord.) Investigación y Género. Logros y retos, Sevilla, Unidad de Igualdad Universidad de Sevilla, 2011, 726-736. Disponible en: [http://www.index-f.com/index\\_enfermería/46revis-ta/46\\_articulo\\_6468.php](http://www.index-f.com/index_enfermería/46revis-ta/46_articulo_6468.php) Consultado el 10 de Enero de 2014
7. Germán Bes, Concha; Chamizo, Carmen; Hueso Navarro, Fabiola; Subirón, Ana Belén. *El método biográfico y la compilación de biografías e historias de vida de profesionales de la Enfermería española*. Temperamentum 2011, 13. Disponible en <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/temperamentum/tn13/t1302.php> Consultado el 28 de febrero de 2014
8. Miqueo, Consuelo. Azar y necesidad: El movimiento por la planificación familiar y la libertad sexual en Zaragoza, en: Medicina y poder político. Madrid, SEHM-Facultad de Medicina, UCM, pp. 247-252, 2014.
9. Ortiz-Gómez, Teresa. Maternidad voluntaria: Anticoncepción, ciencia y feminismo en el siglo

- XX. En: Franco, Gloria (ed.), Debates sobre la maternidad. Desde una perspectiva histórica (siglos XVI-XX). Barcelona: Icaria, 2010, 85- 105.
10. Nash, Mary. Maternidad y construcción identitaria: debates del siglo XX. En: Franco, Gloria (ed.), Debates sobre la maternidad. Desde una perspectiva histórica (siglos XVI-XX). Barcelona: Icaria, 2010, 23- 47.
  11. Bolufer Peruga, Mónica. Madres, maternidad: nuevas miradas desde la historiografía. En: Franco, Gloria (ed.), Debates sobre la maternidad. Desde una perspectiva histórica (siglos XVI-XX). Barcelona: Icaria, 2010, 51- 81.
  12. Miqueo, Consuelo. Por una nueva cultura del amor duradero. Educación sexual y reproductiva en los Centros de Preparación al Matrimonio. Comunicación. II Encuentro Internacional de Enfermería VII Forandalus. Zaragoza, 2014.
  13. Miñano Navarro, Antonio. Situación actual de la planificación familiar en Zaragoza. Zaragoza: Institución Fernando el Católico; 1980.
  14. Roncalés Mateo, Miñano Navarro, Lainez Lamana. Análisis de un conjunto de datos descriptivos de la conducta sexual y su aplicación al estudio de la planificación familiar. Madrid, Instituto Nacional de Previsión, 1977.



# EL LABORIOSO CAMINO RECORRIDO POR LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA EN EL ÁMBITO DE LOS CUIDADOS NATURALES

## *The laborious way of Spanish Nursing in the field of natural care*

M<sup>a</sup> Elena Pueyo

Salud Aragón

Ovidio Céspedes

Director de Clínica Privada

M<sup>a</sup> Paz Castillo

Centro de Salud "La Vega-Zapatón", Torrelavega (Cantabria)

**PALABRAS CLAVE:** enfermería española, terapias alternativas, enfermería holística.

**KEY WORDS:** spanish nursing, alternative therapies, holistic nursing.

**RESUMEN:** Una mirada retrospectiva de cómo se han ido articulando los mecanismos para que la Enfermería Española pueda implementar intervenciones de cuidados en el contexto general del cuidado, nos sirve para honrar a todos los profesionales enfermeros implicados y apoyados desde el máximo órgano regulador, el Consejo General de Enfermería. Este camino recorrido hasta hoy en día, abarca desde unos incipientes cuidados naturales integrados por el ejercicio enfermero, la huella enfermera trasladada al Informe Lannoye/Collins y un largo etcétera de hechos relevantes que propiciaron el nacimiento de la Resolución 14/14, a partir de la cual, la Enfermería Generalista Española y en particular la especializada en cuidados naturales goza hoy de la cobertura y defensa de sus actos colegiados, con la mente puesta siempre en la seguridad del paciente y proyectándose hacia el escenario que permitirá su desarrollo: la formación curricular.

**ABSTRACT:** A retrospective look at the mechanisms articulated so far that have enabled the Spanish Nursing to implement interventions of alternative therapies in the general context of care, helps us honour all the professional nurses involved and supported from the highest governing body, the General Nursing Council. The journey until the present day ranges from the incipient alternative therapies integrated in the nursing intervention, to the nursing imprint in the Lannoye/Collins Report and a long etcetera of relevant events that contributed to the Resolution 14/14 from which the Spanish General Nursing, and, in particular, the area specialized in alternative therapies, enjoys the coverage and defense of their collegiate functions, always having the patient's safety in mind, and aims at an scenario that will allow its development: the curricular training.

## INTRODUCCIÓN

Los avances de la humanidad son la realidad visible del tesón de numerosos actos individuales para alcanzar metas relevantes en pro de la sociedad. Sin embargo, en cualquier ámbito en el que pese la estructura organizativa y la iniciativa desestabilice los sistemas establecidos, desde que las personas deciden abanderarse y trabajar en la consecución de esa meta hasta conseguir la oficialidad y el reconocimiento, hay un largo camino que recorrer.

La Enfermería, como colectivo, no escapa a esta dinámica sociopolítica; los avances profesionales alcanzados en numerosos países no son extrapolados a nivel mundial, a una y otra parte del océano, precisamente por estar expuestos a las políticas de cada país, incluso muchas normativas europeas no son de cumplimentación obligatoria por los estados miembros, sino de recomendación, por lo que se establecen velocidades distintas a la hora de su puesta en marcha. Sin duda alguna, sirven de acicate para iniciar caminos.

Esta es la historia del largo y arduo camino recorrido por la Enfermería Española para alcanzar el reconocimiento del propio lenguaje enfermero NANDA, NIC-NOC, interpolado al ámbito de las Terapias Holísticas en el contexto general del cuidado enfermero.

## HISTORIA

*Hace unos 25 años...* los cuidados naturales irrumpieron en la Enfermería de forma individualizada desde las zonas rurales extendiéndose a la atención primaria y el ejercicio libre, aportando al cuidado profesional relacionado con el aprendizaje oficial, un enfoque complementario basado en los conocimientos tradicionales. Se crearon grupos en España donde los propios enfermeros y otros profesionales compartían los cuidados que llevaban a cabo en el ejercicio diario. Estos mismos enfermeros promovieron, en los Colegios Profesionales, la creación de las *Secciones de terapias alternativas*<sup>1</sup> para seguir trabajando y desarrollando los cuidados naturales, desde este marco oficial. (El Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza fue el primero en tener su sección/departamento de Enfermería Naturista y Terapias Alternativas en España, integrado por D. Carlos Gracia Sos, D<sup>a</sup>. Marisa Orive y D. Tomás Fernández Fortún).

Desde el Colegio Oficial del Principado de Asturias se insta al Consejo General de Enfermería para que cree la correspondiente Sección en estas Terapias. Se forma un Grupo Intercolegial de Trabajo cuyo objetivo es la Regulación en el ámbito enfermero. Este Grupo de profesionales creó el *Primer Comité de Expertos*<sup>2</sup> presidido por el Sr. José Luis Gallego del Colegio Oficial de Sevilla, aunque a posteriori, se decidió crear una *Vocalía* de representación dentro del Consejo General: En primera instancia la ostentó D. José Ovidio Céspedes (Colegio Oficial del Principado de Asturias) y después D<sup>a</sup>. Gema Hernández (Colegio Oficial de Salamanca). Fue nombrado como Presidente, por el Consejo General, D. Ángel Torres (Presidente del Colegio Oficial de Teruel) y tras su fallecimiento, ocupó el cargo D. José M<sup>a</sup> Camps (Presidente del Colegio Oficial de Lleida). Actualmente, es quién nos representa.

El Grupo de Trabajo Nacional<sup>1</sup> formado por D. José Ovidio Céspedes Tuero (Principado de Asturias), D<sup>a</sup> Pilar Lanao Senz (Huesca), D<sup>a</sup>. Rosa Ferrer de Dios (Barcelona), D. Felipe Serrano Gómez (Alicante) y D. Carlos Gracia Sos (Zaragoza), entre otros, se reunió en el Colegio de Enfermería de Zaragoza (1996) y posteriormente en la sede del Consejo General, para revisar el proyecto de Informe Lannoye/Collins<sup>3</sup> sobre el régimen de las "Medicinas No Convencionales" de la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Protección del Consumidor del Parlamento Europeo. Las enmiendas propuestas a este proyecto se hicieron llegar por encargo de la Diputada (IU) del Parlamento Europeo D<sup>a</sup> Laura González Álvarez<sup>1</sup> a los eurodiputados Carmen Díez de Rivera (PSOE) y Paul Lannoye (Verdes). El texto defendía que: "...Las Terapias Alternativas deben ser desarrolladas por

*todos los Profesionales Universitarios en Ciencias de la Salud, no siendo patrimonio de nadie...El desarrollo de éstas deben contemplarse en prevención, promoción y fomento de la salud, en la fase asistencial, docente e investigadora de Enfermería... Consideramos que los Profesionales Universitarios de Enfermería, debemos de informar y defender nuestra posición en España al respecto de nuestro importante papel dentro de la Terapias Alternativas..."*

Mientras, la enfermería holística española trabaja de forma autónoma en cada provincia para hacerse visible en su propio contexto enfermero y en la sociedad. Han tenido y siguen teniendo como objetivos principales: el desarrollo de los cuidados tradicionales dentro del equipo multidisciplinar de Salud, intercambiar conocimientos con profesionales de otros ámbitos, reafirmar el rol autónomo de la Enfermería en Terapias Naturales y Complementarias y la normalización de las intervenciones enfermeras. Todo ello, para expandir los cuidados naturales transversalmente en el ámbito general del cuidado. Dado que en el NIC figura la especialidad de Enfermería Holística, siempre se proyectó la justificación de que las intervenciones, actividades, técnicas y terapias fuesen patrimonio del *generalista* y no del *especialista*.

La potencialidad de llevar a cabo estos objetivos da lugar a la aparición de asociaciones, como ADEATA (Sociedad Científica de Enfermería en Terapias Naturales) (1991) con D. Miguel Romero Lorente como Presidente y a la organización de diversos Congresos Nacionales<sup>1,2</sup> cada dos años, más o menos consensuados: Alicante (1996), San Sebastián (1999), Sevilla (2001), Salamanca (2002), Teruel (2005), Barcelona (2008), Santa Pola (2008), Alicante (2014) y otros Congresos que no eran de la especialidad.

Se funda la primera Sociedad Científica<sup>1</sup> profesional de carácter representativo, *Sociedad Española de Enfermería Holística y Naturista (SEEHNA)* (2003). La Junta directiva estaba formada, inicialmente, por: D. José Ovidio Céspedes Tuero (Presidente), D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Gema Hernández Díaz (Vicepresidenta), D. Buenaventura Ruez Esteban (Secretario), D<sup>a</sup> Susana Muñoz Viña (Tesorera) y como Vocales, D. Manuel Anguita Cámara, D. César Francisco González Fernández, D. Ángel Sánchez Ouro, D. Pedro José Menor Astillero y D. Manuel Arias Vázquez. Más tarde, sería D. Juan Carlos López Wampercín quien se pondría al frente, en calidad de Presidente y en sustitución de la junta provisional que creó a su fundación D. José Ovidio Céspedes.

Casi al mismo tiempo, desde el Consejo General se reclama formar parte del proyecto de normalización de intervenciones enfermeras para el desarrollo de las Terapias Alternativas, denominado *1CONE* (Cuidados Opcionales en la Práctica Enfermera), creando grupos por materias: fitoterapia, visualización/relajación, reflexología, hidroterapia, yoga... etc. Más tarde sería el propio NIPE quien, con el grupo de trabajo formado, experimentaría la inclusión de estas disciplinas asistenciales en la práctica enfermera a través del estudio científico con paneles Delphi.

Gracias al trabajo continuado y perseverante de los grupos de trabajo y del Consejo General, se consigue la inclusión de un anexo en la *4Póliza de Responsabilidad Civil de la Organización Colegial*, en la cual queda cubierta la actividad de "terapias alternativas". Después de este logro se alcanzaría otro con el *5Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre*, en el que se aprobó el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud; explícita en su *Anexo VII* el contexto en el que debe realizarse el acto enfermero con su lenguaje propio, recogiendo expresamente las clasificaciones de diagnósticos, intervenciones y resultados NANDA, NIC y NOC.



*Foto de archivo<sup>1</sup>: D. Paul Lannoye, D. José Ovidio Céspedes y D<sup>a</sup> Laura González Álvarez*





Foto de archivo5: Grupo Intercolegial ENFERMERÍA ESPAÑOLA DE CUIDADOS HOLÍSTICOS (CHEE) Valencia, noviembre de 2014.

La necesidad de compartir información, inquietudes y aunar esfuerzos entre los enfermeros que desarrollan los cuidados holísticos, ha vuelto a surgir con fuerza; En abril de 2014 se reunieron los representantes de las Secciones de Terapias de diferentes Colegios y propusieron la creación de un <sup>5</sup>Grupo Intercolegial. El grupo sigue creciendo con la inclusión de más Colegios Oficiales de Enfermería, reactivando las correspondientes secciones de Terapias que ya disponen o impulsando y apoyando la creación de estas, a través los profesionales vinculados desde hace tiempo pero sin organización oficial.

Pero sin lugar a dudas, la reciente aprobación en la Asamblea General del Consejo General de Enfermería (diciembre 2014) de la "Resolución 14/14 *por la que se ordenan determinados aspectos del ejercicio profesional enfermero en el ámbito de las terapias y cuidados holísticos y naturales*", posiciona a la Enfermería Generalista Española y en particular la especializada y formada en cuidados naturales con la cobertura y defensa de sus actos colegiados gracias a la Póliza de Responsabilidad Civil, a las intervenciones codificadas NIC e incluso aquellas que no están etiquetadas.

## CONCLUSIONES

La Enfermería contribuye a la evolución de la sociedad como agente proveedor de cuidados, estableciendo una relación directa, activa y continua con las personas, las cuales le proporcionan la retroalimentación necesaria para el conocimiento del proceso de salud; Este escenario le permite avanzar con entidad propia, implementado y desarrollando todas aquellas herramientas que le permitan llevar a cabo su función: CUIDAR.

Los mecanismos que se han ido articulando y la Resolución 14/14 establecen el marco normativo y jurídico para el uso de intervenciones habituales en la asistencia del enfermero y enfermera hacia la persona, familia y comunidad, en el contexto de la enfermería holística, siempre desde una perspectiva global y profesional, tendiendo, en todo momento, hacia la ciencia y la evidencia, para proyectarla al nivel que le corresponde en la Enfermería Nacional y Mundial.

Del mismo modo, la Resolución constituye, en sí misma, la base de trabajo para una planificación prospectiva que gestione la Enfermería Holística dentro del marco de competencias <sup>4</sup>(CIE), consensuando y priorizando con las partes implicadas, así como, los contenidos mínimos curriculares que debe abarcar cualquier programa de formación.

Para la consecución de estas nuevas metas, hoy en día, pretendemos fusionar, integrar y unificar todas las asociaciones locales, regionales, autonómicas y nacionales, en una sola, que denominamos: <sup>5</sup>Enfermería Española de Cuidados Holísticos, para que sea, junto con la Vocalía del Consejo General de Enfermería y los Colegios Provinciales y Autonómicos, el órgano de unión y desarrollo de la Enfermería en el sector.

## BIBLIOGRAFÍA

(1) Archivo personal de documentación de D. José Ovidio Céspedes Tuero

- (2) Archivo personal de documentación de D. Tomás Fernández Fortún
- (3) Informe Lannoye/Collins [en línea] [INFORME – Europa] Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A4-1997-0075+0+DOC+PDF+V0//ES>
- (4) Consejo General de Enfermería [sede web]. Disponible en: <http://consejogeneralenfermeria.org>
- (5) Grupo Intercolegial Enfermería Española de Cuidados Holísticos (CHEE) [sede web] Disponible en: <http://enfermeriacuidadosholisticos.blogspot.com.es/>



# AYER Y HOY DEL LAVADO DE MANOS

## *Yesterday and today's handwashing*

Eva M<sup>a</sup> Rodríguez de la Fuente

Cristina Ruiz Calderón

Centro de Salud Besaya (Los Corrales de Buelna, Cantabria)

**PALABRAS CLAVE:** Lavado, Manos, Evolución.

**KEY WORDS:** Washing, Hands, Evolution.

**RESUMEN:** Objetivo: Conocer el papel del lavado de manos a lo largo de la historia.

Método: Búsqueda bibliográfica e información recogida de distintas páginas web.

Resultados: Se ha comprobado la importancia del lavado de manos ha a través de los años

Conclusiones: El lavado de manos ha sido una de las prácticas básicas de higiene entre los seres humanos; Es la práctica de control de infecciones más importante desde hace mas de 160 años. se ha comprobado que el lavado de manos evitaría el 44% de las muertes causadas por enfermedades diarreicas y el 25 % de las infecciones respiratorias agudas.

**ABSTRACT:** The main aim of this research is to understand the role of handwashing throughout history.

The method that will be used is a literature search and information collected from different websites.

As result, It has been shown how handwashing has gained importance over the years, reducing mortality and transmission of infectious diseases.

Handwashing has been one of the basic hygienic practices among humans; since antiquity it is the practice of most important infection control for over 160 years. At present, it has been found that hand washing prevent 44% of deaths from diarrheal disease and 25% of acute respiratory infections.

El lavado de manos ha sido una de las prácticas básicas de higiene entre los seres humanos; desde la antigüedad se registraron las primeras actividades relacionadas para mantener la higiene. Es la práctica de control de infecciones más antigua, sencilla e importante para minimizar la transmisión de infecciones.

Desde hace más de 160 años, se documentaron avances importantes, que poco a poco se fueron compartiendo con el resto de la población, de tal forma que en la actualidad es uno de los procedimientos más reconocidos para la prevención de infecciones con gran impacto en el autocuidado de la población.

En el S.XIX Ignaz Semmelweis demostró por primera vez que lavarse las manos con frecuencia ayuda a prevenir la propagación de enfermedades

En 1860 Florence Nightingale publica su libro "Notas sobre Enfermería" donde encontramos "*Toda enfermera debe lavarse las manos cuidadosa y frecuentemente a lo largo de la jornada*"

En 1879 Louis Pasteur defendió la teoría de las manos como vínculo de gérmenes.

En 1970 se establece el lavado de manos como el procedimiento más importante para prevenir la diseminación de microorganismos. En ese tiempo, no fue aceptado en todo el ámbito hospitalario.

En la actualidad, se ha comprobado que el lavado de manos evitaría el 44% de las muertes causadas por enfermedades diarreicas y el 25 % de las infecciones respiratorias agudas, que suponen la mayor causa de muerte en los menores de 5 años a nivel mundial.

Desde el año 2008, el 15 de octubre se celebra el día Mundial del lavado de Manos, que a largo plazo, se puede convertir en una poderosa plataforma dirigida a concretar el compromiso público en acciones que estimulen cambios de comportamiento.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Codita.org [Internet]. Tarragona, Congrés de L'Associació Catalana d'Infermeria Pediàtrica. Vila-seca. Fernández Fernández, M<sup>a</sup> L, c2011 [citado marzo 2015]. "Desde Florence Nightingale a nuestros días" 15 páginas. Disponible en: [https://www.codita.org/files/dpf/noticies/conferencia\\_luz.pdf](https://www.codita.org/files/dpf/noticies/conferencia_luz.pdf)
2. Unpa.edu.mx [Internet]. Madrid. B.López c2012, [citado marzo 2015]. Importancia del lavado de manos en la prevención y disminución de las infecciones nosocomiales. [50 paginas]. Disponible en : <http://www.unpa.edu.mx/~blopez/SoftwareEnfermeria/SE/sitios2012/lavado/lavado%20de%20manos.pdf>
3. Unicef.org [Internet] c2009, [citado marzo 2015]. Guía para planificadores 2<sup>a</sup> Edición. Unicef.org, página 8. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/GHD\\_PLanners\\_Guide\\_Espanol\\_Lowres.pdf](http://www.unicef.org/lac/GHD_PLanners_Guide_Espanol_Lowres.pdf)

# LA ENFERMERÍA EN PRISIONES

## *The Nursing in Prisons*

Ángel María López Sánchez  
José Ramón Borráz Fernández  
María Pilar Fernández Prieto  
C.Penitenciario "El Dueso". Santoña. Cantabria

**PALABRAS CLAVE:** Prisión. Enfermería. Atención Primaria.

**KEY WORDS:** Prison. Nursing. Primary Care.

**RESUMEN:** La asistencia de Enfermería está presente en las cárceles al menos desde el Siglo XVII hasta nuestros días. Practicantes, Visitadoras, Religiosas/os, Auxiliares del Cuerpo de Sanidad, ATS y finalmente enfermeras han prestado esta asistencia a las personas privadas de libertad, aportando su papel organizativo, gestor, educador y asistencial.

**ABSTRACT:** Nursing assistance is present in prisons at least since the 17TH century to the present day. Practitioners, visitors, religious, auxiliary of the medical corps, ATS and finally nurses have provided this assistance to persons deprived of freedom, bringing its organisational, Manager, educator and welfare role.

## INTRODUCCIÓN Y ESTADO ACTUAL

La evolución de la Enfermería en las prisiones españolas ha seguido un desarrollo paralelo al desarrollo sanitario y social del país. En los años de la posguerra el hacinamiento y la escasez de alimentos fueron las causas fundamentales de la elevada prevalencia de la Tuberculosis, en los 80 y 90 entraron un gran número de drogodependientes infectados por el VIH, dando lugar a una emergencia sanitaria. A la cronificación de la enfermedad y su atenuación, le siguió en los inicios del siglo XXI el aumento de internos con afectaciones orgánicas crónicas, relacionadas con el incremento de edad de las personas que ingresan en prisión y en la actualidad es la salud mental la que requiere los mayores esfuerzos sanitarios.

La asistencia de Enfermería se lleva a tres niveles: Un primer nivel de Atención 1ª en cada uno de los Centros Penitenciarios, similar a los Centros de Salud Comunitarios. Un 2º nivel de atención especializada para lo cual Instituciones Penitenciarias mantiene acuerdos asistenciales con los Sistemas Sanitarios de las Comunidades Autónomas. Un tercer nivel de atención Hospitalaria a través de las Unidades de Custodia para Presos y Detenidos existentes en Hospitales del Sistema de Salud de la Comunidad y de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios. La atención especializada y hospitalaria (a excepción de psiquiátricos penitenciarios), se lleva a cabo por personal de enfermería del Sistema sanitario de la Comunidad donde se sitúe el Centro Penitenciario.

En la actualidad el Cuerpo de Enfermeros de Instituciones Penitenciarias está constituido por 597 enfermeros/as distribuidos en 70 Centros Penitenciarios, 2 psiquiátricos, 31 de Inserción social y 3 unidades de madres. El 60% corresponde al sexo femenino. El 75% es menor de 44 años y el 50% menor de 37 años. Solamente el 8% no ha trabajado nunca en ningún otro sistema de salud y la ratio de reclusos/enfermero/a es de 110<sup>1</sup>.

## MÉTODO

Se trata de un estudio histórico descriptivo. Para llevarlo a cabo realizamos:

1. Búsqueda en la página web de la Agencia estatal del Boletín Oficial del Estado (BOE), en los ítems "Todo BOE" y "Colecciones Históricas" en Gazeta (1661-1959) del Ministerio de la Presidencia del Gobierno de España. En ambos apartados se emplearon, como palabras principales de búsqueda, "Prisión", "Penal", "Presos" combinadas con "Enfermería", "Enfermero/a", "ATS", "Practicante", "Sanidad Penitenciaria". Se hallaron múltiples referencias seleccionando aquellas que tienen relación con este estudio.
2. Búsqueda de artículos en publicaciones sanitarias que hagan reseña de la asistencia de enfermería en las cárceles españolas con las palabras referidas de búsqueda. Se realiza en las bases de datos: LILACS, CidSaude, PAHO, REPIDISCA, DESASTRES, ADOLEC, BBO, BD-ENF, HomeoIndex, MedCarib, WHILIX, IBEC, MEDES, Rovira y Virgil, DOCUMED, ENFISPO, IME, PUBMED Y SCIELO y TESEO. Se encuentra respuesta en LILACS (7), BDEFN (1), IBEC (1) y MEDES (5). En ningún caso las referencias encontradas guardan relación con la historia de enfermería en prisiones.
3. Búsqueda de artículos que tengan relación con la enfermería en prisión, en las Revistas de historia de la Enfermería (*Hiades*), en la Revista Española de Sanidad Penitenciaria (*RESP*) y en revistas específicas de penales (*Revista de las prisiones*).

## RESULTADOS

La primera referencia encontrada a la enfermería en las cárceles data de 1634, en la 1ª edición de las Constituciones y Regla de la Mínima de la Congregación de los Hermanos Enfermeros

Pobres, más conocida como Congregación de Enfermeros Obregonos. Se cita textualmente: “Y *síguese el modo que nuestros Hermanos enfermeros guardarán para cumplir el boto y obligación más principal de nuestro Ynstituto que es el de la ospitalidad y misericordia en los pobres de Cristo Nuestro Señor cuando fueren pedidos y llamados de los ospitales y cárçeles para los serbir y curar*”<sup>2</sup>.

En 1857 mediante la Ley de Instrucción Pública o Ley Moyano<sup>3</sup>, se regulan las profesiones sanitarias. Aparece la figura del Practicante que estará presente también en las prisiones y que englobaba a todos los que prestaban servicios de ayudantes de médicos, como los cirujanos y los barberos<sup>4</sup>. Sus funciones quedaron establecidas posteriormente, en el Reglamento para las carreras de Practicantes y Matronas de 1888. En él se establecen las actividades que podían realizar y los conocimientos que debían tener, así como el periodo de prácticas que debían realizar en instituciones públicas y el examen oral a superar ante un tribunal calificador, cuya composición quedaba establecida<sup>5</sup>.

En 1863, Concepción Arenal, máximo exponente de la enfermería durante estos años, es nombrada visitadora de prisiones en Galicia. Realizó un tipo de enfermería comunitaria. Recogió sus conclusiones tras el análisis de la labor sociosanitaria visitadora, en dos volúmenes: “El visitador del pobre” y “El visitador del preso”. A través de un análisis de la realidad social, benéfica y penitenciaria denunció la necesidad de suplir las carencias existentes en cuanto al personal de enfermería y los servicios de enfermería, que hasta ese momento eran desempeñados por personas con escasos recursos económicos y limitados conocimientos culturales y técnicos<sup>6</sup>.

En 1875, durante la época de la Restauración Borbónica (1874-1931) reinando Alfonso XII, la Dirección General de Beneficencia, Sanidad y Establecimientos Penales, dependiente del Ministerio de la Gobernación, publica la convocatoria de 18 plazas de practicante de Medicina y Farmacia<sup>7</sup>.

En 1880 el Estado firmó un acuerdo con las hijas de la Caridad para su establecimiento en la Casa Galera (prisión de mujeres) de Alcalá de Henares, única y centralizada prisión femenina de cumplimiento de penas privativas de libertad del Estado, al que seguirían muchos otros en diversas ciudades españolas<sup>8</sup>. Desempeñarían múltiples funciones, entre ellas las de atención de Enfermería<sup>9</sup>.

Durante la Regencia de M<sup>a</sup> Cristina en 1889, con la reorganización del Cuerpo Especial de Empleados Públicos de Establecimientos Penales se consideran agregados a la sección sanitaria, los Cirujanos Practicantes, Practicantes de Farmacia y personal subalterno de las enfermerías de las prisiones<sup>10y11</sup>. En 1891 se convoca concurso para cubrir 10 plazas de practicantes de Medicina y Cirugía del cuerpo de empleados de Establecimientos Penales<sup>12</sup>.

En Marzo de 1904 se anuncian a concurso las plazas de Practicantes de Medicina y Cirugía con destino en las prisiones preventivas<sup>13</sup>. Posteriormente, en 1905, se crean en la plantilla de las grandes cárceles celulares (Madrid, Barcelona y Valencia)<sup>14</sup>.

El 21 de Mayo de 1915 acaece un hecho fundamental para la profesión de Enfermería, se publica en la Gazeta de Madrid una Real Orden a instancias de la Congragación de la Siervas de María solicitando que se autorice para ejercer la profesión enfermera a las religiosas que acrediten tener los conocimientos necesarios. Se establece el programa de formación que toda persona, religiosa o no, debe realizar para ejercer la profesión de enfermera<sup>15</sup>.

El contrato diseñado originariamente con las Hijas de la Caridad para la gestión de la penitenciaría de Alcalá en 1880 y sancionado en 1913, es renovado en 1923 pero con carácter de contrato general, extensivo a las prisiones masculinas y femeninas donde decidiera establecerse la orden. Posteriormente con el mandato de Victoria Kent, Directora General de Prisiones (1931-1934) en la II República, fueron relegadas de las cárceles, prescindiendo de sus servicios. Tras este paréntesis,



con el Gobierno el General Franco se restableció dicho Reglamento en 1936 y recurrió a sus servicios a partir de 1938, todavía en plena guerra civil. Con ello las Órdenes Religiosas volvieron a estar presentes desempeñando entre otras labores, la de enfermería<sup>16</sup>.

En 1947 se convoca Oposición Pública para cubrir 80 plazas de nueva creación del Cuerpo Especial de Prisiones de practicantes de Medicina y Cirugía de Sanidad Penitenciaria<sup>17</sup>. En este mismo año se transcribe al Boletín Oficial de Estado, el Reglamento del Hospital Central Penitenciario de mujeres "Raimundo Fernández Cuesta" anteriormente de "Las Ventas" y en él queda reflejado el papel que juega la Enfermería en el sistema penitenciario hospitalario. En su artículo 12 dice textualmente: *"El Hospital dispondrá de seis Hermanas Religiosas enfermeras diplomadas para realizar los servicios propios de su cargo en las salas del Establecimiento..."* Y en su artículo 25 dice textualmente: *"Desde las 10 de la mañana comienzan las visitas de los Jefes Clínicos. Cada Jefe Clínico irá acompañado de la Hermana Enfermera..."*<sup>18</sup>.

En 1948 se aprueba el Reglamento de los Servicios de prisiones y por razones de salud se establecen los Hospitales Penitenciarios, Sanatorios Penitenciarios Antituberculosos y Sanatorios Psiquiátricos Penitenciarios que fueron catalogados en el Reglamento Penitenciario de 1930 como prisiones centrales especiales en contraposición de las prisiones centrales comunes<sup>19</sup>.

En 1949 se crea la escala Auxiliar de Sanidad de Prisiones con 10 practicantes de primera clase, 20 de segunda clase y 30 de tercera clase<sup>20</sup>.

En 1952-1953 se crea el título de Ayudante Técnico Sanitario a partir de estas siglas se acuña el término A.T.S. que unifica los planes de estudio de practicantes, comadronas y enfermeras por primera vez<sup>21</sup>.

En 1956 se aprueba el siguiente reglamento del Servicio de Prisiones y en el capítulo de personal aparecen los Practicantes Mayores de 1ª y 2ª clase y los Practicantes de 1ª, 2ª y 3ª clase<sup>22</sup>.

En 1970 pasa a denominarse Cuerpo de ATS de Instituciones Penitenciarias<sup>23</sup>.

Finalmente en 2011 recibe el nombre de Cuerpo de Enfermeros de Instituciones Penitenciarias<sup>24</sup>.

## DISCUSIÓN

La situación de reclusión de los internos y la ausencia del reconocimiento universal del derecho a la asistencia sanitaria, dejaba al margen la cuestión de la salud en el ámbito penitenciario. Estas circunstancias dieron lugar a la creación de una organización sanitaria autónoma específica dentro de la Administración penitenciaria que aún se mantiene. Su fundamento se encuentra en el Ley Orgánica General Penitenciaria artículo 3, consecuencia 4, en la que se dispone que *"se ha de velar por la vida, integridad y salud de las personas internadas en prisión"*, estableciéndose en su capítulo III las normas generales de la Asistencia Sanitaria<sup>25</sup> que quedaran reflejadas en el Reglamento Penitenciario. La voluntad del legislador es clara y no es otra que la de mantener los derechos relativos a la asistencia sanitaria y así ni los suprime, ni los restringe en el momento de aprobación de la Ley Orgánica General Penitenciaria o, posteriormente, a la hora de configurar el derecho a la asistencia sanitaria mediante la Ley General de Sanidad primero y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud después<sup>26</sup>.

La actividad de Enfermería que se realiza en las cárceles es de atención primaria, en sus tres vertientes: 1.- Dependiente. Realiza actividades sanitarias derivadas que surgen en la consulta médica del día a día. 2.- Independiente. Realización de la Historia de Enfermería instaurándose poco a poco la terminología NANDA-NIC-NOC y actividades de gestión, consulta enfermera, docente y

de educación para la salud e investigación. 3.- Interdependiente. Participación, implicación y colaboración con otros profesionales, tanto penitenciarios como extrapenitenciarios en los diferentes programas multidisciplinares.

Las funciones de enfermería están recogidas en el artículo 324 del Reglamento Penitenciario actual. Estas funciones son y se cita textualmente: *"Acompañar al médico en la visita de enfermería, en la consulta y en el reconocimiento de los ingresos, tomando nota de sus indicaciones para administrar personalmente los inyectables y demás tratamientos que aquel prescriba. Realizar las curas que con arreglo a su titulación deba realizar. Controlar los medicamentos y material e instrumental clínico-sanitario, cuidando de que no se utilicen otros que los prescritos por el médico. Dirigir personalmente las operaciones de desinsectación y desinfección, ateniéndose a las indicaciones que reciba del médico. Llevar personalmente la documentación administrativa de la enfermería"*<sup>27</sup>. Claramente están obsoletas y no reflejan las funciones que los enfermeros/as realizan en la actualidad. Es la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias la que permite al personal de Enfermería, realizar las actividades propias de su profesión<sup>28</sup>.

La legislación penitenciaria no incluye de forma actualizada y clara, la actividad profesional que realiza el personal de Enfermería de acuerdo a su titulación.

## CONCLUSIONES

Históricamente la Enfermería está presente en las Instituciones Penitenciarias de todas las épocas desde sus orígenes.

En la actualidad, la asistencia de enfermería a los presos, se presta de forma equivalente a la población general, con las características del entorno penitenciario.

Para el futuro próximo, de acuerdo con la disposición adicional sexta de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud del 2003, la enfermería penitenciaria deberá integrarse en el Sistema Nacional de Salud y de este modo, se asumirán las competencias al mismo nivel que las propias de los profesionales de este Sistema Nacional de Salud<sup>29</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Realidad laboral y profesional de la Enfermería en las Prisiones Españolas. Grupo de Trabajo de Enfermería de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (GESESP). <http://sesp.es/imagenes/094/portada/librorealpri.pdf>
2. García Martínez AC. Las constituciones manuscritas elaboradas por Bernardino de Obregón. Híades. Revista de Historia de la Enfermería. 2008; núm. 10: pp. 203-254. [http://www.portalhiades.com/Otros%20enlaces/D%20Sala%20de%20lectura/SALA\\_LECTURA%20/SALA\\_PDF/0203\\_0254%20HIADES%2010.pdf](http://www.portalhiades.com/Otros%20enlaces/D%20Sala%20de%20lectura/SALA_LECTURA%20/SALA_PDF/0203_0254%20HIADES%2010.pdf)
3. España. Ley de Instrucción Pública o Ley Moyano de 9 de Septiembre de 1857. Gazeta de Madrid de 10 de Setiembre de 1857. pp 1-3. N° 1710. <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1857/1710/A00001-00003.pdf>.
4. Historia de la Enfermería en España. Fuentesvilla Montes R. Enfermera UARH. Disponible <http://uarh.blogspot.com.es/2013/02/historia-de-la-enfermeria-en-espana.html>
5. España. Reglamento para las Carreras de Practicante y Matrona. Gazeta de Madrid nº 323 p. 516 de 18 de Noviembre de 1888. <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1888/323/A00516-00516.pdf>
6. Fundamentos De Enfermería (II) El Reformismo. <https://laenfermeria.wordpress.com/2008/02/22/fundamentos-de-enfermeria-ii-el-reformismo/>

7. España. Gazeta de Madrid. Nº 90 de 31 de Marzo de 1875. p 853. <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1875/090/A00853-00854.pdf>
8. Cárceles de mujeres del 900. Una rutina punitiva secular. Hernández Folgado F. Siglo XX. Revista catalana d'història, 6 (2013), 85-112. p86. <http://revistes.ub.edu/index.php/segleXX/article/view/9960>
9. España. Real decreto de composición del Cuerpo Especial de Establecimientos Penales. Gazeta de Madrid núm. 320, de 16/11/1889, páginas 484 a 485. <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1889/318/A00453-00455.pdf>
10. Las Hijas de la Caridad en la profesionalización de la enfermería. Hernández Martín F. Cultura de los Cuidados. Pag.43. 2º. Semestre 2006 • Año X - N.º 20. [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/862/1/culturacuidados\\_20\\_5.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/862/1/culturacuidados_20_5.pdf)
11. Realidad laboral y profesional de la Enfermería en las Prisiones Españolas. Grupo de Trabajo de Enfermería de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (GESESP). <http://sesp.es/imagenes/094/portada/librorealpri.pdf>
12. España. Gazeta de Madrid nº173 de 22 de Junio de 1891. p973. <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1891/173/A00973-00973.pdf>
13. España. Real orden disponiendo se anuncie a concurso la provisión de varias plazas de Practicantes en el Cuerpo de Prisiones. Gazeta de Madrid núm. 84, de 24/03/1904, página 1195. <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1904/084/A01195-01195.pdf>
14. España. Real Orden de 18 de Agosto de 1905 por la que se aprueban las plantillas para el personal de las Cárceles del Reino. Gazeta de Madrid. Nº 249 de 6 de setiembre de 1905. p886. <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1905/249/A00886-00887.pdf>
15. España. Real orden aprobando el programa de los conocimientos que son necesarios para habilitar de enfermeras a las que lo soliciten, pertenecientes o no a Comunidades religiosas. <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1915/141/A00484-00486.pdf>
16. Cárceles de mujeres del 900. Una rutina punitiva secular. Hernández Folgado F. Siglo XX. Revista catalana d'història, 6 (2013), 85-112. p91. <http://revistes.ub.edu/index.php/segleXX/article/view/9960>
17. España. Orden de 11 de Agosto de 1947 por la que se convoca a Oposición Pública para cubrir 80 plazas del Cuerpo de nueva creación de Practicantes en Medicina y Cirugía de Sanidad Penitenciaria del Cuerpo Especial de Prisiones y programa y relación de puestos vacantes. B.O. de E. Nº 231 de 19 de Agosto de 1947. p4651. <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1947/231/A04651-04654.pdf>
18. España. Dirección General de Prisiones. Transcribiendo El Reglamento del Hospital Central Penitenciario de Mujeres. <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1947/066/A01605-01606.pdf>
19. España. Decreto de 5 de Marzo de 1948 por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prisiones. <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1948/136/A01902-01903.pdf>
20. España. Ley de 16 de Julio de 1949 por la que se reorganizan los Cuerpos dependientes de la Dirección General de Prisiones. p3183. <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1949/199/A03183-03184.pdf>
21. España. Decreto de 4 de Diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios. <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1953/363/A07723-07724.pdf>
22. España. Decreto de 2 de Febrero de 1956 por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prisiones adaptado a la Ley de 15 de Julio de 1954. <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1956/075/A01778-01817.pdf>

23. España. Ley 39/1970, de 22 de diciembre sobre reestructuración de los Cuerpos Penitenciarios. Disponible <http://www.boe.es/boe/dias/1970/12/31/pdfs/A21136-21138.pdf>
24. Cuerpo de enfermeros de Instituciones Penitenciarias. Puestos de trabajo. <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/administracionPenitenciaria/recursosHumanos/ats.html>
25. España. Ley Orgánica 1/1979 de 26 de septiembre General Penitenciaria. <http://www.boe.es/boe/dias/1979/10/05/pdfs/A23180-23186.pdf> pp 23180-23186
26. Derecho a la asistencia sanitaria de las personas con VIH/SIDA internadas en Instituciones Penitenciarias. Apartado 2. Derecho a la asistencia sanitaria de las personas internadas en II.PP. Serrano Tárrega M<sup>a</sup>. Revista de Derecho UNED, núm. 6, 2010. <http://revistas.uned.es/index.php/RDUNED/article/download/11010/10538>
27. España. Real Decreto Ley 190/1996, de 9 de febrero por el que se aprueba Reglamento Penitenciario <http://www.boe.es/boe/dias/1996/02/15/pdfs/A05380-05435.pdf>
28. España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>.
29. España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. <http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>.



# LA ENFERMERÍA NEFROLÓGICA CÁNTABRA: CUARENTA AÑOS CUIDANDO AL PACIENTE RENAL

## *Nephrology Nursing in Cantabria: Forty years caring for kidney patients*

Rojo Tordable, Marina

Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

Villa Llamazares, Camino

Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

Gándara Revuelta, Magdalena

Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería Nefrológica, Historia, Cuidado renal.

**KEY WORDS:** Nephrology Nursing, History, Renal Care.

**RESUMEN:** A través del presente trabajo analizamos la aportación de la enfermería de Cantabria al paciente renal. Se han revisado los libros de Actas de los Congresos de la SEDEN de 1976 a 2014. En los 38 Congresos celebrados la Enfermería de nuestra Comunidad Autónoma, ha presentado 82 comunicaciones científicas. El 53,65% trataban temas relacionados con la hemodiálisis; el 17,07% el trasplante renal y 6,09% la diálisis peritoneal. Un 23,17% estudia otros temas de enfermería como aspectos éticos, psicosociales y calidad de vida. Todo ello pone en evidencia nuestra preocupación por la calidad de vida de los pacientes renales.

**ABSTRACT:** Through this work we analyze the contribution of nursing Cantabria in kidney patients. We reviewed the books of Acts of Congress of Seden from 1976 to 2014. In 38 Congresses SEDEN Nursing of our region, presented 82 scientific papers. The 53.65% addressed issues related to haemodialysis; 17.07% renal transplant patients and 6.09% peritoneal dialysis. 23.17% studying other subjects nursing and psychosocial ethical, and quality of life. all this demonstrates our concern for the quality of life of kidney patients.

## INTRODUCCIÓN

Los inicios de la Nefrología en España hay que situarlos en los años sesenta del siglo pasado, y están unidos a la figura del Dr. Luis Hernando Avendaño, quién crearía en 1959 el primer Servicio de estas características en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid. Posteriormente, en los años setenta, se crearían la mayor parte de los Centros de Nefrología que hoy conocemos en nuestro país (1), como sería el caso del que se instituiría en el entonces Centro Médico Nacional "Marqués de Valdecilla" de Santander (2)

El Dr. César Llamazares y la enfermera Dña. Rosa Alonso, iniciaban en Santander en 1973, el Servicio de Nefrología (3), a ellos se uniría posteriormente otra enfermera, Dña. María Teresa Sola. El trabajo desarrollado por éstos sentaría las bases de un Servicio, que a lo largo de cuarenta años, y gracias al esfuerzo y dedicación de todos los profesionales del mismo, ha llegado hasta la actualidad configurando un gran equipo de un centenar de personas, que prestan sus servicios en el área de Hospitalización, Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (C.A.P.D); Trasplantes, Laboratorio y Consultas. En esta larga trayectoria, la Enfermería Nefrológica cántabra ha mostrado un interés constante por actualizar sus conocimientos e investigar en la mejora de los cuidados a los pacientes renales cuestión, que ha quedado patente en las numerosas publicaciones tanto en ámbito nacional como internacional.

Pero sin duda alguna, en este proceso, ha sido fundamental el papel de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (S.E.D.E.N.), cuyos inicios se remontan a 1975 bajo la denominación de Sociedad Española de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Nefrología (S.E.A.N.), como correspondía a la denominación del Título profesional de Enfermería en aquellos momentos, cambiándolo por el de S.E.D.E.N., un nombre con el que los profesionales se sienten mucho más identificados (4), tras la integración de los estudios en la Universidad en 1977 y la nueva denominación académica de Diplomado en Enfermería. Esta Asociación científica sin ánimo de lucro, celebró su primer Congreso Nacional en Valencia en 1976 y dos años después en 1978, ponía en marcha su primer Boletín informativo, BISEAN. La Sociedad Española de Enfermería Nefrológica es uno de los más firmes pilares en los que se ha apoyado el mundo de la nefrología, para ofrecer una atención de calidad en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades renales, y cuenta con un alto prestigio científico.

La enfermería nefrológica de Cantabria ha sido parte muy activa de la SEDEN desde sus inicios, formando parte de una de las Vocalías de su segunda Junta Directiva en 1978. Desde entonces, hasta la actualidad, ha contado con representantes en sus labores ejecutivas, reuniones, congresos, seminarios tanto nacionales como internacionales, participando también en distintos Comités de valoración de trabajos científicos, además de la larga trayectoria investigadora, que ha quedado patente en las distintas publicaciones de dicha Sociedad científica.

Sin duda alguna, a todo ello ha contribuido el contexto del espíritu investigador del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, el estímulo y apoyo desde los inicios, del propio equipo facultativo del Servicio de Nefrología, y la figura de quién ha llevado el timón de la Enfermería de dicho Servicio entre 1973 y 2012, Rosa Alonso, cuya fuerza, entrega e ilusión, han sido fundamentales en esta trayectoria.

Por todo ello, el objetivo de este trabajo ha sido analizar la aportación de la enfermería nefrológica de Cantabria al cuidado del paciente renal

Las fuentes utilizadas han sido los Libros de Congresos de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (S.E.D.E.N.)

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para llevar a cabo este estudio de carácter descriptivo cuantitativo se ha realizado una revisión bibliográfica de los libros de la S.E.D.E.N. desde junio de 1976 hasta diciembre de 2014. El análisis de los datos se ha agrupado por décadas.

Limitación del estudio: No ha sido posible disponer de los libros de Congresos correspondientes a los años 1976 y 1980.

No se han incluido los trabajos presentados en formato póster.

## RESULTADOS

A lo largo de estos más de 40 años se han realizado 38 Congresos de la S.E.D.E.N. en los que la enfermería de Cantabria ha presentado un total de 82 comunicaciones científicas.

El mayor número de trabajos publicados, el 53.65%, han estado relacionados con la hemodiálisis, los primeros años, más centrados en los problemas técnicos y posteriormente, en las complicaciones derivadas de la aplicación de la misma. Asimismo, el acceso vascular, y su cuidado, tan vital para nuestros pacientes, ha sido y una constante en las investigaciones de la enfermería nefrológica cántabra. En los primeros escritos se constata una mayor preocupación por las fistulas arterio-venosas (FAVI), y en la actualidad, los catéteres venosos centrales constituyen una de las principales líneas de investigación.

La temática de los cuidados en el trasplantado renal ha estado presente en el 17.07% de las publicaciones en las que se ha estudiado su evolución, con especial énfasis de ésta técnica en los pacientes mayores y en el trasplante combinado páncreas-riñón. En esta línea se han abordado también otras cuestiones como la medicación inmunosupresora, la esperanza de vida de los pacientes trasplantados y los aspectos psicosociales.

Con respecto a la Diálisis Peritoneal, el 6.09% de los estudios se han relacionado con la evolución de esta técnica y la detección y prevención de infecciones peritoneales.

Igualmente se han tratado otros temas, que constituyen el 23.17% de los estudios publicados relacionados con aspectos éticos, psicosociales y la calidad de vida del paciente renal. Asimismo, los cambios en la pirámide poblacional con el aumento de la esperanza de vida y el reflejo de ésta situación en las Unidades de Diálisis.

El incremento de la edad de los pacientes y sus patologías asociadas, así como su calidad de vida y la repercusión directa de esta realidad en la organización y planificación de cuidados enfermeros, con el consiguiente aumento de las cargas de trabajo, constituyen una parte importante de los últimos estudios.

## CONCLUSIÓN

El alto índice de trabajos de investigación llevados a cabo por la Enfermería Nefrológica cántabra, y publicados en los distintos Libros de Congresos organizados por la SEDEN, constituye una clara evidencia de la aportación de éstos al cuidado enfermero del paciente renal dentro del panorama nacional, y su preocupación e interés en la mejora de su calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Hernando, L. Breve historia de la nefrología española. Actualidad en Farmacología y Terapéutica AFT. 2011; Vol. 9, nº 2: 92-96
- (2) Rubín, J.M., Maestre A. Perspectiva histórica general. Izquierdo, J. M. Editor. 70 Años de Valdecilla. Santander; 1999 pp. 19-31



- (3) Historia y Memoria 2012 del Servicio de Nefrología del Hospital U. "Marqués de Valdecilla". Santander. Disponible en: [http://www.humv.es/estatico/ua/nefrologia/HISTORIA\\_y\\_MEMORIA\\_NEFROLOGIA\\_HUMV\\_2012.pdf](http://www.humv.es/estatico/ua/nefrologia/HISTORIA_y_MEMORIA_NEFROLOGIA_HUMV_2012.pdf)
- (4) Andreu L, Guillén A. Memoria 25 años aniversario SEDEN. Ediciones gráficas Rey, S.L pp 17-20  
Los 38 libros de Congresos de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica desde 1977 hasta 2014. ( excepto los correspondientes a los años 1976 y 1980)\*.

\* Dada la limitación de la normativa no es posible referenciar la bibliografía completa

# ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS DE TOLEDO (ESPAÑA): 40 AÑOS CUIDANDO A LAS PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR ESPINAL (LME)

## *Nursing in Paraplegic Nacional Hospital in Toledo (Spain): 40 years caring for people with Spinal Cord Injury (SCI)*

Ana María Laza Alonso y tres autoras más (ACAR)  
Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo (HNP) - España

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería, Cuidados, Lesión Medular Espinal.

**KEY WORDS:** Nursing, Care, Spinal Cord Injury.

**RESUMEN:** Cuatro enfermeras: Ana Laza, Concha Garcés, Amalia Civera y Rosa Mancebo, ofrecemos el binomio: historia/cuidados de la LME.

Objetivos:

Conocer sus cuidados e historia en España.

Fuentes:

Cuestionarios a hospitales generales, privados, unidades específicas, mutualidades y asociaciones valorando los ítems sobre infraestructura y cuidados.

Resultados:

1995 apertura unidades específicas españolas.

En los 70 aparece como entidad nosológica dentro de patologías hospitalarias.

En los 80 memorias anuales e historia de enfermería.

En los 90 las TIC y cuidados estandarizados.

Conclusiones:

Enfermería de LME con gran competencia técnica, científica e investigadora brinda cuidados integrales para conseguir la máxima rehabilitación según la lesión.

**ABSTRACT:** Four nurses : Ana Laza , Concha Garcés , Amalia Civera and Rosa Mancebo , we offer the binomial: history / LME care .

Objectives:

Knowing your care and history in Spain .

Sources:

Questionnaires general hospitals, private hospitals, specific units, mutual societies and associations with infrastructure assessment and care items .

Results:

1995 spanish opening specific units.

In the 70 appears as a clinical entity in hospital pathology.

In the 80 annual reports and stories nursing and in 1990 ICT and standardized care .

Conclusions:

LME Nursing with strong technical, scientific and research competition provides comprehensive care for maximum rehabilitation depending on the injury.

*“Si de noche lloras por haber perdido el sol, las lágrimas te impedirán ver las estrellas”*

*Rabindranath Tagore*

*<Con el deseo de contribuir a clarificar una parcela poco conocida de la Enfermería. Si el fruto que se consigue es la rehabilitación integral de las personas con Lesión Medular Espinal, el objetivo fijado se supera con creces.>*

*ACAR 2015*

Para facilitar la comprensión de este trabajo se estructuran los siguientes apartados: Prefacio, Preliminares, Objetivos, Marco Teórico, Diseño/Metodología/Procedimiento, Análisis de datos/Resultados/Valoración, Discusión/Conclusión, Una mirada al futuro.

## PREFACIO

Los profesionales de Enfermería asumimos el reto de aumentar el nivel de salud de la población. Si nos remontamos a 1979, la OMS publicó 38 objetivos en un esfuerzo unificador para conseguir “salud para todos en el año 2000”, el punto 3 dice textualmente: “mejorar las condiciones de las personas inválidas” y también: “De aquí al año 2000, las personas que padecen incapacidad deberían tener los medios físicos, sociales y económicos que les permitan al menos llevar una vida social y económicamente creadora” “este fin se podrá acometer si las sociedades adoptan actitudes positivas hacia las personas inválidas y realiza acciones destinadas a ofrecerles posibilidades físicas, sociales y económicas deseadas, a fin de que pueda desarrollar sus aptitudes y llevar una vida sana”.

En la actualidad la terminología inválida se sustituye por discapacidad o con capacidades diferentes, el objetivo descrito con anterioridad es un compromiso profesional y social. Enfermería está en un lugar estratégico para que se cumpla dicho objetivo.

## PRELIMINARES

### 1 - Trayectoria de Enfermería desde sus orígenes

#### **1.1 Antecedentes históricos**

Época precristiana: Enfermedad/espíritus malignos, aparición del curanderismo.

Civilizaciones antiguas: Aparición de oficios y clases (médica), de las parteras (egipto, palestina), de la figura de la enfermera en la India, por primera vez hay constancia escrita, de sus cualidades; en Grecia, Hipócrates; en Roma, preocupación por la salud pública, aparición de hospitales militares y los siervos son los cuidadores; la mujer romana hace de obstetra y ayudante sanitario.

Influencia del desarrollo del cristianismo: La caridad y la obligación cristiana de cuidar al enfermo propicia el desarrollo de la enfermería como expresión de amor y caridad, pero sin identidad (las órdenes diaconisas cuidan a enfermos), en los monasterios se albergan a enfermos viajeros y la iglesia asume el cuidado de enfermos.

Edad Media: Binomio enfermedad/castigo, cuidados de enfermos/ santificación. Monasterios convertidos en hospitales. Primer hospital de España en el año 580 en Mérida. En 1500 Domínguez- Alcón distingue categorías dentro de las enfermeras.

Enfermería dentro del mundo moderno:

El renacimiento hizo florecer la cultura. Se utiliza el método científico para la investigación.

La reforma contra el abuso de la religión obligó a cerrar hospitales e instituciones

dedicadas al cuidado de enfermos. Los gobiernos asumieron la asistencia sanitaria contratando a hombres y mujeres sin ninguna formación para atender a enfermos, llevando a un periodo oscuro y a la necesidad de una reforma de enfermería. Se creó en Alemania un programa educativo para enfermeras. En 1623 aparecen manuales dirigidos a enfermeras. En los siglos XVII y XVIII se expanden las órdenes religiosas que asumen el cuidado de enfermos (Hermanos de San Juan de Dios-1570, San Vicente de Paul, Hermanos de la Caridad).

### 1.2 Los estudios de enfermería, antecedentes legales y evolución de los mismos.

El desarrollo científico de la enfermería comienza en el siglo XIX con Florence Nightingale (1820-1910), que vio la necesidad de la formación de las enfermeras y crea en 1860 "Training School of Nurses. Esto tuvo gran influencia en la enfermería.

La OMS en 1966 recomienda la integración de los estudios de enfermería dentro de la universidad. La historia de la enfermería universitaria puede situarse en EEUU en 1899, en Inglaterra en 1950, En España en 1977.

Primera referencia legal en España en 1857, aparece el título de Practicante. En 1888 se regula el ejercicio de Matronas y Practicantes. En 1915 aparece el título de Enfermera avalado por instituciones como la Cruz Roja o congregaciones religiosas. 1896 primera escuela de enfermeras en España, Santa Isabel de Hungría en Madrid. 1953 se unifican estudios de Practicante, Matrona y Enfermera (título de Ayudante Técnico Sanitario – ATS). 1977 se integran las escuelas de ATS en la Universidad.

### 1.3 Desarrollo de la carrera profesional /diplomatura/grado/especialidades

No desarrollamos este apartado, por ser conocido por enfermería y por su cercanía cronológica y sobre todo por la limitación en la extensión de este trabajo

## 2 - Referencias históricas de la Lesión Medular Espinal

De las tres situaciones que pueden originar LME, enfermedades, causas congénitas y causas traumáticas, son de estas últimas de las que tenemos referencias más antiguas.

Hace 5000 años aparece papiro de Edwin Smith (médico egipcio), describe lesiones cervicales traumáticas. Hacia el año 400 aC Hipócrates (médico griego) describe la paraplejía crónica e introduce reducción de la columna por tracción (Banco de Hipócrates – scamnun). En el Siglo II Galeno descubre una sección transversal de la médula. Mucho más tarde en 1210, Rolando de Parma en su libro *Chirurgia* desecha el banco de extensión, por extensiones manuales. En 1565 Ambroise Paré, en sus *Dix livres de Chirurgia* vuelve a recomendar el banco de Hipócrates pero con precaución, inmovilizando después de la reducción (este método se ha seguido utilizando hasta comienzos del siglo XX, como así presenció en 1917 Guttman en el hospital de minero accidentados de Silesia).



Papiro de Edwin Smith.

Gran impulso en los cuidados a estos pacientes en EEUU en 1936 con Munro y Bors, pero fue Sir Ludwig Guttmann, en Inglaterra, en la Unidad de Stoke-Mandeville, abierta en 1944, quien fue el pionero y renovador del proyecto rehabilitador de estos pacientes.

Su influencia hizo que en 1965 se abriera en Barcelona el Instituto Guttmann. Previamente los LME se ingresaban en la Clínica del trabajo. Se crean unidades específicas en los hospitales generales, en 1965 en el H. La Paz, en 1966 en Oviedo y también en el H. Virgen de la Salud de Toledo. En 1974 se inaugura el entonces Centro Nacional de Paraplégicos de Toledo. En 1976 se crea la SEP, en 1995 ASELME y en 1979 ASPAYM.



*Persona en carrito de ruedas. Misericordia del coro bajo de la catedral primada de Toledo*

## OBJETIVOS

- Conocer la evolución de la historia y los cuidados de Enfermería al LME en España.
- Repasar los cuidados de Enfermería básicos que se brindan a estos pacientes.

## MARCO TEÓRICO

La Lesión Medular Espinal no es una enfermedad, sino una entidad nosológica que por diversas causas ha originado una parálisis que afecta a distintas partes del cuerpo.

Se entiende por Lesión Medular Espinal la desconexión de una parte de la médula espinal del resto del sistema nervioso central, la zona por debajo de la lesión queda aislada del control de los centros cerebrales.

Las alteraciones más características que se encuentra en la exploración a estos pacientes son: motoras y sensitivas infralesionales, en la eliminación intestinal y vesical, en la función sexual, en el control vasomotor, en la termorregulación, en el área psicológica, sociales y sociolaborales entre otras.

La LME se clasifica por:

La etiología: Traumáticas (acc. de tráfico, laborales zambullidas, caídas casuales...), Médicas (esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, tumores...), Congénitas (mielomeningocele...) e Iatrogénicas (interv. Qx de hernias discales...).

Por el nivel de la lesión: Paraplejía por debajo de D1 y Tetraplejía por encima de D1.

Por el grado de pérdida motora y/o sensitiva: Lesiones completas e incompletas.

Por la dirección de la lesión: Transversa y Longitudinal.

Según la escala ASIA (American Spinal Injury Association): Clasificación internacional estandarizada de la LME utilizada para la valoración neurológica según varios criterios.

Fases de la LME: Fase aguda, dentro de ella, el shock medular y fase crónica.

*El futuro de las personas con LME depende muchas veces de las primeras actuaciones. "La importancia de un buen principio". El Trabajo del equipo multidisciplinar para brindar los cuidados con atención integral bajo un prisma: Bio- Psico- Social y Cultural*

## DISEÑO, METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO

Para la realización de este trabajo se han establecido tres premisas:

1. Valoración de la realidad española. 2. Revisión bibliográfica específica y 3. Experiencia en cuidados de enfermería al LME, de las autoras, contrastada científicamente.

Para analizar el primer punto se envía cuestionario con ítems referentes al inicio de las instituciones, su infraestructura, nº y tipo de ingresos y una aproximación a los cuidados que se brindan. Se envía a 12 Unidades específicas de lesiones medulares espinales, 32 hospitales generales, 5 clínicas privadas, 5 hospitales de mutualidades, 3 CAMF (centros de atención a minusválidos físicos) 10 asociaciones relacionadas de una u otra manera con las LME. Con todos los cuestionarios se adjunta carta de presentación e informativa.

La bibliografía específica hasta finales de la década de los 90 era muy escasa, actualmente se ha incrementado, tanto producción médica como de enfermería.

Después de cuidar a estos pacientes más de un cuarto de siglo, siendo expertas en sus cuidados, contrastados científicamente, se deja impronta de los mismos en este trabajo.

## ANÁLISIS DE DATOS, RESULTADOS Y VALORACIÓN

El estudio retrospectivo se llevo a cabo a través del sistema de encuestas, no se ha podido seguir un método estadístico riguroso sino una valoración estimativa.

1995 apertura unidades específicas españolas.

En los 70 aparece como entidad nosológica dentro de patologías hospitalarias.

En los 80 memorias anuales e historia de enfermería.

En los 90 las TIC y cuidados estandarizados.

Con respecto a los cuidados con la apertura de unidades específicas se han estandarizados los cuidados a estos pacientes. Si el hospital carece de unidad específica son derivados a unidades de traumatología o neurología.

Actualmente se incrementa el nº de ingresos de pacientes con lesiones cervicales.

## DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

Si bien puede no parecer muy ortodoxo, nuestra conclusión pasa por exponer esta breve síntesis de LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS PERSONAS CON LME.

### *Cuidar todas y cada una de las alteraciones:*

Motoras y sensitivas Cambios posturales frecuentes/3 horas. Mantener una postura correcta anatómica y funcional para evitar atrofas, rigideces. Evitar fuentes de calor

Respiratorias Mantener vías aéreas libres, auscultar, humidificación, correctas aspiraciones bronquiales, ayudar a toser, cuidados de marcapasos diafragmático...

Eliminación intestinal Rehabilitación intestinal, control ingesta y dieta, masajes abdominales..

Eliminación vesical Rehabilitación vesical, sondajes intermitentes con técnica "no tocar"...

del control vasomotor Profilaxis de trombosis venosa profunda ...

de la termorregulación mantener un medio ambiente sin cambios bruscos de temperatura ...

Alteraciones en la sexualidad Disfunción sexual. Derivar a las unidades de rehab. Sexual...

Alteraciones psicológicas Individualizar, motivar, evitar sobreproteger, apoyo a la familia...

**A tener en cuenta:**

Disreflexia autónoma Respuesta refleja no inhibida ante un estímulo. Es una emergencia.

Espasticidad: Hipertonía, moderada tiene ventajas, exagerada interfiere actividad vida diaria.

Autocuidado: Educación para la salud (higiene, dieta, prevención de UPP, hábitos miccionales, de defecación, identificar complicaciones: infecciones de orina, flebitis, crisis vegetativas, ventajas de dormir en prono, evitar fuentes de calor y frío, zapatos un nº más...)

Durante la fase aguda los cuidados los brindan los profesionales, para ir poco a poco realizando la educación para la salud, para conseguir la máxima independencia y que en la fase crónica la persona con LME pueda conocer su cuerpo, de lo que es capaz y sus limitaciones y habilidades y estar preparado para el AUTOCUIDADO

**UNA MIRADA AL FUTURO**

NO DEBEMOS CONSENTIR QUE EN EL SIGLO XXI LAS FOTOS POR DEBAJO DE ESTE RECUADRO SIGAN SIENDO VIGENTES.

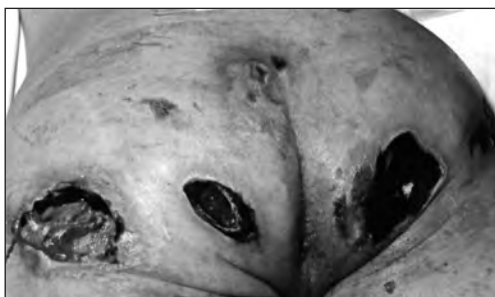
¡¡¡POR FAVOR!!!  
¡¡¡PREVENCIÓN!!!



*Cambio postural recogida en bandeja.*



*UPP en occipucio por déficit de cuidados.*



*UPP en glúteos por déficit de cuidados.*

Ya en el epílogo de este trabajo y después de haber realizado un recorrido por pasado y presente, hablemos de futuro y éste pasa como no podía ser de otra manera por la salud comunitaria. Las enfermeras marcan la pauta y deben ser el pilar de toda reforma sanitaria y cómo no, la piedra angular en la atención primaria de salud. En las personas con LME la esperanza de vida va en consonancia con los cuidados y la prevención de complicaciones, evitando ingresos hospitalarios. La meta es llegar a una recuperación integral, con las menores secuelas posibles y con la mayor independencia en consonancia con el nivel de lesión, potenciando al máximo las funciones residuales; normalizando la figura de estas personas en la sociedad. Muestra de ello: Los Juegos Paralímpicos.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Henao-Lema,C.P; Pérez-Parra, J.E. Lesiones medulares y discapacidad: revisión bibliográfica. CHÍA, Colombia 2010; 10: 157-172
- Mazaira J, Labanda F, Romero J, Garcia ME, Gambarruta C, Sanchez A et ál. Epidemiología de la lesión medular y otros aspectos. Rehabilitación (Madrid) 1998; 32: 365-72.
- Alfaro, R. Atención Integral de Enfermería "Trastornos Neurológicos". Ed. Doyma.1988.
- Donahue, M.P. Historia de la Enfermería. Ed. Doyma 1987.
- Schipperges. La medicina árabe en el medioevo. Real academia de bellas artes y ciencias históricas de Toledo. Toledo 1989.
- Nursing photobook. Problemas neurológicos en enfermería. Ed. Doyma 1986.
- Paniagua, JA. Historia de la Enfermería. Pamplona 1986.
- Díaz Pierna, L; Pereira Echevarria, M; Mendoza Sarmiento,J. y Valdizán Valledor,MC. Situación asistencial de los parapléjicos españoles, papel del Hospital Nacional de Parapléjicos. Ministerio de Sanidad 1986.
- Guttman, Sir Ludwig. Lesiones medulares. Tratamiento global e investigación. Ed JIMS. Barna 1981.
- Castro Sierra y López Pita. Las úlceras por presión. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. 1980.
- Mateo Gómez, I. La sillería del coro de la catedral. Temas toledanos nº 3. Diputación provincial de Toledo, 30-31.Ed. IPIET.1980.





100 años



## CAPÍTULO 5

### *Historia de las Matronas*

5  
CION  
lando a la  
TORIA



# INCORPORACIÓN DE LAS MATRONAS A LA BENEFICENCIA MUNICIPAL EN CUENCA: EL CASO DE JULIANA ZAMORA

## *Incorporation of midwives to "Beneficencia Municipal" in Cuenca: the case of Juliana Zamora*

Alberto González García

Facultad de Enfermería de Cuenca. Universidad de Castilla-La Mancha

Rubén Mirón González

Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería de Talavera de la Reina (Toledo). Universidad de Castilla-La Mancha

**PALABRAS CLAVE:** matrona, Cuenca, siglo XX.

**KEY WORDS:** midwife, Cuenca (Spain), 20<sup>th</sup> century.

**RESUMEN:** El objetivo es analizar las causas que llevaron al Ayuntamiento de Cuenca a suprimir el cargo de profesora en partos de la Beneficencia Municipal en 1918. Para ello se ha reconstruido el despido de la matrona Juliana Zamora Soria a partir de los diarios de sesiones del Ayuntamiento custodiados en el Archivo Municipal de Cuenca. La trayectoria personal y profesional de la matrona ha exigido consultar el Archivo Histórico Provincial de Cuenca y el Registro Civil. También se han analizado los periódicos *El Día de Cuenca*, *El Liberal* y *Ofensiva*. Los datos epidemiológicos se han extraído del *Boletín de la Estadística municipal de Cuenca*.

**ABSTRACT:** The target is to analyze the causes that led to the city council of Cuenca to abolish the post of municipal midwife in 1918. The dismissal of the midwife Juliana Zamora has been reconstructed by consulting daily records of City Hall kept in the *Archivo Municipal de Cuenca*. The *Archivo Histórico Provincial de Cuenca* and the Civil Registry were consulted in order to point out the life and career of the midwife affected by the process. *El Día de Cuenca*, *El Liberal* and *Ofensiva* newspapers were also analyzed. Epidemiological data were calculated using the *Boletín de la Estadística municipal de Cuenca*.

## INTRODUCCIÓN

La asistencia sanitaria en España se estructuraba a comienzos del siglo XX en torno a tres pilares básicos. Por un lado, lo relativo a la sanidad pública estaba regulado por la Instrucción General de Sanidad del año 1904<sup>1,2</sup>. Además, la Ley de Beneficencia de 1849 y su reglamento de 1852 regulaban la beneficencia municipal<sup>3,4</sup>. Por último, existía también el ejercicio libre de las profesiones sanitarias en consultas privadas en clínicas especializadas o en el domicilio<sup>5,6</sup>. El marco legislativo de la Beneficencia se había desarrollado a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX en consonancia con la evolución político-social de la época, y era entendida como aquellas prestaciones que el Estado y las instituciones privadas ofrecían a aquellos colectivos incapaces de procurárselas<sup>7</sup>.

Centrándonos en los niveles provincial y municipal, la asistencia de las personas sin recursos en la ciudad de Cuenca se estructuraba en dos partes: por un lado, la beneficencia privada a través de las Sociedades Benéficas, religión, Juntas de Damas, etc.<sup>8,9,10</sup>. Por otro lado, la beneficencia pública, que contaba con el Asilo Provincial, el Hospital de Santiago y la Casa de Recogidas (casa de maternidad y de expósitos)<sup>11</sup>. Y el Ayuntamiento contaba en la plantilla de la Beneficencia Municipal con tres médicos titulares, cuatro farmacéuticos y cuatro practicantes. Además, la asistencia de necesitados se ofrecía a través de la Casa de Socorro con un médico, un practicante, y un auxiliar de limpieza<sup>12,13</sup>. En los presupuestos del año 1919 quedó suprimido el cargo de profesora en partos<sup>14,15</sup>. Es precisamente la supresión de este cargo y las circunstancias que rodearon este hecho el objetivo de nuestro estudio.

Así, el objetivo general es analizar las causas que llevaron al Ayuntamiento de Cuenca a suprimir el cargo de profesora en partos de la Beneficencia Municipal entre el año 1918 y 1919. Más concretamente, los objetivos específicos son:

- Conocer las generalidades de la atención al parto en la ciudad de Cuenca.
- Rescatar del anonimato a la matrona Juliana Zamora, que por su condición de matrona y mujer no recibió la importancia que se merecía.
- Analizar jurídicamente el proceso de supresión del cargo de profesora en partos de la Beneficencia Municipal.

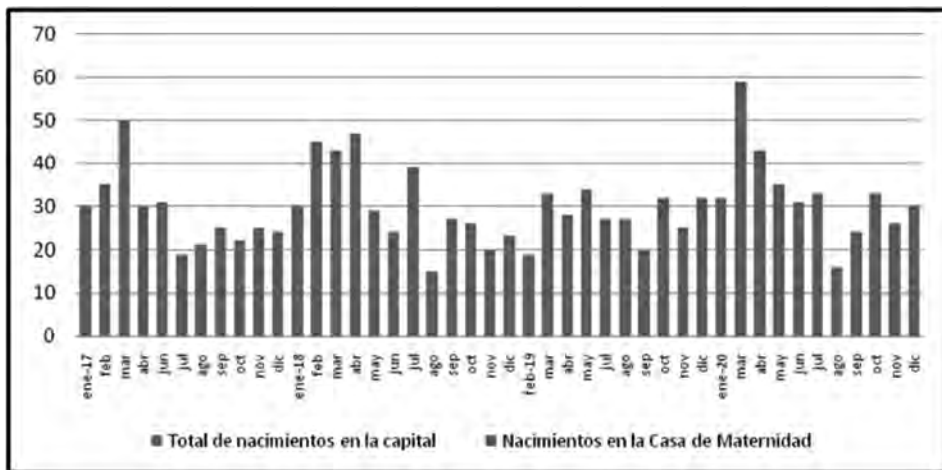
## FUENTES Y METODOLOGÍA

Para ello, se ha tratado de reconstruir el proceso consultando los diarios de sesiones del Ayuntamiento custodiados en el Archivo Municipal de Cuenca. La trayectoria personal y profesional de la matrona afectada por el proceso (Juliana Zamora) ha exigido consultar el Archivo Histórico Provincial de Cuenca y el Registro Civil. También se han analizado los periódicos *El Día de Cuenca*, *El Liberal* y *Ofensiva*, todos ellos accesibles on-line a través del Centro de Estudios de Castilla-La Mancha (CECLM)<sup>16</sup>. Los datos epidemiológicos se han extraído del *Boletín de la Estadística municipal de Cuenca*, publicados por la Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico<sup>17</sup>.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La legislación reconocía únicamente el ámbito de la atención materno-infantil en el nivel provincial de la asistencia sanitaria<sup>18</sup>. Sin embargo, la presencia de las religiosas en estos establecimientos hizo que el número de matronas contratadas fuese muy escaso hasta los años veinte<sup>19</sup>. Tampoco en el nivel local de la asistencia sanitaria quedó espacio reservado para las matronas. Con esta situación, el radio de actuación de las matronas se circunscribió a la asistencia domiciliar privada (imagen 1).

Imagen 1. Proporción de nacimientos ocurridos en la Casa de Maternidad de la ciudad de Cuenca (1917-1920)<sup>7</sup>



La primera matrona contratada por la Beneficencia Municipal de la ciudad de Cuenca de la que se tiene constancia data del 8 de diciembre de 1915<sup>20</sup>. La aspirante Juliana Zamora Soria, de 27 años, era hija de un panadero y de un ama de casa<sup>21</sup>. Tras quedar viuda al morir su marido, conserje del Gobierno Civil<sup>22</sup>, se trasladó a la provincia de Jaén, en donde tuvo contacto con una viuda que ejercía como matrona tras haberse formado en Granada. Pronto, decidió trasladarse a la Universidad Central de Madrid para cursar los estudios de matrona. Realizó las prácticas en la Casa de Maternidad de Madrid durante dos años, obteniendo el título de Profesora en Partos el 22 de febrero de 1915<sup>23, 24</sup>. Una vez titulada, volvió a Cuenca para ejercer la profesión. Según sus propias declaraciones, fue la única matrona de la ciudad durante casi veinte años, hasta la llegada de otra matrona, Enriqueta Valencia López<sup>23, 25</sup>.

El sueldo de esta primera matrona de la Beneficencia Municipal de Cuenca quedó fijado en quinientas pesetas anuales, que comenzarían a reflejarse en los presupuestos de 1916, lo cual suponía dos tercios inferior del sueldo de los practicantes de la Casa de Socorro<sup>12, 26, 27</sup>. Su actividad no se centró exclusivamente en la asistencia de los barrios más humildes de la capital, donde se concentraban las mayores capas de pobreza femenina, sino que compaginó este cargo con el ejercicio libre de la profesión, tal y como se desprende del anuncio recurrente que aparecía en prensa anunciando sus servicios<sup>28</sup>.

Fue precisamente esta doble asistencia la que desembocó en su despido en 1918. Esta matrona tuvo que enfrentarse a dos investigaciones durante su etapa en el ayuntamiento. En enero de 1917 un concejal Espejo la denunciaba por no asistir a los pobres bajo la excusa de que anteponía la asistencia "en una casa de una particular que le paga"<sup>29</sup>. Este primer incidente con apertura de expediente informativo supuso una amonestación menor a la matrona.

Algún tiempo después, en los ruegos y preguntas del pleno del Ayuntamiento de 6 de mayo de 1918, el concejal Julián Miranda denunciaba el hecho de haber requerido un pobre la asistencia de la matrona para su esposa, negándosele la asistencia:

"El Concejal don Julián Miranda denuncia el hecho de haber requerido un pobre la asistencia para su esposa de la Profesora en partos negándosele (...) proponiendo el cese inmediato de aquella partera.

El Concejal Sr. Marco hace observar que no hay en Cuenca otra profesora en partos (...).

Don Matías González refiere que ya por denuncia anterior se le instruyó expediente y fue amonestada la partera (...). El Sr. Muñoz sostiene que no siempre fueron ciertas las denuncias presentadas contra la Profesora en Partos.

La Presidencia en virtud de la disconformidad en las opiniones presentadas, somete a votación la propuesta (...) explica Sr. Guardia porque no debe resolverse ligeramente en un caso tan grave (...) y el Sr. Pinós porque debió instruirse expediente y venir el asunto anunciado en el orden del día.

A virtud (sic) de la mayoría obtenida y por ella el Ayuntamiento acuerda declarar cesante a la profesora en Partos D<sup>a</sup> Juliana Zamora.

Ruega el señor Marco se excite el celo de los médicos de la Beneficencia para asistencia a enfermos pobres”<sup>30</sup>.

Llaman la atención dos elementos. En primer lugar, la denuncia se producía con el mismo motivo que en la ocasión anterior, acusando a la matrona de anteponer la asistencia de las mujeres pudientes. En segundo lugar, esta denuncia se produjo en el apartado ruegos y preguntas, sin que los concejales conocieran el hecho de antemano, y se procedió al cese de la matrona sin que se abriera expediente informativo o disciplinario previo.

El peso de la asistencia sanitaria a las parturientas pobres recayó a partir de este momento sobre los médicos y practicantes de la Beneficencia Municipal. No fue hasta octubre de 1920 cuando se crease otra plaza de profesora en partos de idénticas características a instancias de la matrona de origen ceutí Matilde Román Fúnez<sup>31</sup>. A juzgar por las declaraciones de Juliana Zamora publicadas treinta y cuatro años después, continuó con su labor asistencial de manera independiente tras el cese como matrona de la Beneficencia Municipal, al menos hasta 1952<sup>23</sup>.

## CONCLUSIONES

Fue la primera matrona contratada por la Beneficencia Municipal de la ciudad de Cuenca (8 diciembre 1915). Su actividad no se centró exclusivamente en la asistencia de los barrios más humildes de la capital, sino que compaginó este cargo con el ejercicio libre de la profesión. Fue precisamente esta doble asistencia la que desembocó en su despido en 1918.

El cese de la matrona se produjo sin que se abriera expediente informativo o disciplinario previo en mayo de 1918, uno de los años en los que la asistencia a embarazadas fue mayor. El ejemplo de Juliana Zamora es una muestra de las dificultades de las matronas para hacerse visibles. Continuando con la línea iniciada por otras investigadoras<sup>32</sup>, uno de los retos de la Historia de la Enfermería es rescatar del anonimato a todas aquellas profesionales sanitarias que no han recibido atención historiográfica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instrucción General de Sanidad Pública. Gaceta de Madrid, nº 22, 22 de enero de 1904: 273-275.
2. Instrucción General de Sanidad Pública (continuación). Gaceta de Madrid, nº 23, 23 de enero de 1904: 290-295.
3. Ley de Beneficencia. Gaceta de Madrid, nº 5398, 24 de junio de 1849: 1-2.
4. Reglamento general para la ejecución de la Ley de Beneficencia de 20 de junio de 1849. Gaceta de Madrid, nº 6537, 16 de mayo de 1852: 2-4. Fue modificado por el Real Decreto de 6 de julio de 1853. Gaceta de Madrid, nº 191, 10 de julio de 1853: 1-2.
5. Porras Gallo MI. Un reto para la sociedad madrileña: la epidemia de gripe de 1918-1919. Madrid: Editorial Complutense; 1997.

6. Fernández Mérida MC. La función del personal de enfermería en el Hospital Provincial de Málaga en el siglo XIX según el Reglamento de 1861. *Híades*. 2008; 10: 583-590.
7. Fernández Mérida MC. La asistencia domiciliaria y la legislación del siglo XIX. *Híades*. 1998-1999; 5-6: 145-154.
8. Troitiño Vinuesa MA. Cuenca: evolución y crisis de una vieja ciudad castellana. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 1984.
9. El Día de Cuenca, 25 de marzo de 1919: 1.
10. El Liberal, 27 de marzo de 1919: 1-2.
11. Delgado Marchante A. Fuentes Documentales del Hospital de Santiago de Cuenca recogidas en el Archivo Histórico Nacional. *Híades*. 2008; 10: 321-330.
12. Negociado de Hacienda. Expediente de presupuesto ordinario para el año 1918. Archivo Municipal de Cuenca, legajo 2243-2, expediente 1.
13. Negociado de Hacienda. Presupuesto ordinario para 1919. Archivo Municipal de Cuenca, legajo 2247-4, expediente 12.
14. El Día de Cuenca, 19 de octubre de 1918: 1.
15. El Liberal, 12 de octubre de 1918: 1-2.
16. Acceso al Centro de Estudios de Castilla-La Mancha disponible desde la dirección: <http://www.uclm.es/ceclm/index.htm>
17. Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico. Boletín de la Estadística municipal de Cuenca. Cuenca: Imprenta de la viuda de C. León; varios números. Acceso a través de la Biblioteca Virtual de Prensa Histórica, disponible desde la dirección: <http://prensahistorica.mcu.es/es/estaticos/contenido.cmd?pagina=estaticos/presentacion>
18. Barona Vilar C. Organización sanitaria y de la higiene pública en la provincia de Valencia (1854-1936) [tesis doctoral]. Valencia: Universitat de Valencia; 2002.
19. González Canalejo C. Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la "cuestión social". *Dynamis*. 2007; 27: 211-235.
20. Negociado de Personal. Nombramiento de D<sup>a</sup> Juliana Zamora Soria, para el cargo de profesora en partos de la beneficencia municipal [1915]. Archivo Municipal de Cuenca, legajo 2240-4, expediente 29.
21. Registro Civil, tomo 14, sección 1<sup>a</sup>, folio 264, número 262.
22. Dirección General de la deuda y clases pasivas, negociado 3<sup>o</sup> (Delegación de Hacienda de Cuenca). Resolución de mesada de mejora por viuda para D<sup>ña</sup>. Juliana Zamora Soria. Archivo Histórico Provincial de Cuenca, legajo H-9178/035, expediente de 15 de febrero de 1911.
23. Ofensiva, 27 de enero de 1952: 3.
24. Ruiz-Berdún D. Desarrollo histórico de una profesión: las matronas en Madrid hasta la Guerra Civil [tesis doctoral]. Madrid: Universidad de Alcalá; 2012.
25. Negociado de Personal. [Concurso para proveer en propiedad plaza de] Profesora en Partos de Beneficencia Municipal: Nombrada Doña E[nriqueta] Valencia López [1934]. Archivo Municipal de Cuenca, legajo 2350, expediente 3.
26. El Liberal, 12 de octubre de 1918: 1-2.
27. El Día de Cuenca, 19 de octubre de 1918: 1.
28. El Liberal, 11 de agosto de 1915: 4.
29. Negociado de Personal. Denuncia del Sr. González de que la partera no asiste a los pobres. Archivo Municipal de Cuenca, legajo 2230, expediente 65.



30. Negociado de Actas. Libro original de Actas del Ayuntamiento [desde el 5 de mayo de 1917 hasta el 22 de julio de 1918]. Archivo Municipal de Cuenca, legajo 2234, expediente 1, acta de la sesión de 6 de mayo de 1918.
31. Negociado de Personal. Creación de una plaza de profesora en partos de la Beneficencia Municipal. Nombramiento de interina a Doña Matilde Román Fúnez [1920]. Archivo Municipal de Cuenca, legajo 2252-3, expediente 71.
32. Fernández Fernández ML, López Maza R. Elizabeth Kenny: la inspiración de cuidar. *Cultura de los Cuidados*. 2012; 32: 68-75.

# LA ASISTENCIA AL PARTO EN CONDICIONES ADVERSAS: MATRONAS EN LAS CHABOLAS (CATALUÑA, 1945-1972)

*Midwifery in adverse conditions: Midwives in the slums  
(Catalonia, 1945-1970)*

Coral Cuadrada

Universidad Rovira y Virgili, MARC (Medical Anthropology Research Center), Magenta's.

Susana Abajo

ICS, Magenta's

**PALABRAS CLAVE:** chabolas, atención al parto, memoria.

**KEY WORDS:** slums, delivery care, memory.

**RESUMEN:** Nuestra comunicación pone de relieve el grado de vocación y misión de las matronas en contextos sociales extremadamente difíciles, como fueron los núcleos de chabolas nacidos en las ciudades industriales catalanas. Mediante dos tipos de fuentes primarias, un diario personal de una de estas matronas (Ramona Vía), así como historias de vida recogidas mediante la investigación-acción-participativa, analizaremos sus actividades, dedicación, problemas y dificultades, superadas todas ellas a través del alto grado de vocación profesional. Reflexionaremos asimismo sobre las prácticas sanitarias desarrolladas, métodos empleados, espacios de atención, condiciones encontradas... Creemos que al ser el tema muy poco tratado esta contribución aportará una nueva faceta a la historia de la enfermería, siendo a la vez un necesario homenaje a unas profesionales capaces de solventar todos los inconvenientes en aras al óptimo ejercicio de su profesión.

**ABSTRACT:** Our communication highlights the degree of vocation and mission of midwives in extremely difficult social contexts, such as shantytowns born in the Catalan industrial cities. Through two types of primary sources, a personal journal of one of these midwives (Ramona Vía) as well as life histories collected by participatory action research, we'll analyse their activities, dedication, problems and difficulties, all overcome through a high degree of professional vocation. We'll also reflect on the health practices they developed, their methods, the care spaces, the conditions they found... We believe that because this is a rarely addressed topic, this contribution will bring a new facet to the history of nursing, being at the same time a necessary tribute to professionals able to solve all the adversities in order to optimally exercise their profession.

## LA ASISTENCIA AL PARTO EN CONDICIONES ADVERSAS: MATRONAS EN LAS CHABOLAS (CATALUÑA, 1945-1972)

En Cataluña el fenómeno del barraquismo no se dio sólo en el marco temporal que llevamos a estudio, sino que fue muy anterior, existen estudios que tratan de este fenómeno ya en la Dictadura de Primo de Rivera<sup>1</sup>, hecho que se recrudeció con los refugiados de guerra<sup>2</sup> y, en especial una vez finalizado el conflicto bélico. Podemos establecer, por tanto, varias oleadas migratorias, las cuales responden a motivos distintos. La primera (1921-1930) gira sobre todo en torno a la Exposición Internacional de 1929, fruto de una elevada necesidad de mano de obra durante ese período. La segunda (1937-1939) procede de la evacuación obligatoria de Madrid, colapsada ante el aumento de población procedente del sur peninsular. La tercera (1939-1952) es una migración de hambre y miseria, resultado de la terrible represión y represalia amplias zonas geográficas. La cuarta empezaría a partir de la Ley de Asignaciones y los tres Convenios de los Acuerdos entre España y los Estados Unidos en 1953, hasta los años 70 del siglo pasado, siendo ésta de un marcado carácter económico, que enlaza con el desarrollismo y el crecimiento industrial de las principales ciudades catalanas.

De esta forma se van construyendo anillos periféricos de chabolas en Madrid, Sevilla, Bilbao, Barcelona, Tarrasa, Manresa, Mataró, Gerona, Tarragona... las cifras son completamente ilustrativas: en 1957 se publican datos estadísticos de los núcleos de barracas de Barcelona, cuando se realiza *La semana del suburbio*, presidida por el arzobispo Jubany. Se manifiesta que viven allí 177.000 personas, de las cuales unas 70.000 en chabolas<sup>3</sup>. En el 1964 el régimen franquista estaba de fiesta, se celebraban los *25 años de Paz* y, además los tecnócratas ponían en marcha el primer Plan de Desarrollo. Fue en este contexto que el Generalísimo hizo pública una «Orden contra el chabolismo», que instaba a las autoridades a «acabar con el barraquismo en breve plazo». Como consecuencia, en Tarragona se inventariaron las barracas de la ciudad, situadas en diez enclaves, donde vivían 1.894 personas<sup>4</sup>.

Hemos centrado nuestro análisis entre el 1945 y 1972 por varias razones, la principal por tratarse del momento histórico del pleno franquismo, así como por que, a raíz de las medidas que acabamos de citar, incrementadas con el auge del turismo, hizo que la desaparición de las chabolas fuera palpable a partir de los '70, siendo substituida por el llamado barraquismo vertical definitorio de los barrios obreros. Además, las memorias de la matrona Ramona Vía<sup>5</sup> que utilizamos como fuente primaria abarcan el mismo período temporal, y las barracas del Francolí de Tarragona, de donde recogemos testimonios orales que hemos trabajado mediante la técnica de investigación-acción-par-

---

1 García-Castro de la Peña, T. Barrios barceloneses de la Dictadura de Primo de Rivera. *Revista de Geografía*. 1974, 8 (1-2): 77-96.

2 Gutiérrez Escoda, E. Los refugiados de guerra en la IV Veguería: Reus, 1936-1939. *Actas del II Congreso del CECOS (Centre d'Estudis de Conflictes Socials, Universitat Rovira i Virgili)*, en prensa. Disponible en: [https://www.academia.edu/5151192/Refugiados de Guerra en la IV Veguer%C3%ADa Reus 1936-1939\\_2007](https://www.academia.edu/5151192/Refugiados_de_Guerra_en_la_IV_Veguer%C3%ADa_Reus_1936-1939_2007) [Consultado 07.04.15].

3 La Vanguardia Española. 26 de febrero de 1957: 12.

4 Piqué Padró, J. El barraquisme a Tarragona: any 1964. *Miscel·lània en homenatge a Josep M. Recasens i Comes*, Tarragona: Ajuntament, 2007: 2-12.

5 Vía, R. *Com neixen els catalans*. Barcelona: Club Editor, 1972. Constituye un material etnográfico de gran calidad, que hemos utilizado ya anteriormente. Cfr. Cuadrada, C. *Dar a luz: Reflexiones sobre la maternidad. Destiempos (México)*. 2014 (40): 60-86. Disponible en: [https://www.academia.edu/10409162/Dar\\_a\\_luz\\_reflexiones\\_sobre\\_la\\_maternidad\\_2014](https://www.academia.edu/10409162/Dar_a_luz_reflexiones_sobre_la_maternidad_2014)

ticipación-feminista<sup>6</sup>, se derriban definitivamente en noviembre de 1970<sup>7</sup>.

Antes de pasar a la consideración del altísimo grado de voluntarismo y de deber profesional y atención a las mujeres que relata Ramona en sus memorias, pensamos de interés aportar una descripción in situ realizada por una asistente social en 1961 de las barracas del Francoí, que puede servir para mostrar la precariedad del asentamiento:

*Muy cerca de su desembocadura, y dentro del mismo cauce, se halla la barriada conocida por el 'río'; es un conjunto de 220 casas, mal acondicionadas, que no reúnen los requisitos necesarios para ser habitadas por seres humanos. Están hechas de ladrillos encalados que tienen tejas por tejado, las menos; las que más abundan son las que tienen por paredes maderas forradas con trozos viejos de lona embreada y por tejado un tejido de cañas cubierto por trozos de la misma lona. Están formadas por cuatro paredes con un techo sumamente bajo. En el interior suele haber tres o cuatro departamentos, una habitación destinada a dormitorio del matrimonio y una o dos, según los casos, para el resto de la familia; queda la última estancia de la casa dedicada a comedor y cocina, lugar donde convive la familia. El piso suele ser de cemento en algunas, pero en la mayoría es el mismo terreno. Tienen al lado un trozo de terreno que sirve de corral y huerto, tierra muy fértil que cultivada aprovechan para obtener algún rendimiento, y tienen algún animal doméstico [...] Se hallan (higiene) en un estado indigno de seres humanos, las condiciones no pueden ser buenas en cuanto carecen de los elementos necesarios e imprescindibles: el agua tienen que ir a buscarla a fuentes del Serrallo; las necesidades personales han de hacerse en pleno campo; todas las casas no gozan de electricidad; los alrededores se encuentran llenos de escombros... (BLANCO, 61:3-7)<sup>8</sup>.*

Y en otro estudio de una alumna de Trabajo Social de la URV, realizado en 1964-65, se dan testimonios personales directos, de una crudeza estremecedora:

*Los hombres trabajan todos de peones de la construcción, alguno en el puerto. Hacen horas extraordinarias; muchos domingos también trabajan. Los que tienen muchos hijos se defienden bien. La mayoría come con la familia; a algunos les llevan la comida a la obra sus mujeres. Las mujeres están en sus 'casas' haciendo la comida y 'cuidando' a los niños. Algunas que tienen los hijos mayores trabajan por horas haciendo limpiezas, etc. Las que tienen hijos pequeños no pueden dejarles y por lo tanto no pueden trabajar. Las chicas jóvenes sirven o trabajan en las fábricas; sólo alguna está haciendo los trabajos de la casa. Una iba a coser por la tarde pero en la época de invierno no puede ser, se hace de noche y no pueden bajar. Las que trabajan por turnos en la Tabacalera su padre o un hermano las acompaña y va a buscar: 'Mire usted, señorita, de noche no se les ocurra venir por aquí, no hay luz y además..., no, no vengán'" (SOCIAS, 64-65: 3-4).*

Ramona explica en su diario, en junio de 1945, que va a encargar a la imprenta tarjetas profesionales, en las que bajo su nombre, pondría: «Profesora en partos. Ex-interna del Hospital Clínico», o sea que desde los inicios del ejercicio de su profesión pone en evidencia su formación, la que continúa apreciando a lo largo de los años, en especial cuando las cosas se tuercen:

*Estábamos muy tranquilos cuando a Julita se le presentó una eclampsia, la primera que he visto en tantos años de hacer de matrona [escribe en 1965]. Me di cuenta enseguida, tal vez precisamente por que no había visto nunca ninguna. El aspecto insólito de la partera me trajo*

<sup>6</sup> Los aspectos de metodología en Cuadrada, C. Introducció. Les dones als orígens de Torreforta, Tarragona: Centre d'Estudis Guillem Oliver. 2012: 9-36. Disponible en: [https://www.academia.edu/7815460/Les\\_dones\\_als\\_or%C3%ADgens\\_de\\_Torreforta\\_2014](https://www.academia.edu/7815460/Les_dones_als_or%C3%ADgens_de_Torreforta_2014)

<sup>7</sup> La Vanguardia Española. 11 de noviembre de 1970: 40.

<sup>8</sup> Nuestra elipsis.

a la memoria la explicación del libro: «período prodrómico, convulsiones tónicas, convulsiones clónicas y coma» (VIA, 65:146)<sup>9</sup>.

Desde muy pronto (1949) toma contacto con embarazadas que viven en las chabolas:

*La tercera visita que ha venido hoy ha sido doble: acompañante y acompañada lo eran mutuamente y, además, parientes: suegra y nuera. Ambas están embarazadas de ocho meses ya cumplidos: una sale de cuentas el primero de marzo y la otra hacia el quince. Viven en barracas, barracas vecinas separadas solo entre ellas por un pseudo-tabique de chapas de lata resultantes de unos cuantos bidones de alquitrán desechos y aplanados a golpe de martillo (VIA, 49: 25).*

La atención prestada a las barraquistas oscila entre su loable sentido del deber y el disgusto por las condiciones tan adversas en las que tiene que ejercer la profesión:

*La noche de Fin de Año, por ejemplo, tuve que estar una hora y media en una chabola donde la «cama» había de estar en el portal. Yo tenía, en los pies, una charca de agua fangosa y una piedra muy grande, casi hundida en el suelo. Aquel parto era casi distócico por presentación de frente (VIA, 49: 29).*

*Tiene razón el médico cuando me aconseja que no vaya a las barracas. Toda la razón. ¡Pero hay tantas razones en este mundo! El caso es que para el parto vienen a avisarme siempre con urgencia, cuando ya no estamos a tiempo de ningún trámite, ningún traslado. ¿Cómo podría negarme a ir? ¿Y mi sentido de la responsabilidad? ¿Qué es, el A.P.D.? ¿Y el remordimiento, si pasaba alguna mala cosa por falta de asistencia? ¿Es que soy demasiado pobre de espíritu? (VIA, 49: 30).*

*Esta mañana me han avisado para uno de estos partos récord ¿Dónde van quedando mis justas y enérgicas decisiones de no querer atender partos en las barracas? ¿En un firme propósito irrenunciable, pero que no se cumple nunca! La realidad de la vida, con todos sus imperativos, se impone cada vez y, ala, a correr allí al primer aviso (VIA, 64: 140).*

Sin embargo, es consciente de las dificultades y los problemas que ambientes tan insalubres conllevan para una correcta asistencia:

*Dios mío, ¡qué situaciones insostenibles! En estos habitáculos la luz acostumbra a ser de acetileno; el fuego, de petróleo, en fogones rotos y que por tanto no gasifican el petróleo y hacen tanto humo que los ojos me escuecen y medio me los inutiliza, por que no los quieren apagar o sacar. En invierno, contra mi voluntad, hay los braseros de morralla mal encendida que amenazan asfixiarnos (VIA, 49: 31).*

*Las tijeras de esta gente están, sin excepción, melladas, oxidadas y sucias. Pero estos detalles no cuentan para ellos y se hace todo el mal uso posible. Seguidamente, la «comadre» decidida hace un nudo en el cordón umbilical en el extremo que va unido a la criatura. Lo ata con lo primero que encuentra, generalmente una beta de alpargata. El otro extremo, el placentario, no lo ata nunca. Si la placenta no está desprendida, aquel útero va sangrando y sangrando sin que nadie haga caso. Todo el mundo está pendiente de la criatura, del «crío», del «churumbel» que es «hermoso como la luna», y por ello es magullado, mecido y babeado por todas las mujeres de la agrupación barraquística, las mismas que tan frecuente se han peleado a gritos y se han dicho los insultos más increíbles, pero que ahora oyen la llamada de la solidaridad más eficaz para ellas, la de la reproducción incontrolada, a raudales, sin límites (VIA, 64: 140).*

Narra igualmente sus prevenciones, no todo es de color de rosa:

---

<sup>9</sup> Las traducciones del catalán son propias.

*Este tipo de núcleos de chabolismo, si no se limitaran prohibiéndolos, darían miedo. Llegarían a ser inmensos y a constituir unos auténticos «grupos de presión» que nos ahogarían. Acabarían destruyendo, con la más grande de las incongruencias, el país que los ha acogido, que les da trabajo, que los alimenta (VIA, 64: 139-140).*

En octubre de 1972 Ramona escribe sus últimas líneas:

*Cuando me pongo a pensarlo, veo muy lejos el camino que llevo hecho. Veo su comienzo una tarde de junio de hace treinta años [...] y estoy contenta de haberle dedicado los mejores años de mi vida. Actualmente quizá ya no hago nada tal como me lo enseñaron. Las lecciones teóricas y prácticas que recibí entonces, hace ya tres décadas, sólo son un recuerdo. Fueron sin embargo el punto de partida que me ha hecho posible llegar donde estoy ahora. Ahora, más que ningún libro, es la experiencia la que me aconseja qué he de hacer y, sobre todo, no hacer en cada caso (VIA, 72: 187).*

Sirvan sus palabras para cerrar, a través de sus vivencias, nuestra aportación. La cual, aún sintéticamente, ha querido rendir un necesario homenaje a unas profesionales capaces de solventar todos los inconvenientes en aras al óptimo ejercicio de su trabajo.



## LAS PARTERAS Y MATRONAS DE LA ASISTENCIA DOMICILIARA. EL CASO DE SORIA (1900-1988)

*Midwives domiciliary assistance.  
The case of Soria (1900-1988).*

M<sup>a</sup> del Carmen Rojo Pascual

Facultad de Enfermería de Soria. Universidad de Valladolid

Consuelo Miqueo

Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza

**PALABRAS CLAVE:** Matrona, Asistencia Domiciliaria, Soria.

**KEY WORDS:** Midwife, health care, Soria.

**RESUMEN:** Este trabajo refleja la organización administrativa soriana de la atención al parto domiciliario y revela la sucesión de mujeres que ocuparon los puestos laborales existentes a lo largo del siglo. Postulamos que el caso de Soria representa el modelo español de asistencia pública. El Ayuntamiento mantuvo contratada a una matrona (partera) por el presupuesto de los Arbitrios desde 1889 hasta 1952 y una matrona titulada contratada por la Beneficencia desde 1931. La plaza de la primera se fue transformando en personal subalterno femenino y la segunda, en la matrona de la Asistencia Pública Domiciliaria (APD) que se mantuvo hasta 1988.

**ABSTRACT:** This work reflects the organization of childbirth care at home by the Soria's provincial administration and reveals the succession of women who occupied this job places during the last century. It is possible to reconstruct the model of childbirth care organized in Spain during the twentieth century by the case of Soria. City Council held hired a midwife from the budget of municipal taxes until 1952; since 1931 there was also a graduate midwife hired by the provincial Welfare. The first place was transformed into female junior staff, and the second in midwife of the Asistencia Pública Domiciliaria (APD) that remained until 1988.



El Ayuntamiento de la ciudad de Soria ha tenido contratada una partera, llamada "ama de parir" o "comadre de parir", por lo menos desde 1584. Era una figura tan importante que cuando se quedaba vacante esa plaza, solicitaban una sustituta al Procurador del Común y si los ingresos indirectos (Arbitrios) de los que dependía su sueldo escaseaban, modificaban las partidas para pagarle de los impuestos "Propios".

La evolución histórica de la matrona del Ayuntamiento de Soria del siglo XX refleja la organización española de la asistencia sanitaria y su dependencia presupuestaria, bien fuera del capítulo de los impuestos indirectos o Arbitrios, o bien de la Beneficencia, que generó dos tipos de plazas. No obstante, su atención estuvo centrada tanto en las mujeres pobres acogidas por la Beneficencia como en las que asistía el Seguro Obligatorio de Maternidad y, después, la Seguridad Social dependiente del Ministerio de Trabajo (INP). Acompañando a las mujeres que desempeñaron estos puestos reconstruimos su existencia y modo de trabajo, y daremos luz a una matrona que practicó el ejercicio libre de la profesión.

Desde el punto de vista metodológico, para esta reconstrucción histórica ha sido clave la revisión sistemática de toda la documentación de archivo del Ayuntamiento de Soria, de la Diputación Provincial de Soria, del Servicio Territorial de Sanidad y del Colegio Profesional de Matronas de Soria. También hemos recurrido a fuentes orales, entrevistas realizadas a las matronas previamente identificadas y a un centenar de mujeres de dos generaciones atendidas por ellas. Este trabajo ofrece algunos de los resultados obtenidos en el curso de las investigaciones que constituyen la tesis de doctorado de Carmen Rojo sobre la evolución de la profesión matrona en una unidad de análisis como es la provincia de Soria durante el siglo XX.

## LA MATRONA MUNICIPAL DE ARBITRIOS (1904-1963)

Desde 1904 hasta 1931, la "matrona de arbitrios" fue la única matrona del Ayuntamiento. En 1931 se contrató una matrona titulada a cargo del capítulo de Beneficencia, coincidiendo ambas matronas entre 1931 y 1940. Su denominación en los registros administrativos municipales cambió de "Matrona" a "Matrona de Arbitrios" en 1939, mientras que en algunos apuntes administrativos aparece como "Vigilante de tercera", y entonces, a la "Matrona de Beneficencia" se la designa como "Comadrona".

La posguerra fue el momento en que la Matrona de Arbitrios comenzó a ser delegada de sus funciones asignándole otras propias del personal subalterno, aunque con el mismo estatus salarial. Lo mismo ocurrió con la "Ayudanta para partos" del Hospital de Soria al contratar a matronas tituladas (1). Este cambio se inició sin que hubiesen mediado reivindicaciones o denuncias desde los Colegios Profesionales de Médicos o Practicantes, ni del Gobierno Civil, ni tan siquiera de las matronas de Beneficencia con las que temporalmente coincidió. Todo parece indicar que se las cesó de sus funciones cuando estas mujeres habían resuelto las deficiencias de dotación sanitaria y en el contexto de un dramático cambio de régimen político que conllevó la depuración del personal contratado en el régimen republicano anterior.

La primera "Matrona" del Ayuntamiento de Soria del siglo XX fue Juana Ruíz Brieva (1904-1939?) y la siguiente, "Matrona de Arbitrios", fue Encarnación Ruíz Lasanta (1939-1940?) que pasó a encargada de evacuatorios. Coincidieron en el tiempo con las Matronas de Beneficencia: entre 1931 y 1936 con Constantina Alcoceba Chicharro, y con Faustina de Lasheras Somolinos, de 1938 a 1940, respectivamente. Tenemos referencias a otras matronas de arbitrios pero durante el periodo 1940-1953, constando en los presupuestos esta figura profesional hasta el año 1963 pero no tenemos pruebas de su actividad de asistencia al parto.

Respecto al perfil laboral y estatus social de estas mujeres, resulta difícil homologar sus funciones a las actuales matronas, inclusive utilizar el apelativo de matronas o parteras sin matices.

Sin embargo, no hay duda de su existencia, del rol social de atención al parto desempeñado por ellas, ni tampoco de la consideración social de aquel momento dado su registro entre el personal sanitario municipal, aunque muchas veces con menor visibilidad que los demás y una mayor variabilidad en su denominación. La encontramos también en los ayuntamientos de Tarifa (Cádiz) y de Sevilla (2,3). Podemos diferenciarla de otras figuras municipales como la "matrona-limpiadora del resguardo de arbitrios", o de las "encargadas de evacuorios", claramente definidas en este u otros ayuntamientos que permanecieron adscritas a esos servicios pero no con la denominación de "matrona". En general, el conjunto del personal sanitario aparece "clasificado" desde 1911, siempre en el capítulo de Beneficencia, a excepción de la "matrona" que figura en el de arbitrios municipales.

Imaginamos la dificultad que para una sola matrona supondría atender a toda la población femenina pobre de Soria, una provincia cuyo índice de natalidad solía ser inferior a la media nacional, que era del 33,8 en 1900 y descendió hasta el 18,4 a en 1976 y en cuya casa de maternidad se atendieron 75 mujeres en 1931 duplicándose el número en 1940 (134). No hemos encontrado datos que sugieran que la matrona de arbitrios, aunque sin título, fuera una persona inadecuada o no cualificada para atender los partos a domicilio ya que coexistía, y quizá formaba equipo, con los médicos, practicantes y la matrona de la plantilla de Beneficencia.

No ha sido posible resolver por qué no se contrató a matronas tituladas con anterioridad a 1931 y se mantuvo en una capital de provincia una matrona sin titulación cuando la normativa regulaba, al menos desde 1891, el acceso de los profesionales Matronas y Practicantes en Hospitales Provinciales y en la Beneficencia General. Sobre el acceso a la plaza, se puede afirmar que se seleccionaban mediante un examen, pero desconocemos la formación o experiencia previa con la que optaban estas empleadas al puesto de matrona de Arbitrios, por no hallarse sus títulos y documentación en el registro del Gobierno Civil, como en los demás profesionales sanitarios. Aunque podemos imaginar su valor y utilidad social, no hay más evidencias de la cualificación requerida para optar a la plaza ni las condiciones para permanecer. Tampoco sabemos explicar por qué figuran en los presupuestos cargos de personal de matronas de arbitrios de las que no hay huellas durante el periodo 1940-1963.

## LA MATRONA DE LA BENEFICENCIA MUNICIPAL (1931-1988)

La primera Matrona de la Beneficencia Municipal del Ayuntamiento llegó a Soria el año 1931, más tarde que en otras capitales de provincia (4). La situación en la que se encontraba la asistencia al parto en la capital hasta 1937, "*verdadera necesidad en esta población que haya una profesional de esta clase*" según indicaba el Presidente del Colegio de Practicantes, Isidoro Martínez Ruíz, sugiere una crítica a la inadecuada competencia de la matrona de arbitrios no titulada y justifica la inversión económica propuesta. La aspirante a una plaza de matrona debía solicitarla por escrito al Presidente del Colegio quién comprobada la titulación e informaba de su idoneidad al Inspector Provincial de Sanidad. El nombramiento de la candidata lo realizaba la Dirección General de Sanidad y la toma de posesión se realizaba en el Gobierno Civil o en la Delegación de Hacienda. Este era comunicado a las instituciones oficiales implicadas (Alcaldía, Gobierno Civil, Colegio de practicantes y posteriormente a la Sección de Matronas o Colegio de Matronas, al Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE)) y la interesada. Los mismos trámites se realizaban en caso de que la matrona causara baja por jubilación o renuncia.

Cronológicamente, la relación de las matronas de la Beneficencia Municipal de Soria fue la siguiente: Constantina Alcoceba Chicharro (1931-1936), Faustina de Las Heras Somolinos (1938-1967), Ana López Gavira (Primer Distrito, 1945-1974), Elisa Laseca laseca (Segundo Distrito, 1956-

1974?) y Rosa M<sup>a</sup> Casado Armillas (1975-1988). En alguna ocasión ejercieron realizando sustituciones otras dos: Petra López Gavira y Carolina Cassián Ross. Todas excepto una mantuvieron la titularidad interina a pesar de los concursos nacionales de 1954 y 1958, en los que alguna optó a la titularidad en propiedad hasta la jubilación o dejaron la plaza y la institución. Faustina de Las Heras fue la única que obtuvo la plaza en propiedad.

La primera plaza de matrona estaba dotada con 1.003,75 pesetas anuales. La convocó la Junta Municipal el 6 de junio de 1931. La incorporación de Constantina Alcoceba Chicharro fue inmediata y no implicó la rescisión del trabajo de la matrona de arbitrios. Tenía entonces 32 años y trabajó hasta el 20 agosto de 1936, en que fue detenida por pertenecer a la CNT. La Junta Municipal la expedientó y destituyó de su plaza el 21 de septiembre. Falleció en noviembre de 1936.

Durante la guerra, la plaza de Matrona Titular del Distrito de Soria de 1<sup>a</sup> categoría de la Beneficencia estuvo vacante casi dos años. En 1938 accedió Faustina de las Heras Somolinos, con 43 años, quien debía residir en la capital y figuró como "Matrona Municipal Itinerante". La constitución de la Sección de Matronas del Colegio de Auxiliares Sanitarios (1954) de la que fue su Presidenta, creemos que precipitó la modificación del estatus de la matrona de arbitrios.

Ana López Gavira fue la matrona titular interina del 2<sup>o</sup> distrito de Soria desde 1945, y también de los Sanatorios Quirúrgicos de la Obra Sindical del "18 de Julio" y de "San Saturio". En 1967, al jubilarse Faustina de las Heras, solicitó la plaza de APD del 1<sup>o</sup> Distrito a la que fue recomendada explícitamente "como la más idónea" por el Jefe Provincial de Sanidad. Permaneció en esta plaza hasta que el 30 de abril de 1974 cesó por incompatibilidad. Fue la matrona más joven que trabajó en el Ayuntamiento y la primera que disfrutó de un período de vacaciones.

Elisa Petra Laseca Laseca se incorporó a la Beneficencia Municipal probablemente en febrero de 1956, fue nombrada matrona titular interina del 2<sup>o</sup> Distrito de Soria el 2 de febrero de 1968 ejerciendo hasta el 31 de agosto de 1979 en que fue amortizada la plaza. La distribución sanitaria en distritos de Soria no tuvo relevancia en el despempeño de su trabajo: tanto Ana Lopez como ella atendían a quienes les solicitaban indistintamente de la zona en la que residieran, supliéndose también las sustituciones por vacación entre ellas. Elisa Laseca sustituyó desde 1972 hasta su jubilación en 1984, también a la siguiente, Rosa Casado.

La última matrona municipal de Soria, con un sueldo de 113.622 pesetas, fue Rosa M<sup>a</sup> Casado Armillas. Llegó al Ayuntamiento en 1975. No existía ningún consultorio municipal donde poder realizar su trabajo, de modo que durante los años que ejerció como titular interina no tuvo ningún aviso ni realizó ninguna actividad como matrona, aunque su dedicación era de veinticuatro horas ubicada en su domicilio. Finalmente, en 1988, su plaza fue adscrita al Servicio de Sanidad en la unidad de Planificación Familiar. Además de Elisa Laseca, la sustituyó en ocasiones Carolina Cassian Ross (1982, 1984-88), ejerciendo en la modalidad de "Matronas Libres".

## **LA MATRONA DOMICILIARIA EN EJERCICIO PROFESIONAL LIBRE O PRIVADO**

La carencia de documentación de las clínicas privadas de Ginecología y Obstetricia ha impedido reconstruir debidamente la trayectoria y evolución de las parteras y matronas en ejercicio privado y asistencia domiciliaria en Soria a lo largo de siglo XX. Una mención especial requiere la pionera, la Comadrona Filomena Moreno, que aparece registrada en 1913 y de la que no hay huella en el archivo del Colegio de Profesionales de Enfermeros ni en el Gobierno Civil. Anunciaba consulta en su domicilio y no dependió de los presupuestos municipales, por lo que pudo ejercer como matrona libre o como matrona supranumeraria, o ser una adelantada a su tiempo al ser la primera de la que tenemos constancia. No hemos podido probar el tiempo que estuvo en Soria. Es probable que desapareciera pronto debido a la legislación posterior que supeditaba la función de la matrona a

la decisión cualificada del médico para establecer cuándo un parto era eutócico (fisiológico) y a la prohibición del personal no médico de tener o anunciar una consulta autónoma al personal no médico. (5,6)

## RECONOCIMIENTO SOCIAL Y ESTATUS DE LAS MATRONAS

El análisis de los sueldos consignados en los libros de presupuestos y registros del personal del Ayuntamiento de Soria, y sus variaciones a lo largo del siglo, siguiendo la propuesta de estratificación por niveles de Miqueo y Muñoz (7), permite establecer siete categorías profesionales. En el primer y segundo nivel siempre estuvieron los cargos de la Corporación, Arquitecto, Secretario y Depositario. Los médicos y el farmacéutico aparecen en el tercer nivel junto a otros empleados no sanitarios como los Oficiales de Primera. Los practicantes, ministrantes, maestras y maestros, cabo de alguaciles y otros, se mantienen a lo largo del tiempo en el cuarto nivel aunque sus sueldos obviamente aumentan con los años. En la serie de registros desde 1889 hasta 1927, la matrona de arbitrios se encuentra en el penúltimo nivel y no se aprecia motivo de género puesto que las maestras y maestros aparecían en el 4º. A partir de 1931 en que se contrata a la Matrona de Beneficencia, resulta significativo un ascenso de ambas profesionales al nivel 4º, aunque siempre fue mayor el sueldo de la Matrona de Arbitrios. Desde la perspectiva de género, observamos que los empleos que desarrollaron las mujeres del Ayuntamiento fueron los de matrona, maestra, encargada de evacuatorios y limpieza.

Sin duda, para la comunidad sanitaria local la llegada de matronas tituladas supuso un gran avance. A la primera, Constantina Alcoceba, el Colegio de Practicantes la reconoció como "Socia de Honor" en 1930, un año antes de obtener la plaza. Y cuando Ana López optó a la plaza en 1967, el Jefe Provincial de Sanidad indicó de ella que era "*la más idónea*". El Presidente del Colegio solicitó los documentos y avales de Faustina de Las Heras para proponer y dar el visto bueno a su nombramiento como Presidenta de la Sección de Matronas en 1954. La primera jubilación de una matrona, la de Faustina, se constituyó en un gran acontecimiento social. Significamos que ha sido la única matrona de la provincia que ha recibido un homenaje institucional. Acompañaron a la homenajeada, en 1967, los practicantes de la provincia con sus esposas y las matronas que ejercían en los pueblos, y las autoridades civil y sanitaria provincial, la Presidenta del Colegio de Matronas, Ana López Gavira, y los Presidentes de los Colegios de Practicantes y de Médicos de Soria.

**FUENTES:** ARCHIVO HISTÓRICO PROVINCIAL DE SORIA; ARCHIVO HISTÓRICO MUNICIPAL DE SORIA; ARCHIVO DE SANIDAD JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN; FUENTES ORALES (ENTREVISTAS REALIZADAS).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rojo Pascual, MC; Miqueo Miqueo, C. *Perfil laboral de las matronas del hospital de Soria (1904-180)*. Medicina y poder político. XVI Congreso Sociedad Española de Historia de la Medicina. Madrid, Campos Marín, Ricardo. SEHM y Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), 2014
2. Patrón Sandoval, Juan Antonio. *Sobre el pago de salarios de médicos, cirujanos, maestros de primeras letras y matrona. Hace 200 años Hace 200 años*. Aljaranda: revista de estudios tarifarios, nº. 79 (2010):34-35
3. Núñez Roldán, F. *Haciendas municipales en el reino de Sevilla a mediados del siglo XVIII*. En: Historia, instituciones, documentos, XII, 1986 pp 89-132. Disponible en: [www.institucional.us.es/revista/historia/12/02/nunezroldan.pdf](http://www.institucional.us.es/revista/historia/12/02/nunezroldan.pdf). [Consultado 03/09/2014]

4. Torres Díaz, Ángela. *Las matronas en Málaga y provincia (1900-1956). Estudio Cualitativo en perspectiva historiográfica y de género*. Málaga, Universidad de Málaga, Facultad de Ciencias de la Salud, 2014.
5. García Barrios, Silvia. *Los Cuidadores del Hospital Civil de Málaga (1890-1940)*. Málaga, Universidad de Málaga, Facultad de Ciencias de la Salud, 2011
6. Llorente Llorente, Lucinio. *Anuario-guía de Soria y su provincia. Año III marzo de 1913*. Adm. Manuel Cacho Molina. Soria, 1913:92
7. Miqueo, Consuelo; Muñoz Begoña. La enfermería psiquiátrica. En: *Historia de la Psiquiatría del siglo XX en Aragón*. Comp. Asunción Fernández Doctor. Zaragoza, Graficas Vela, 2014.

## EL PAPEL DE LA MATRONA EN EL PROCESO DE HUMANIZACIÓN DEL PARTO

### *The role of the midwife in the process of humanization of childbirth*

Noelia González del Corral

Servicio Vasco de Salud

Vanesa Gata Yepes

Servicio Vasco de Salud

Marta García Lecue

Servicio Cántabro de Salud

**PALABRAS CLAVE:** Parto Humanizado, Acompañamiento, Matrona.

**KEY WORDS:** Humanization birth, accompanying, midwife.

**RESUMEN:** El parto es un acontecimiento trascendental en la vida de las mujeres, tanto es así, que el tipo de atención que se les preste puede tener importantes efectos físicos y emocionales tanto para ellas como para el recién nacido. En los últimos años estamos asistiendo a un cambio en el modelo de atención sanitaria al parto, en el que se pone énfasis en el concepto de humanización asociado a dicha atención del trabajo de parto.

A través de esta revisión bibliográfica de la literatura científica publicada al respecto, hemos analizado el concepto "humanización del parto", dando especial relevancia a la aportación de la matrona a la consecución del mismo.

**ABSTRACT:** Childbirth is a momentous event in the life of women, so much so that the kind of care provided to them may have important physical and emotional effects both for themselves and for their babies. We are witnessing a change in the model of health care delivery, which has emphasized the humanization concept associated to the attention of labor in recent years.

Through this literature review of published scientific literature on the subject, we have analyzed the "humanization of birth" concept, giving special importance to the contribution of the midwife to the achievement of the same.

## INTRODUCCIÓN

El parto es un proceso fisiológico de la mujer, influenciado por el contexto social, cultural y temporal en el que vive. En España, hasta los años cincuenta, la mayoría de los partos tenían lugar en los domicilios. Eran asistidos por una comadrona y constituían un acontecimiento familiar en el que la parturienta vivía esta experiencia en su propio entorno, acompañada por sus familiares cercanos y sin separarse de su recién nacido, lo que suponía para ella un mayor grado de autonomía y tranquilidad. Sin embargo, algunos partos se apartaban de la normalidad, presentando complicaciones.

Justificándose en las mejoras en la seguridad y en los resultados obstétricos, y gracias a los cambios psicosociales del momento, al desarrollo médico en los ámbitos de la Neonatología y la Obstetricia y a la evolución de las tecnologías aplicadas a los mismos, cambia el escenario de la asistencia al parto trasladándose al hospital.

Progresivamente, se va imponiendo una dirección médica sistemática al realizarse intervenciones sin disponer de la suficiente evidencia sobre su seguridad y eficacia, llegando a convertirse en prácticas habituales y rutinarias, incluso en partos de mujeres sanas sin complicaciones. El poder de los sanitarios subordinó la maternidad a un modelo biomédico y paternalista, que si bien logró reducir los índices de morbi-mortalidad materna y neonatal, dificultó el que se prestara la necesaria atención a la importancia que el proceso del parto tiene en la vida de la mujer, en su bienestar emocional y adaptación a la maternidad, así como en el establecimiento del vínculo precoz con su hijo o hija.

En la década de los 80, comenzaron múltiples iniciativas para humanizar la atención del parto<sup>1</sup>, rescatando el protagonismo de la mujer, el niño/niña, el padre y la familia, basándose en los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y sus parejas. A consecuencia de este cambio de mentalidad en 1985, en Fortaleza (Brasil), la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional para las Américas de la OMS celebraron una conferencia donde se establecieron una serie de recomendaciones sobre el uso de la tecnología apropiada en los partos. Así surgió una declaración denominada "El nacimiento no es una enfermedad", que dió origen al trabajo futuro a favor de la transformación del modelo de atención al parto normal.

En 1993, el Departamento de Salud del Reino Unido publica el informe *Changing Childbirth*<sup>1</sup> en el que se incorporan una serie de recomendaciones fundamentales para un modelo humanizado de atención al parto.

Posteriormente, en 1996 la OMS elaboró una Guía Práctica sobre los cuidados en el Parto Normal. Además, la medicina basada en la evidencia, ha puesto de manifiesto que la adopción de toda una serie de intervenciones que se han revelado inútiles, inoportunas, inapropiadas y/o innecesarias, ha constituido un grave error en el que se ha incurrido al tratar de mejorar los servicios de maternidad.

Sin embargo es, a raíz de la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto<sup>2</sup> organizada por integrantes del movimiento brasileño para la humanización y celebrada en Brasil en 2000, cuando se formula el concepto "humanización".

## OBJETIVO

Analizar el origen y significado del concepto «humanización del parto», sus características y la aportación de la matrona a la consecución del mismo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo a través de una revisión bibliográfica de literatura científica publicada al respecto entre los años 2000 al 2014.

No se revisó bibliografía previa dado que el concepto de "humanización del parto" no se usaba con anterioridad.

Como Fuentes Secundarias se consultaron las siguientes bases de datos: Cochrane, Medline, Dialnet, Evidence, Pubmed, ENFISPO y CUIDEN.

Se completó la búsqueda acudiendo a Fuentes Primarias: tesis doctorales recientes, revistas de la Asociación Española de Matronas, Guías de Práctica Clínica del SNS y autonómicas y Protocolos de hospitales avalados por los Departamentos de Salud de sus CCAA.

Cabe destacar que los autores de los artículos mencionados son, en su mayoría, profesionales de nuestra disciplina, tanto nacionales como internacionales.

## RESULTADOS

La primera búsqueda generó más de 36.000 artículos con las palabras clave que se referían a la humanización en la asistencia al parto, pero sin llegar a definirla en la mayoría de los casos.

Tras afinar la búsqueda, en la segunda fase se identificaron 594 referencias bibliográficas de las cuales se seleccionaron 48. De ellas, 35 relacionan directamente la figura de la matrona con la atención humanizada al parto, siendo en su mayoría estudios cualitativos (51%). El resto son: ensayos clínicos (2%), cuasi-experimentales (2%), revisiones bibliográficas (25%) y otras referencias de diversa índole (20%).

Como se ha mencionado anteriormente, en la Conferencia Internacional de Brasil en 2000 se define el concepto de "humanización" y es a partir de entonces cuando diversos autores empiezan a hacerse eco en sus artículos de dicho concepto.

En 2001, Wagner<sup>3</sup> publica que el parto humanizado es aquel que sitúa a la mujer en el centro y control del proceso para que sea ella, y no el personal sanitario, quien tome las decisiones acerca de lo que sucede. Considera importante una atención al parto basada en la evidencia científica frente a una excesiva tecnificación, que en muchas ocasiones resulta innecesaria.

En 2001, Davis-Floyd<sup>4</sup> apoya esta misma idea al considerar importante humanizar la tecnomedicina para hacerla individualizada, y utiliza el término "biopsicosocial" como análogo al de humanismo. Dice que para conseguir un nacimiento humanizado es fundamental que los profesionales establezcan una conexión con la mujer en la que se la trate como una persona en lugar de como una paciente. De acuerdo con Wagner, apoya la atención al parto basada en la evidencia y recalca la importancia de la decisión informada de las mujeres durante el mismo.

Según Kuo (2005), para que la atención al trabajo de parto sea humanizada es necesario el respeto a la intimidad física y emocional, así como la preparación de un ambiente cómodo para las mujeres durante el periodo de atención prenatal<sup>1</sup>.

En 2006, Hodnett señala que los aspectos emocionales de la atención a la maternidad, como el apoyo continuo durante todo el proceso, pueden ser una estrategia más eficaz durante el parto que las intervenciones tecnológicas<sup>5</sup>.

En 2011, Behruzico concluye que el parto humanizado no es una definición sino un movimiento, cuyo objetivo es promover el parto como una experiencia positiva, emponderando a la mujer, respetando sus decisiones, valores y creencias, reduciendo su excesiva medicalización y adoptando prácticas basadas en la evidencia<sup>6</sup>.

Los resultados muestran que la atención humanizada del parto está fundamentada en cuatro ideas: Asistencia basada en la evidencia científica; Visión del parto como un fenómeno fisiológico; Parto conducido por la mujer; La experiencia debe ser satisfactoria para todas las personas involucradas<sup>7</sup>.

En España, para garantizar una atención humanizada al parto y basada en la evidencia científica, se ha elaborado la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud,



consensuada por todas las CCAA, cuyos principios rectores son la consideración del parto como un proceso fisiológico y la atención personalizada e integral. Algunas de las prácticas reconocidas como humanizadoras del parto son: promover un acompañamiento emocional continuo durante el proceso, mostrar empatía, escucha activa, facilitar la presencia de la pareja o persona significativa, brindar un entorno íntimo para el nacimiento, en que la dignidad y decisiones de padres y madres sean respetadas, favorecer el contacto piel con piel entre el recién nacido y su madre, el amamantamiento durante la primera hora después del parto, proporcionar una habitación conjunta y la promoción de la lactancia materna a demanda.<sup>8</sup>

Diferentes estudios, como un meta-análisis de la Cochrane Collaboration, demuestran que la presencia de un acompañante durante el parto de manera continua se relaciona con un menor intervencionismo<sup>9</sup>. Concluyen, además, que la matrona es el profesional encargado de brindar apoyo continuo a las mujeres durante el parto, parto y puerperio inmediato y por la relación de empatía que se establece entre este profesional y la pareja, y por la formación que tiene, la matrona es el profesional indicado para prestar información sobre la evolución del proceso, necesaria para que la gestante pueda participar en las decisiones relativas al nacimiento. Existen, además, estudios que indican que el acompañamiento y la atención al parto por matronas aumenta el grado de satisfacción materna, situando el apoyo emocional y el trato individualizado por encima de los avances tecnológicos en la atención al parto<sup>10,11,12</sup>.

Las evidencias disponibles indican que las parturientas que reciben cuidados continuados de sus matronas presentan partos de mejor evolución física y emocional y que las mujeres valoran como muy positiva la atención y los cuidados emocionales prestados por éstas<sup>10,12</sup>.

La Guía de Práctica Clínica para la Atención al parto normal del Ministerio de Sanidad de 2010 hace referencia a nueve estudios que evaluaron la satisfacción materna midiendo diferentes componentes de la experiencia del nacimiento. Concluyen, otorgando un grado de Recomendación A<sup>8,13</sup>, que la atención al embarazo, parto y puerperio por matronas proporciona mayores beneficios que otros modelos médicos o de atención compartida, tales como: reducción del uso de oxitócicos, disminuye la necesidad de analgesia local y regional, reduce la duración del trabajo de parto, aumenta la tasa de parto eutócico, reduce la necesidad de episiotomía y aumenta la tasa de lactancia materna exclusiva.

También produce notables efectos positivos en el estado de ánimo, como la reducción de la ansiedad y el aumento de la sensación de autocontrol. A mediano y largo plazo, se reduce la tasa de depresión postparto, mejora la autoestima e intensifica la sensibilidad por parte de la madre hacia las necesidades del recién nacido<sup>13</sup>.

## CONCLUSIONES

La matrona ha sido y es una figura determinante en el proceso de humanización del parto pese a las dificultades que se encuentra en su práctica diaria debido a la resistencia al cambio en muchas instituciones.

A pesar de los avances que ya se han realizado, el nacimiento humanizado continúa siendo un desafío tanto para los profesionales como para la sociedad.

Las matronas debemos seguir trabajando desde la evidencia, situando a la mujer en el centro de la asistencia, respetando sus decisiones y brindando apoyo emocional continuo para que su experiencia de parto sea lo más satisfactoria posible.

**“Para cambiar el mundo primero antes hay que cambiar la manera de nacer”.**  
**Michel Odent.**

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Biurun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 2013; 14(2): 62-66.
- 2 Umenai T. Forewords of the International Conference on the Humanization of Childbirth held on 2-4 November 2000, in Fortaleza, Ceará, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001; 75: S1-2.
- 3 Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001; 75: S25-37.
- 4 Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001; 75: S5-23.
- 5 Hodnett E. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; (2): CD000062.
- 6 Behruzi R. What are the components of humanized childbirth in a highly specialized hospital? An organizational case study [tesis doctoral]. Montréal: Université de Montréal, 2011.
- 7 Freyermunt G., Sesia P. La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura.—México : Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social : Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 2009; 102-103.
- 8 Ministerio de Sanidad y Consumo; Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. [Monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007
- 9 Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- 10 Goberna Tricas J, Palacio Tauste A, Banús Giménez MR, Linares Sancho S, Salas Casas D. Tecnología y humanización en asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Prof.* 2008; 9 (1): 5-10
- 11 Pimienta D et cols. El parto realizado por matronas: Una revisión integradora. *Enfermería Global.* 2013
- 12 Iglesias Casás S, Conde García M, González Salgado S. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas Prof.* 2009; 10(2): 5-11
- 13 Márquez Carrasco A. Sobre el acompañamiento en el proceso del parto. *Revista Hygia* 2011 (77): 31-35.



# EVOLUCIÓN DE LAS MATRONAS DE LA MANO DE LAS SOCIEDADES EN LA HISTORIA

## *Historical evolution of midwives guided by societies*

Laura Gutiérrez Chicote  
Centro de Salud de Campoo (Cantabria), España

**PALABRAS CLAVE:** Matrona, enfermería, historia, sociedad.

**KEY WORDS:** Midwife, nursing, history, society.

**RESUMEN:** La matrona es una enfermera especialista reconocida tanto por la Organización Mundial de la Salud, como por la Unión Europea. Actualmente la Matrona es una profesión regulada, con un perfil competencial específico y con una formación mínima armonizada en todos los Estados miembros. El objetivo de este estudio es contextualizar la profesión de matrona en las distintas sociedades a lo largo de la historia.

Desde las sociedades primitivas se reconoce la figura de la matrona como especialista en cuidados de la mujer. Se pretende analizar este proceso de transformación que tiene lugar en las distintas sociedades de la Edad Antigua, Edad Media, Edad Moderna y Contemporánea hasta llegar a la profesión que conocemos actualmente como Enfermera Especialista en Ginecología y Obstetricia, también llamada matrona.

**ABSTRACT:** Midwives are nurses recognized by both the World Health Organization (OMS), as the European Union. Nowadays, midwife is a ruled profession, with a specific competence profile with a specific training in all Member States. The aim of this study is to contextualize the profession of midwife in different societies throughout history.

From primitive societies the figure of the midwife, as a specialist in care of women, is recognized. I am analysing this process of transformation that takes place in different societies of antiquity, Middle Ages, Modern and Contemporary Age up to the profession which, we know today as Nurse Specialist in Gynaecology and Obstetrics, also called midwife.

## INTRODUCCIÓN

La matrona es un profesional reconocido internacionalmente en todos los sistemas sanitarios en los que se considera una figura esencial, y, que incide en un ámbito social tan importante como el de la maternidad y la atención integral durante el ciclo vital de la mujer en todas sus fases: salud reproductiva, climaterio y sexualidad; y no sólo a ésta, sino también, a la familia y a la comunidad, y que puede desarrollar sus funciones en cualquier ámbito. En España, actualmente, la formación de matrona se acredita mediante un título oficial de especialista, que requiere haber obtenido previamente el título de Diplomado/Graduado universitario en Enfermería y el título oficial de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) por el sistema de residencia. Sin embargo, la profesión de matrona ha realizado un largo recorrido hasta llegar a nuestros días tal y como la conocemos, siempre de la mano de las sociedades y del coraje y empuje de las propias matronas.

La profesión de matrona es tan vieja como la propia historia de la civilización. En todas las épocas y culturas han existido personas, en su gran mayoría mujeres, que han ayudado a otras mujeres a dar a luz y a ocuparse del recién nacido. Así pues, la figura de la *partera* siempre ha existido, pero con diferentes nombres: *obstetrix*, *partera*, *matrona*, *llevadora*, *sage-femme*, *comadrona*, *co-madre*, etc.

Podemos comenzar analizando la **prehistoria** y mencionando a Lucy. Lucy es la primera homínida bípeda de la que tenemos constancia. El descubrimiento de gran parte del esqueleto fosilizado de este homínido, hembra, de 3,2 millones de años de antigüedad nos da una valiosa información: andaba sobre sus miembros posteriores y también se deduce que tuvo hijos aunque no se sabe cuántos. Por ello a Lucy hay quien le denomina "la madre de la humanidad". El descubrimiento de Lucy marcó un punto de inflexión en nuestro entendimiento de la evolución humana. Muchas son las implicaciones que conlleva el hecho de la bipedestación pero sólo me voy a detener en una: la bipedestación estrechaba la pelvis y dificultaba el parto; desde entonces la mujer necesita ayuda para parir. El origen de la primera matrona surgiría con la primera persona que acompañó y ayudó a parir a otra.<sup>1</sup> De los escasos restos conservados de época prehistórica (restos líticos, restos humanos, objetos de hueso, representaciones pictóricas, etc) deducimos cómo eran las vidas de las colectividades humanas en esta época. Eran sociedades tribales, basadas en grupos pequeños, con una economía de subsistencia, cazadores y recolectores que practicaban el nomadismo. Por ello, parece probable suponer que sólo las mujeres capaces de tener un parto normal sobrevivían, así como la alimentación de los recién nacidos se basaba en una lactancia materna prolongada.

En la **Biblia** encontramos referencias escritas en el Antiguo Testamento que hacen referencia al trabajo de partera. Varias historias bíblicas nos relatan partos atendidos por comadronas hebreas, mujeres bien consideradas y con cierto prestigio social. Estarían bien reconocidas como diestras y valiosas profesionales.<sup>2</sup> En la **civilización egipcia** encontramos fuentes documentales en las que se deduce que la matrona egipcia era una profesión libre, independiente, y que gozaba de gran prestigio. Sus conocimientos se adquirían con la práctica, al estar junto a otro profesional con más experiencia. Atendían los partos normales incluidos los de la realeza. Destacan varios papiros que demuestran la importancia del cuidado de las mujeres embarazadas y de la asistencia al parto (papiro de Ebers de 1550 a.C. y papiro de Westcar de 1700 a.C.).<sup>3</sup> En **Grecia**, en la época de Hipócrates, y Sócrates, las parteras alcanzaron una gran reputación. La madre de Sócrates, Phainarité, fue comadrona. De la analogía que estableció el filósofo con el oficio de su madre, nombró Mayéutica a su método filosófico (utilizó el arte de los partos, la mayéutica, para alumbrar nuevos conocimientos). Las matronas de esta época tenían gran prestigio y reconocimiento social, además de ser honradas por el pueblo. Tenemos constancia de algunos requisitos para ejercer esta profesión. Sin embargo, dos siglos más tarde, la actitud respetuosa hacia las comadronas fue cam-

biando para dar paso a los hombres de ciencia, que serían los encargados de atender los partos. A pesar de ello, muchas mujeres seguían asistiendo los partos porque así lo pedían las propias mujeres que daban a luz. La leyenda de Agnodiké (300 a. de C.), nos cuenta que esta comadrona de Atenas fue juzgada porque se disfrazaba de hombre para asistir los partos.<sup>4</sup> La **cultura romana** hereda los conocimientos de la civilización griega. Las comadronas romanas también tenían gran reconocimiento social. El senado de Roma dictaminaba quiénes debían ser las parteras y hace referencia a las “parteras aprobadas en su oficio” que debían asistir a esposas de emperadores romanos. Destaca el médico y escritor Sorano de Éfeso, quien vivió a comienzos del siglo II, es el llamado “padre de la obstetricia”. Escribió “*De morbis mulieerium*” el primer libro de texto escrito para comadronas. En él se describen las funciones de las comadronas, así como los requisitos y las cualidades de estas profesionales. En él, su autor afirma que saber leer y escribir es un requisito previo importante para ser comadrona.<sup>5</sup>

Durante los **siglos posteriores**, los cuidados de la mujer embarazada, la parturienta, el recién nacido, métodos anticonceptivos, métodos abortivos, hierbas con propiedades medicinales, etc, serán cuidados administrados por mujeres a las que no se les consideraba como que se dedicaban a una verdadera profesión, sino que tan sólo eran una parte de la esfera doméstica y privado, es decir: “lo femenino”, lo contrario de la esfera pública que era de dominio masculino. Estas mujeres basaban su conocimiento en el empirismo y aprendían unas de otras. No contaban con preparación ni estudios. En España, el clero ejerció el monopolio tanto en el terreno de la producción cultural como en el de la enseñanza desde finales del siglo VI d.C. El legado de la cultura clásica era visto con recelo, pues era cultura pagana<sup>6</sup>. Si se estudiaban textos clásicos era para conocer mejor el latín, la lengua de la iglesia. Por ello, las parteras ejercerían el oficio siguiendo las normas empíricas recibidas por la tradición oral a través de otras mujeres parteras con más experiencia. A muchas se les exigía ser madres antes de ejercer para que a través de su propia experiencia pudieran sumar más conocimientos a estos cuidados. Durante los siglos siguientes, las distintas culturas, las religiones (como por ejemplo, en la España musulmana), las supersticiones, la tradición e incluso ciertas normas de moralidad dejaron al hombre fuera de todo lo relacionado con el parto. Había excepciones como en ciertas ocasiones en las que se requería la presencia del cirujano para alguna intervención excepcional.<sup>7</sup>

En la **Edad Media** la sociedad estaba fuertemente jerarquizada y existían tres estamentos (nobleza, clero, campesinado). El campesinado era el sector más numeroso. Existía una marcada dicotomía entre los grupos dominantes y el común. La estructura social de las ciudades (menos numerosas pero en crecimiento) difería poco del ámbito rural. Las parteras de esta época van de mano de la sociedad.<sup>8</sup> Así pues, las matronas también se dividían en: comadronas notables que asistían los partos de las mujeres de alta nobleza y otras parteras que atendían las necesidades de las mujeres sin recursos (que eran la gran mayoría). Existen diversas referencias iconográficas y literarias de la España medieval que identifica a las matronas. En el siglo XIII, el rey Alfonso X “el Sabio”, redacta en sus Partidas (II Partida, Ley III) las cualidades que deben reunir las matronas, encargadas de la atención a la parturienta y del recién nacido. Desde el siglo XV existen en España referencias legales sobre la formación y práctica del oficio de matrona. Las Cortes de Zamora en 1434 y las Ordenanzas de Madrigal de 1448 dieron cartas de aprobación a parteras para que pudieran ejercer libremente. Otro ejemplo es el relato de cómo en 1452 el Rey Católico llamó a “la Herradera” que gozaba de gran prestigio social, para el nacimiento de Fernando II de Aragón. Con los Reyes Católicos a finales del siglo XV surge un intento general de regular la formación de las matronas, con un examen de parteras que realizaba el Protomedicato, una institución establecida por los Reyes Católicos.<sup>9</sup>

Durante la edad media los cuidados de la maternidad seguían recayendo en mujeres que se transmitían los conocimientos de forma oral. Algunas comienzan a ser acusadas de magia, brujería y superstición. A las parteras se las relacionaba con la sexualidad, la reproducción, cultos paganos, y prácticas condenadas por la Iglesia. La brujería fue perseguida por la Iglesia y el tribunal de la Santa Inquisición<sup>10</sup>. Así llegamos a los siglos XV y XVI, que se caracterizan por un fuerte rechazo general al género femenino impulsado por la Iglesia. Además aparece una marcada inaccesibilidad de la mujer a la cultura. El argumento económico, que hay que tener presente, no vale para explicar el analfabetismo femenino, muy elevado incluso en familias acomodadas. Intervendrían aquí otras consideraciones, referentes al papel de la mujer en la sociedad, un papel secundario y pasivo.<sup>11</sup> Así pues, en la España del siglo XVI la cultura escrita era patrimonio de una minoría y la alfabetización era muy escasa. Ese bajísimo grado de alfabetización se corresponde con la existencia de una potente cultura popular que no se debe menospreciar. En este ámbito de potente cultura popular es donde se enmarca la profesión de comadrona.<sup>12</sup> En el Renacimiento hay un avance en la formación teórica de las profesiones sanitarias. En el siglo XV aparecen las primeras normativas legales sobre los cuidados de las parteras y comadronas. Sin embargo a las matronas se las considera poco importantes, por su condición de mujer, y se quedan fuera de mejorar su ejercicio profesional y no se incluyen en las universidades, que estaban bajo el control de la Iglesia.<sup>13</sup>

La sociedad en la **Edad Moderna** se hace más compleja al aparecer en escena la incipiente burguesía, el desarrollo de las villas y ciudades, así como un importante crecimiento demográfico y económico paralelo a la expansión territorial. La Iglesia siguió ocupando un papel muy destacado en la cultura, pero al mismo tiempo se observa una renovación que apuntaba en dirección al mundo urbano y a la irrupción de corrientes humanistas. Nuevas corrientes que, sin romper abiertamente con la herencia cristiano-medieval, tendían a enriquecerla. La convicción de que el perfecto tipo humano debía ser instruido y cultivado produjo una ampliación de los estudios. Esto contribuyó a la creación de centros de enseñanza, bibliotecas, libros impresos e imprentas. A mediados del siglo XVI se extendió en Europa una corriente que pretendía divulgar conocimientos Obstétricos y Ginecológicos. El hecho de que el latín, la lengua de la Iglesia, fuera el vehículo esencial de comunicación cultural había dificultado enormemente el acceso a manuales de conocimientos materno-infantiles.<sup>14</sup> En 1541, en España aparecerá el primer texto en lengua vulgar o romance dedicado a la formación de las comadres o matronas; su título es "*Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños*" escrito por Damián Carbón<sup>15</sup>.

En el **siglo XVII** la dinámica interna de la sociedad española se vio profundamente afectada por los acontecimientos políticos e institucionales (guerras internas, guerras europeas, la guerra de Sucesión, entre otros). Tiene lugar un proceso de concentración: concentración de riqueza y concentración de poder. Se refuerzan las oligarquías en detrimento del resto.<sup>16</sup> El aumento del número de médicos en la Edad Moderna, supuso un aumento de la autoridad y del poder del colectivo que ejerció presión social para ampliar sus funciones. Ello comportó un aumento del control sobre el resto de las profesiones sanitarias. En esta época comienza la masculinización de la asistencia al parto. El varón se va hacer presente en la asistencia al parto. A pesar de este panorama, los cuidados de la mayoría de las parturientas continuó en manos de mujeres, de mujeres comadronas, pues en la asistencia al parto por parte de hombres estaba mal vista, en muchos casos. En el siglo XVII la comadrona continúa siendo una figura clave en la sociedad pues atiende los problemas de la mitad de la población, y, no lo olvidemos, el embarazo y el nacimiento de los hijos dominaban la vida de toda mujer. Las comadronas europeas fueron más conscientes de la importancia de perfeccionar sus conocimientos. En concreto, las matronas francesas (como Louise Bourgeois, entre otras) en esta época reivindicaron la necesidad de actuar como profesionales, con base científica, y por ello

fueron reconocidas y respetadas.<sup>17</sup> En el siglo XVII las autoridades políticas se preocuparon de la formación de la matrona y legislaron para ello. Sin embargo la profesión no adquirió todavía el estatus ni profesional ni académico.

Con la llegada del **siglo XVIII** llega una nueva forma de pensar y de entender la vida que va a influir en la sociedad de la época. En España se produce el tránsito hacia la Ilustración pero fue un proceso lento y con retraso respecto al resto de Europa. Fue un siglo de grandes reformas, pero de un aperturismo moderado. La comunidad científica va a prestar atención a la medicina y a aceptar a la obstetricia y la ginecología como parte de la ciencia. Significa el fin de la exclusividad de las matronas para asistir a los partos. La escasa formación de las matronas era superficial y bajo la sumisión y supervisión de un hombre. La formación de unos y otros es muy desigual. El acceso a la ciencia y conocimientos estaba exclusivamente reservado al varón, y la mujer estaba supeditada a él.<sup>18</sup> En el siglo XVIII los cirujanos transforman la asistencia al parto en un arte quirúrgico dejando relegadas a las matronas para la asistencia del parto de mujeres con escasos recursos económicos. Hay dos caminos para ejercer la misma actividad según el sexo de los aspirantes: los hombres como cirujanos y las mujeres como matronas y ayudantes. Además se inicia un fuerte desarrollo de la tecnificación de la asistencia marcada por el interés médico en la búsqueda de nuevos conocimientos y mejora de los resultados que se configuró sin tener en cuenta las subjetividades o la opinión de las propias mujeres. Se transforma la asistencia a la mujer de parto. Serán los cirujanos los que atiendan a las mujeres de la Corte y de la alta sociedad, y a las de las ciudades. Y esta tendencia comienza a generalizarse, aunque la asistencia a mujeres de escasos recursos, en su mayoría del ámbito rural seguiría en manos de las comadronas. Un ejemplo significativo fue el hecho de que en 1713 el cirujano francés Clément se desplazó a Madrid para asistir a la reina María Luisa de Saboya, primera esposa de Felipe V.<sup>19</sup>

La sociedad española del **siglo XIX** era una sociedad en continua transformación que se debatía entre la dicotomía de tradición o progreso, y, en la que se pasa del lento desplome del Antiguo Régimen a la creación del estado liberal burgués. Esta sociedad seguía teniendo en su cúspide la propiedad agraria, y una nobleza que conservará su hegemonía e integrará en su sistema de valores a los nuevos grandes propietarios (burguesía comercial e industrial) y jefes militares. Se inicia la protohistoria de la industrialización. Sin embargo, en la base de la pirámide de la sociedad quedaba el pueblo llano, que padecía las crisis de subsistencia, carestía de los alimentos, la miseria y la pobreza. También una franja de población marginal de difícil clasificación. Hay un fuerte contraste entre las capas superiores y la base de la sociedad. La Iglesia continuó con una enorme concentración de poder, tanto en el terreno espiritual, como en el económico y el educativo. La tarea de modernización fue muy difícil.<sup>20</sup> En el siglo XIX se desarrolló políticamente el ideal de la Ilustración. El convencimiento de Jovellanos de que ninguna sociedad puede avanzar con su población sumida en la ignorancia y el analfabetismo caracteriza los intentos de reformas políticas y sociales que abarcan muchos aspectos. Así, en el siglo XIX, se suceden Leyes, Reales cédulas, Órdenes, Pragmáticas, etc., para regular la situación académico legal de la matrona. Destaca en 1857 la Ley Moyano (por el nombre de su autor, ministro de Fomento). Se trató de una ley de bases que acertó a reunir las grandes ideas del liberalismo en la enseñanza. En ella se reguló la obtención del título de matrona y dio acceso a las mujeres a los estudios de matrona. Se establecieron condiciones necesarias para la obtención del título de matrona o partera y practicante, y define a la partera como *la mujer práctica en el arte de partos o que ejerce en virtud del título*. Se crea, por tanto, el Título de Partera o Matrona. El patriarcado de los médicos siguió pesando mucho<sup>21</sup>.

Así llegamos al **siglo XX**, con una sociedad en España en una continua reestructuración debido a los acontecimientos históricos (República, guerra civil, dictadura, democracia). También los



estudios de matrona evolucionan para adaptarse a todos los cambios que se producen tanto en el ámbito sanitario como político. Es en este siglo XX cuando llega la verdadera profesionalización de las matronas. En 1902 se crea el título de "*Practicante autorizado para la asistencia a partos normales*". La colegiación obligatoria para estas profesionales se establece con fecha de 1 de mayo de 1930, En 1977 un Real Decreto de 23 de julio integra los estudios de ATS en las universidades españolas como Escuelas Universitarias de Enfermería, hasta el momento integrados en las Facultades de Medicina, creándose la titulación de Diplomados en Enfermería. Esto supuso un hito trascendental para los estudios de enfermería y de matrona. Con la incorporación de España a la Comunidad Económica Europea (CEE) en el año 1986 ésta adquiere un compromiso de adecuación de los contenidos formativos de matronas a Europa.<sup>22</sup>

En el **siglo XXI** la matrona se define como el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en su facetas preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud, incluyendo así mismo la atención a la madre, en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal y la atención al hijo recién nacido sano, hasta el 28 día de vida.<sup>23</sup> El perfil competencial de la enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) que se contiene en este programa formativo, se ha ajustado a los contenidos de la Confederación Internacional de Matronas, de la Unión Europea, a las necesidades del Sistema Nacional de Salud, a la evolución de los conocimientos científicos y a las demandas de la sociedad actual, que reclama un profesional mucho más implicado en las facetas preventiva y de promoción de la salud de la mujer.

## CONCLUSIÓN

Soy consciente de las limitaciones de este estudio debido a la extensión de lo que se pretende abarcar, así como la complejidad de las sociedades en las distintas épocas, que apenas he podido dibujar, y a la diversidad de factores que influyen en ellas. Sin embargo, considero que las pinceladas del análisis realizado, a pesar de las limitaciones expuestas ofrecen una idea de que la matrona no es un mero espectador a lo largo de la historia. Como parte de la sociedad desde los inicios, avanza y retrocede. Tras analizar los distintos acontecimientos históricos queda demostrado que de manera clara y eficaz se puede responder a las exigencias sociales y su valiosa contribución a la salud de la sociedad. Para conocer los retos a los que nos enfrentamos en la actualidad hay que analizar las demandas de la sociedad actual y continuar avanzando.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Arsuaga, J. L., *La especie elegida*, Ed. Temas de Hoy, Madrid, 2006
- 2 Siles González, J. *Historia de la Enfermería*, vol. 1. Alicante. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, 1999.
- 3 García Martínez, M.J.; García Martínez, A.C. "Fechas claves para la historia de las matronas en España". *Híades, Revista de Historia de la Enfermería*, nº 5-6, 1998/1999.
- 4 Siles González, J. *Historia de la Enfermería*, vol. 1. Alicante. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, 1999. Op. cit, p.116
- 5 Valle Racero, J.I. "El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957". *Matronas profesión*, 2002, nº 9, p. 28.
- 6 García Martínez, M.J.; García Martínez, A.C.; Valle Racero, J.I. *La imagen de la matrona en la Baja Edad media*. *Hiades. Revista de enfermería*, nº 3-4, 1996/1997, 61-81.

- 7 Cruz y Hermida, J. *Las matronas en la historia*. SEGO 2007.
- 8 Valdeón Baruque, J. " *Historia medieval de España* ", 1999, Ed. Ámbito, Valladolid.
- 9 Fernando Conde Fernández, " *Parteras, Comadres, Matronas. Evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico.* ", 2011, Lanzarote, Discursos Académicos.
- 10 Cuadri Duque, MJ, " *Antecedentes históricos de la formación de matronas* ", Híades, Revista de Historia de la Enfermería, nº5-6, 1999
- 11 Domínguez Ortiz, A., " *La sociedad española en la Edad Moderna* ", 1999, Ed. Ámbito, Valladolid.
- 12 Del Val Valdivieso, M<sup>o</sup>l., " *La historia de las mujeres, una revisión bibliográfica* ", 2004, Valladolid, Universidad de Valladolid.
- 13 Valle Racero, " *el saber y las prácticas de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957* ", 2002, Matronas Profesión 2009
- 14 Domínguez Ortiz, A., " *La sociedad española en la Edad Moderna* ", 1999, Ed. Ámbito, Valladolid.
- 15 Towler J, Bramall J, " *Comadronas en la historia y en la Sociedad* ", 1997, Barcelona, Ed. Mas-son
- 16 Tuñón de Lara, M., Valdeón Baruque, J., " *Historia de España* ", 2000, Ed. Ámbito, Madrid.
- 17 Ortiz T, " *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista* ", 2006 Oviedo, KRK:
- 18 García Martínez MJ, et al. *Fechas claves para la historia de las matronas en España*. En Híades. Revista de Historia de la Enfermería, n.º 5-6. Alcalá de Guadaíra (Sevilla), 1999, p. 247.
- 19 García Martínez MJ, Valle Racero JI, García Martínez AC. La matrona y el parto natural (comentario de una obra del siglo XVIII). *Matronas Hoy* 1995; 6: 29-33
- 20 Tuñón de Lara, M, " *Historia contemporánea* ", 1999, Ed. Ámbito, Valladolid
- 21 Ortiz, T., " *las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del Siglo XIX* ", 1999, Arenal 6, Madrid.
- 22 Siles González, J. " *Historia de la Enfermería* ", 1999, Alicante, Aguaclara.
- 23 Boletín Oficial del Estado del jueves 28 de mayo 2009, sección III, página 44697.

#### Páginas Web consultadas:

- 1- [www.federacion-matronas.org/revista](http://www.federacion-matronas.org/revista)
- 2- [www.matronasprofesion.es](http://www.matronasprofesion.es)
- 3 [www.matronasdenavarra.com/pdfs/historia.pdf](http://www.matronasdenavarra.com/pdfs/historia.pdf)
- 4- [www.portalhiades.com/](http://www.portalhiades.com/).
- 5- [www.bibliotecacochrane.com/](http://www.bibliotecacochrane.com/)



LAS PARTERAS Y EL CUIDADO ENFERMERO  
HISTORIA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA  
BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA

*The midwives and the nurse care.  
Contributions of the first generation of Scienc  
in Nursing Master*

María de la Luz P. Bonilla Luis  
Carolina Trujillo de la Cruz  
Ines Tenahua Quitl

Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

**PALABRAS CLAVE:** Parteras, cuidado enfer-  
mero, Universidad Autónoma de Puebla.

**KEY WORDS:** Midwives, nurse care, Universi-  
dad Autónoma de Puebla.

**RESUMEN:** Objetivo: Identificar la contribu-  
ción de las parteras en el cuidado enfermero

Fuentes: Entrevista con las Parteras

Metodología: Es un estudio descriptivo  
Transversal

Muestra 10 parteras

Resultados: Las parteras describen su ac-  
tividad profesional con un alto sentido huma-  
nista, ético y de compromiso con la disciplina,  
responsabilidad del bienestar de las personas a  
las que les brindaron cuidado tanto en el ejerci-  
cio libre como parte del personal de las institu-  
ciones de salud en las que trabajaron

Conclusiones

El desempeño profesional de las parteras  
se ha caracterizado por su compromiso con el  
cuidado del ser humano y al tener presente el  
juramento que realizaron al obtener el grado,  
mencionan que sus conocimientos los han apli-  
cado para la promoción y el cuidado de la salud  
humana

**ABSTRACT:** Objective: To identify the contri-  
bution of the midwives in the elegant nurse

Source: He interviews with the Midwives

Methodology: It is a descriptive Transverse  
study

Sample: 10 midwives Results:

The midwives describe his professional ac-  
tivity with a felt humanist, ethical high place  
and of commitment with the discipline, res-  
ponsibility of the well-being of the persons to  
those who offered to them taken care so much  
in the free exercise as part of the personnel of  
the institutions of health at which they were  
employed .

Conclusions

The professional performance of the midwi-  
ves has been characterized by his commitment  
by the care of the human being and on having  
born in mind the oath that they realized on ha-  
ving obtained the degree, they mention that his  
knowledge has applied for the promotion and  
the care of the health humanizes

## ANTECEDENTES

Por su situación geográfica, desde su fundación (1531) la ciudad de Puebla se constituyó en una población de paso obligado, tanto en viajeros como en mercancías, colocándose como núcleo coordinador de las relaciones de producción y dominación, que le permitieron concentrar funciones tanto administrativas como eclesiásticas, a través de las cuales controlaban centros de población indígena importantes como: Cholula, Tepeaca, Tecamachalco, Atlixco, Huejotzingo. La estructura económica en ese tiempo desarrollo, la situaron como uno de los asentamientos humanos mas importantes, ya que fue no sólo el principal centro abastecedor de cereales fundamentales de trigo tanto en el mercado interno como en el externo, sino que es reconocida su importancia en la industrial textil.

En este periodo la práctica médica estuvo enfocada principalmente a brindar atención hospitalaria en instituciones como el "Hospital del Corazón de Jesús" (1901-1902), y la atención de enfermería era proporcionada por religiosas, quienes cuidaban por caridad a los enfermos. En 1909, en terrenos alejados de la ciudad, hacia el sur-poniente, fue construido el Hospital General del Estado, con capacidad para 400 enfermos, distribuidos en pabellones debidamente aislados entre si, según el tipo de enfermedades. Debido a que a trabajadores de Puebla, Rio Blanco, Orizaba y Tlaxcala, se olvidó la tarea de poner en servicio el Hospital General, destinándose el edificio a usos muy distintos al programado, como los de cuartel y almacenes; mas por el crecimiento de las necesidades sociales, fue inaugurado el 2 de Febrero de 1917 con la denominación oficial de "Hospital General del Estado General Jesús Carranza", trasladándose al mismo los enfermos del antiguo Hospital de San Pedro, los del Hospital del niño y los orates de Santa Rosa, clausurándose estos centros. Originalmente el Hospital General tuvo 25 pabellones atendidos por 144 personas, de las cuales 25 conformaban el personal de enfermería, cuya preparación era la obtenida individualmente por su práctica diaria guiada por distintos médicos. (Cordero y Torres, 1965).

En dicho ambiente social, económico y político, se instituye en 1917 en el denominado Colegio del Estado (hoy Benemérita Universidad Autónoma de Puebla), la carrera de enfermera y de enfermero. De acuerdo al archivo histórico de la BUAP, el entonces Gobernador del Estado, Alfonso Cabrera decretó la Ley de Instrucción Secundaria y Profesional, en el Título V, Art. 3º que a la letra dice: Los estudios profesionales para la carrera de Enfermería para ambos sexos, se hará en dos años en la forma siguiente: Art. 31 Los cursos de ambos años comprenderán el aprendizaje de los conocimientos y practicas siguientes: Primer Año: a) Teoría: Rudimentos de Anatomía, Fisiología, Patología, Higiene y Moral Profesional aplicables al ejercicio de esta carrera. b) Práctica: La que de acuerdo con el programa y teniendo en cuenta el medio hospitalario, pueda proporcionarse a los cursantes con enfermos de enfermedades internas. Segundo año: a) Teoría: Estudio de todos los casos urgentes que se puedan presentar a una enfermera en la práctica hospitalaria o civil. Administración y absorción de medicamentos de uso más frecuentes. Asepsia y antisepsia, anestesia, termoterapia (baños) curación y vendajes. b) Práctica: La que conforme al programa y medio hospitalario, pueda hacerse con enfermos de "cirugía", preparaciones y cuidados pre y postoperatorios. En el Art. 32 se establece: "...los alumnos de ambos años de Enfermería deberán permanecer después de clase distribuidos por grupos y según lo determine el reglamento dl hospital en los pabellones correspondientes, a fin que tomen parte en el servicio hospitalario...". Las encargadas de vigilar las prácticas de las alumnas eran las religiosas responsables de los pabellones.

En este mismo año se reglamenta la carrera de partera en el Titulo VI, estipulando en el Art. 34 que los estudios profesionales para la carrera de partera se harán en la forma que a continuación se expresa: Tercer año: Primer curso de obstetricia teórica, una hora cada tercer día. Cuarto año: Segundo curso de obstétrica teórica, una hora cada tercer día. Clínica Obstétrica para ambos cursos

(seis horas semanarias). Cap. 35. El Primer curso de Obstetricia Teórica comprenderá el estudio de embarazo, parto y tratamiento del embarazo, parto y puerperio fisiológicos y patológicos. Cap.36: Las alumnas de primero y segundo año de obstetricia, deberán por lo menos hacer 40 guardias de 24 horas en el transcurso del año para ser admitidas a examen. Dichas guardias se harán en el departamento de maternidad del Hospital General sujetándose estrictamente a las medidas de orden y disciplina que rijan en el establecimiento. Cap.37.- La planta de profesores para las carreras de Enfermero, enfermera y partera será la siguiente: Un profesor de primero y segundo curso de enfermería. Un profesor de primero y segundo cursos de Obstetricia y clínica Obstétrica.

De acuerdo con lo antes mencionado, el plan de estudios de la carrera de esta época quedó su-peditado a la práctica médica, con un enfoque curativo, de atención hospitalaria; sin considerarse actividades de medicina preventiva. La formación teórica es muy limitada y no se incluía enseñanza formal de la práctica clínica. Por otra parte, como la escuela de enfermería carecía de edificio propio, las alumnas recibían sus clases en alguno de los 4 salones que tenía el Hospital General, los cuales tenían que disputarse a los estudiantes de medicina, cuando coincidían sus horarios. En 1930 se establece como requisito la secundaria para cursar la carrera, cuyo auge estuvo determinado por las políticas de atención a la salud implantadas por el Estado, dirigidas fundamentalmente a la asistencia hospitalaria mediante modelos ajenos a las necesidades locales.

Según lo reportado en las "Noticias Universitarias" (1983), a iniciativa del general Maximino Ávila Camacho, gobernador del estado, el 14 de Abril de 1937 quedó legalmente instituida la Universidad de Puebla, y es dejada a merced de los dictados gubernamentales; esto motivó movimientos universitarios posteriores a fin de lograr su autonomía, lo cual fue posible 19 años después, así el 23 de Noviembre de 1956 es publicada en el Diario Oficial, la Ley Orgánica de la Universidad de Puebla. En 1945 el plan de estudios de la carrera de Enfermería se estructuraba de la siguiente forma: Primer año constituido por siete materias con 27 horas semanarias de clases: anatomía y fisiología, Prácticas de higiene, Microbiología y parasitología, Asistencia a enfermos de medicina, Prácticas de asistencia a enfermos de medicina, Primer curso de trabajo social, Psicología y ética para enfermos, Preparación de alimentos. Segundo año integrado por seis materias con 24 horas semanarias de clases: Nociones de patología, técnica, terapéutica y asistencia de enfermos de cirugía, Prácticas de asistencia a enfermos de cirugía, Segundo curso de trabajo social, Técnica de fisioterapia, Técnica de laboratorio. Tercer año constituido por 5 materias con 15 horas semanales: Enfermedades transmisibles, Técnica de ginecología, Técnica de higiene infantil y pediatría, Técnica de higiene mental y psiquiatría, Tercer curso de trabajo social. El enfoque de este plan de estudios sigue siendo biologicista y de tipo curativo, aunque se amplía la teoría y se toma en cuenta la práctica clínica de manera más organizada.

El 18 de Enero de 1947 el Consejo Universitario aprueba un nuevo plan de estudios para la carrera de Enfermería y Partera con la siguiente estructura: Primer año de enfermería, seis materias y 48 horas semanarias: Anatomía y Fisiología humana, Microbiología y Parasitología, Trabajo Social, Nociones de Patología, Dietología, Practicas de Hospital; Segundo año de enfermería con 8 materias y 48 horas semanarias: Fisioterapia, Asistencia a enfermos de cirugía, y sus prácticas, Exámenes clínicos de laboratorio, Nociones de técnica pediátrica, Medicina preventiva e higiene, Practicas de Hospital. Primer año de Obstetricia con tres materias y 48 horas semanarias: Primer curso de clínica obstétrica, Practica de Hospital. Segundo año de Obstetricia con 4 materias y 45 horas semanarias; Segundo curso de obstetricia, Segundo curso de clínica obstétrica, Puericultura, Practicas de Hospital.

Los cambios demográficos, económicos y políticos de ese tiempo marcaron las prioridades en las acciones de salud, así como la consolidación de la clase obrera y de la burocracia estatal,

favorecieron el surgimiento de las instituciones de seguridad social, que no solo respondían a las reivindicaciones de estos grupos sociales, y a las necesidades de orden y estabilidad del sistema social y político, sino que representaban una alternativa para una mejor reproducción de la fuerza de trabajo; por ello en Febrero de 1945 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto que extendía el Seguro Social a Puebla. Consecuentemente al servicio médico y de enfermería es incorporado al sistema de salud oficial, mismo que es prestado a una población seleccionada no en base a sus necesidades, sino para satisfacer exigencias de estabilidad política. Los servicios de salud tienen un enfoque curativo, hospitalario y de alta especialización, con olvido de la etiología social de las enfermedades y de la atención preventiva y comunitaria. Para responder a las nuevas demandas, en 1949 se cambia el plan de estudios de la carrera de enfermera, para impartirse en tres años y 2 mas de obstétrica.

En el periodo de 1961 estuvo como Director de la escuela de enfermería el Dr. José Gómez Daza; continuando con dicha función en el año de 1962 el Dr. Fernando Arruti quien se interesó en cambiar el plan de estudios vigente, integrando a varias enfermeras profesoras a la escuela, siendo estas: Socorro Cuevas Reyes, Emma Hernández y Blanca Alarcón. Correspondió a la Doctora Alicia Arroyo que durante su gestión en 1963 se remodelara la llamada "Escuelita de Enfermería", ubicada en un edificio anexo al Hospital General del Estado ubicado en la 13 Sur y la actual 31 Poniente. En este año empezaron las actividades académicas del nuevo plan de estudios que incluía 16 materias en primer año, 12 en segundo y 9 en tercero. Dichas asignaturas incluían conocimientos de las ciencias médicas (patología, medicina preventiva, farmacología, pediatría, psiquiatría, etc.: como algunas de tipo social como: antropología, sociología, economía política; y las denominadas enfermería: materno infantil, pediátrica, médico-quirúrgica, y psiquiatría entre otras. El 22 de Junio de 1965 y con base en los artículos 4° y 5° Constitucionales se establece la obligatoriedad del Servicio Social. A partir de este año se dejó de cursar la carrera de partera.

Destacan en este año las gestiones hechas con el Instituto Mexicano del Seguro Social para que las alumnas realizaran sus prácticas en las unidades de este Instituto. La enseñanza práctica se da al mismo tiempo con la teoría, es decir, además de la teoría las alumnas asisten de las 8 a las 12 del día a prácticas diarias de Lunes a Viernes o guardias nocturnas terciadas, en las instituciones de salud que les eran asignadas, debiendo asistir a las clases teóricas por la tarde de las 3:00 a las 7 u 8:00 p.m., debiendo presentarse uniformadas de manera obligatoria. En este periodo las alumnas eran supervisadas estrictamente en cuanto a uniforme, presentaban examen oral de cada asignatura con 3 docentes que fungían como jurados y la imposición de cofias solo se hacia a las alumnas regulares. El examen profesional era teórico-practico, con 5 sinodales y una vez aprobado dicho examen se realizaba la ceremonia del "Paso de la luz" e imposición de cofias y capas, el título de "Enfermera Partera" era expedido por la Universidad Autónoma de Puebla (UAP), firmado por el Gobernador del Estado en turno.

## **METODOLOGÍA**

Es un estudio descriptivo Transversal.

## **MUESTRA: 10 PARTERAS**

## **RESULTADOS**

Las enfermeras partera entrevistadas son jubiladas del Instituto Mexicano del Seguro Social, tres de ellas se jubilaron con la categoría de jefes de piso, una además del IMSS, también trabajo

en el Hospital Universitario de Puebla, refieren que durante su formación académica les exigieron bastante en la adquisición de los conocimientos así como en la perfección en las habilidades y destrezas, la mayoría de sus profesores fueron médicos principalmente en las asignaturas, para adquirir el grado de parteras, el examen profesional que presentaron fue primero práctico y si lo pasaban entonces procedía el oral, el jurado estaba formado por tres médicos, todas adquiriendo el grado por unanimidad, refieren que en la actualidad al estudiante ya no se les exige como cuando ellas estudiaron, describen su actividad profesional con un alto sentido humanista, ético y de compromiso con la disciplina, responsabilidad del bienestar de las personas a las que les brindaron cuidado tanto en el ejercicio libre como parte del personal de las instituciones de salud en las que trabajaron

## CONCLUSIONES

El desempeño profesional de las parteras se ha caracterizado por su compromiso con el cuidado del ser humano y al tener presente el juramento profesional que hicieron al graduarse como enfermeras parteras que su servicio es para cuidar la vida, mencionan estar satisfechas por su ejercicio profesional en las instituciones de salud donde trabajaron así como la oportunidad de trabajar en forma independiente algunas de ellas tenían en su casa sus consultorios así como una área especial para la atención del parto, también asistieron a las pacientes en su domicilio, mencionan que sus conocimientos los han aplicado para la promoción y el cuidado de la salud humana.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Archivo histórico de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla México.
2. "La U.A.P. en el Tiempo.1578-1983", *Noticias Universitarias. Puebla*, México (1983) p.6.
3. Marín Chagoya Ma. de los Ángeles et al Historia de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Desarrollo Científico de Enfermería Edit. Corporativo en Medios de Comunicación. México. pp 179-181, Vol 16.
4. Reyes Pérez María Teresa Enfermera Partera, entrevista. Puebla México 2014.







CAPÍTULO 6

*La Enfermería  
ante los nuevos escenarios*



# 10 AÑOS DEL GRUPO FEBE Y SUS APORTACIONES A LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

## *Ten years of the FEBE group. Contributions to the nursing's history knowledge*

Lidia Fernández

EUE Gimbernat

Carme Valiente

EUCS Manresa

Susana Santos

Escuela Superior Ciencias de la Salud, Tecnocampus Mataró

Grupo FEBE<sup>1</sup> para el estudio e investigación de la Historia de la Enfermería de Catalunya, Islas Baleares y Andorra

**PALABRAS CLAVE:** Historia de la enfermería, Enseñanza de la enfermería, Investigación de Enfermería.

**KEY WORDS:** History of Nursing, Nursing education, Nursing research.

**RESUMEN:** El Grupo FEBE para el estudio e investigación de la Historia de la Enfermería inició su trayectoria en 2005, con el doble propósito de consensuar la enseñanza universitaria de la Historia de la Enfermería y potenciar su investigación. Tras 10 años de recorrido se ha revisado la producción científica del grupo con el objetivo de describir y dar a conocer las contribuciones realizadas durante este período. Esta revisión constata una amplia actividad científica que queda plasmada en numerosos artículos, libros, tesis doctorales y participaciones en congresos y proyectos de investigación, que han contribuido a la transformación de la disciplina en este período.

**ABSTRACT:** The FEBE Group for the study and research of the History of Nursing, began his career in 2005, with the dual purpose of agreeing university teaching of History of Nursing and enhance its research. After 10 years of work, it has been reviewed the scientific production of the group in order to describe and publicize the contributions made during this period. This review notes a wide scientific activity that is reflected in numerous articles, books, PhD thesis and participation in conferences and research projects that have contributed to the transformation of the discipline in this period.

---

1 Miembros Grupo: Alberdi R.M<sup>º</sup>. ( EUE Illes Balears) Barceló J (URV), Bardallo M<sup>º</sup> D (EUE del Mar), Domingo A. (UdG), Fargues I. (EUE St.Pau), Galbany P. (UAB), Gallego G. (EUE Illes Balears),Martinez L. (EUI St. Joan de Déu), Mezquita C., Olivé M<sup>º</sup>.C.(UB), Palau R. (UdL), Pallarés À. (URL), Ramió A. (EUE St. Joan de Déu), Rodero V. (URV), Roman Eva M (EUE St. Pau), Sadurni Cinta (UVIC), Sanchez G. (EUIT), Tejero L. (UdL), Torres C. (UdL), Travesset O. (EUE Andorra), Valls R. (UB), Ventura Sonia (UdL), Vila C. (URL), Vila I. (EUE Andorra), Vives C. (URV).

## INTRODUCCIÓN

El Grupo Febe surge en el año 2004 por iniciativa de la Dra. Roser Valls y un grupo de docentes de Historia de la Enfermería de las escuelas de Cataluña, Islas Baleares y Andorra con el objetivo de consolidar la materia de Historia de la Enfermería en los ámbitos docente y de investigación, aprovechando el cambio de paradigma enseñanza-aprendizaje que suponía el Espacio Europeo de Educación superior. La elección del nombre se realizó en recuerdo de la primera diaconisa-enfermera de la historia que aparece en la literatura escrita, enfatizando así la importancia de las evidencias documentales como fuente para el estudio de la disciplina. El grupo se dio a conocer por primera vez fuera de su territorio en el III Congreso Internacional y VIII Nacional de Historia de la Enfermería celebrado en Zaragoza en 2005. Actualmente forman parte del grupo, docentes de los 16 centros universitarios en los que se imparte el Grado en Enfermería en Cataluña, las Islas Baleares y Andorra. Los objetivos del grupo presentes en su evolución a lo largo de estos años y por los que sus miembros continúan trabajando, se centran en dar visibilidad a la historia de la evolución de los cuidados en el currículum formativo del estudiante de Grado de Enfermería e Investigar la historia de la evolución de los cuidados enfermeros en los territorios donde éstos se enmarca. A largo plazo uno de los objetivos que se plantea es obtener el reconocimiento como grupo de investigación.

## OBJETIVO

Describir y dar a conocer las contribuciones del grupo Febe a la historia de la profesión desde 2005 hasta abril de 2015

## METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica y curricular del grupo Febe con recopilación y análisis de la actividad docente y científica relacionada con la historia de la enfermería realizada desde 2005 hasta abril de 2015.

## RESULTADOS

En los últimos años, el grupo FEBE ha generado actividad científica muy diversa cuyo centro de interés ha sido el estudio y profundización de la historia de los cuidados; actividades que han quedado plasmadas en más de 10 artículos en revistas especializadas, en más de 12 publicaciones de libros o capítulos de libros, en la participación u organización de congresos de historia de la enfermería, tanto nacionales como internacionales y en la defensa de 9 tesis doctorales dentro del ámbito de la historia de los cuidados; además, el grupo ha estado implicado en 4 proyectos de investigación financiados.

### 1. TESIS DOCTORALES:

- a. Gloria Gallego. El proceso de profesionalización sanitaria y la transición demográfica en Mallorca (1848-1932). Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears; 2009.
- b. Carme Torres. La enfermería en la Guerra Civil Espanyola a Lleida: enfermeras, practicants i comadrones. Alicante: Universidad de Alicante; 2010.
- c. Paola Galbany. Evolución de los cuidados enfermeros en el Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet 1917-2010. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2012.
- d. Eva Román. Las caídas en los pacientes con cirrosis hepática. Relación con el deterioro cognitivo y la calidad de vida. Barcelona: Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2013.
- e. Josep Barceló. Poder local, govern i assistència pública: el cas de Tarragona. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2014.

- f. Guadalupe Sánchez. Las emociones en la práctica enfermera. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2014.
- g. Susana Santos. Factores determinantes del uso de modelos teóricos en la práctica enfermera. Castellón de la Plana: Universitat Jaume I; 2014.
- h. Carme Vila: El servei d'Urgències de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona (1967-1986). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2014.

## 2. ARTÍCULOS

- a. Gallego G, Miró M, Ferrer de Sant Jordi P, Gastaldo D. Las parteras y comadronas del siglo XV: El manual de Damià Carbó. *Texto & Contexto Enfermería* 2005; 14(4):601-607.
- b. Gallego G, Bosch P, Miró M, Martín A, Sánchez\_Cuenca P, Zaforteza C. Los cuidados enfermeros en Mallorca. Contribución y tributo de las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl en el siglo XIX. *Revista Española de Enfermería* 2007; 30(6):24-32.
- c. Miró M, Gastaldo D, Gallego G. ¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de enfermería en España (1956-1976). *Enfermería Clínica* 2008; 18(1): 26-34.
- d. Miró M, Gastaldo D, Gallego G. Spanish Nursing under Franco. Reinvention, Modernization and Repression (1956-1976). *Nursing Inquiry* 2012; 19(3):270-80.
- e. Sánchez Rueda, G. La vida y obra de Florence Nightingale: un análisis crítico a propósito de medios audiovisuales como recurso pedagógico. La dos fuentes audiovisuales. *Digital Temperamentum Revista Internacional de Historia y Pensamiento Enfermero* 2006; (4). Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn4/revision.php>
- f. Torres Penella C, Valls Molins R, Ramió Jofre A, Domingo Roura A, Rodero Sánchez V, Vives Relats C. Las enfermeras catalanas en la Guerra Civil española. *Temperamentum* 2007; (6). Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn6/t2707r.php>
- g. Torres Penella C, Ramió Jofre A, Valls Molins R. Guerra, hambre y aventura en la vida de Cándida Sala, enfermera de Cruz Roja. *Cultura de los cuidados*. 2012; 3er.cuatrimestre año XVI (34): 20-31.
- h. Tejero L, Torres C. Las competencias de enfermería en el "Spital de la Ciutat de Leyda" del siglo XV. *Temperamentvm* 2012, 16.
- i. Tejero L, Torres C. La profesionalización de la enfermería en Lleida a partir de las Hijas de la Caridad. *Cultura de Cuidados*. 2011; 3er.cuatrimestre. Año XV. (31).
- j. Galbany-Estragués P. Nursing Care in Tuberculosis Patient at Spanish Sanatorium, 1943-1975. *Rev Latinoamericana de Enfermagem*. 2014; 22(3):477-483.
- k. Galbany-Estragués P. Evolución de los cuidados enfermeros en el Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet, 1917-2010. *Temperamentvm* 2014; (9Principio del formulario).
- l. Galbany-Estragués P. Pilar Argelès Massó: enfermera pionera en Cataluña por su labor en la gestión de cuidados. *Temperamentvm* 2014; (19).
- m. Galbany Estragués P. María Teresa Manent Argelaguet: enfermera en el Sanatorio del Espíritu Santo durante la posguerra. *Temperamentvm* 2013; (17).
- n. Galbany-Estragués P, Fernández-Donaire L, Valls-Molins R. Valoració dels estudiants de l'assignatura "Visió literària de l'evolució de les cures infermeres. *Àgora Infermeria* 2010; 4 (1): 5-8.

## 1. LIBROS:

- a. La Història de la Infermeria en el context de l'Espai Europeu d'Educció Superior. Vivència d'un canvi. Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, 2007.
- b. La Historia de la Enfermería en el contexto del Espacio Europeo de Educación Superior. Vivencia de un cambio. Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, 2008.
- c. Infermeres catalanes a la Guerra Civil espanyola. Publicacions i edicions de la Universitat de Barcelona, 2008.
- d. 25 anys de vida de l'escola d' infermeria de la Universitat de Lleida . Dentro de: Facultad d'Infermeia de la Universitat de Lleida. 25 anys treballant amb cura. 2011.
- e. Ramió A; Torres C. Infermeres: Cuidar en temps de guerra. En: Ed. Memorial Democràtic. Llums enmig la barbarie. Memòries sobre el salvament de vides durant la Guerra Civil a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2013. p. 160-179.
- f. Gloria Gallego Caminero; Eva Canaleta i Safont; Margalida Miró Bonet; Pilar Ferrer de Sant Jordi. Manuals d'obstetricia i ginecologia en la Biblioteca del Col.legi Oficial d'Infermeria de Balears (1833-1930). Contingut i discurs. En: Actes de la VIII trobada d'Història de la Ciència i de la Tècnica. Barcelona: Societata Catalana de la Ciència i de la Tècnica; 2006 (pp 215-221) ISBN: 84-7283-880-3.
- g. El discurso feminista en la construcción de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976) En: Los feminismos como herramientas de cambio social / coord. por Esperanza Bosch Fiol, Victoria Aurora Ferrer Pérez, Capilla Navarro Guzmán, Vol. 1, 2006 (Mujeres tejiendo redes históricas, desarrollos en el espacio público y estudios de las mujeres), ISBN 84-7632-959-8, págs. 247-261.
- h. Gloria Gallego Caminero; Pilar Castor Binimelis; Denise Gastaldo; Eva Canaleta Safont. Margalida Segura Segura, una dona controvertida. En: Manacor. Fets i protagonistes. VI Jornades d'estudis locals de Manacor. Manacor: Ajuntament de Manacor; 2011 (pp 325-340) ISBN: 978-84-938961-0-2.
- i. Gloria Gallego; Francesc Bujosa; Isabel Moll; Jaume Mercant; Pere Salas; John Patrick d'Elios; Marta Cunyat; Josep Batllo; Joan March. Primeros pasos para la adopción del concepto de salud global: las Conferencias Sanitarias Internacionales. Pere Felip Monlau representante sanitario español en las tres primeras conferencias (1808-1871). En: Actas del XV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina. Transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias: una reflexión histórica. Universidad de Castilla-La Mancha: Ciudad Real; 2011 (57-60). ISBN: 978-84-694-4266-1.
- j. Gloria Gallego Caminero; Pilar Castor; Denise Gastaldo; Margalida Miró; Alejandro Seguí i Marta León. Atenció d'infermeria de les Germanes de la Caritat de Sant Vicenç de Paül (GCS-VP) a la població de Manacor (1928-1932). En: Art i Societat. VII Jornades d'Estudis Locals de Manacor. Manacor: Ajuntament de Manacor; 2013 (pp 279-292). ISBN: 978-84-938961-2-3.
- k. Bujosa F (coord.); Bauzá M Ll.; Gallego G.; Miró M.; Moll I.; Pujades JM.; Vidal J.; L'Ensenyament de les Ciències de la Salut a les Illes Balears desde la Conquesta fins a la Guerra Civil. Palma: Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. Direcció General d'Evaluació i Acreditació; 2008. ISBN: 978-84-606-4749-2.
- l. Gloria Gallego-Caminero. Al servicio de las ideas. Religiosas y militantes. Cap. IV. En: Beatriz Morrone (compiladora), prólogo de José Siles González. (Universidad de Alicante). En: Alfredo Bermúdez González; Lilian Capurro; Alma Carrasco; Caridad Dandicourt Thomas; Mirta Delfino; Gloria Gallego Caminero; Pilar González Otuya; Milagros León Villafuertes; Rubén Mirón Gon-

- zález y Beatriz Morrone. Al servicio de las ideas. La Enfermería en los Procesos Populares de Liberación en Iberoamérica. Ediciones Suárez, Argentina. 2013. ISBN: 978-987-149-004-7.
- m. Libro de ponencias. XVII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Comunicación oral breve: Competències en la gestió de les Filles de la Caritat al Hospital de Lleida (1792-1812). Edita: Instituto Carlos III. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investen- iscii). Madrid, 2013. ISBN: 978-84-695-9248-9.
- n. Agrupaciones de enfermería para atender la salud comunitaria de Lleida en el siglo XIX. (Dentro del libro de ponencias) El asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión. 150 años de historia del Colegio de Enfermeras de Madrid. D.L. (Depósito Legal): M-4402-2013. ISBN: 978-84-695-7028-9. Edita: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. Madrid. 2013
- o. Aproximación histórica al origen de los cuidados en el paleolítico. Una aportación histórica y antropológica desde la narrativa de J. M. Auel. Publicia, 2014.
- p. Olga Travesset Rey, Inés Vilà Panés. 25 anys d'Història de L'escola d'Infermeria de la Universitat d'Andorra, UdA 2014. ISBN: 978-99920-3-035-6.

## 2. PROYECTOS FINANCIADOS:

- a. Beca AGAUR: Les infermeres catalanes a la Guerra Civil.
- b. Beca COIB: Aportacions d'Infermeres catalanes a la integració a la Universitat.
- c. Gloria Gallego Caminero ha participado como investigadora colaboradora en diversos proyectos financiados por el FIS y por el Plan Nacional I+D+

## 3. CONGRESOS:

Se han presentado más de 40 comunicaciones y posters en congresos y jornadas de ámbito nacional e internacional:

**2005:** *III Congreso Internacional y VIII Congreso Nacional de Historia de la Enfermería.* Zaragoza; *IV Congreso Internacional de la Asociación Universitaria de Estudios de las Mujeres (AUDEM)* Palma de Mallorca; *The Australian Nursing and Midwifery History Group. Beyond professionalization. Towards a History of Practice.* University of Melbourne Australia; *X Simposio de Historia Económica.* Barcelona.

**2006:** *5th International Conference Practice to Policy: Global Perspectives in Nursing.* Hamilton, Ontario (Canadá).

**2007:** *IV Congreso Internacional y IX Congreso Nacional de Historia de la Enfermería.* Las Palmas de Gran Canaria.

**2008:** *V Congreso Internacional y X Congreso Nacional de Historia de la Enfermería.* Almería; *I Encuentro Internacional de Historiadores de la Enfermería. Enfermería y Territorio: aportaciones regionales a la Historia del Conocimiento.* (Escuela Internacional de verano de la Fundación INDEX)

**2009:** *V Trobada de Professorat en Ciències de la Salut.* Campus de Bellvitge. UB.

**2010:** *XI Congreso Nacional y VI Internacional de Historia de la Enfermería.* La influencia de la Historia en la construcción del pensamiento enfermero. Barcelona (congreso que fue organizado por los miembros del grupo Febe y la Escuela de Enfermería de San Joan de Dèu de Barcelona); *VI Jornades d'estudis locals de Manacor.* Manacor (Mallorca); *4th International Conference of the European Society for the History of Science.* Barcelona.

**2011:** *ICN Conference ICN and CNR. Las enfermeras impulsan el acceso a los cuidados, la calidad y la salud.* Malta. *III Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería. XII Congreso*



*Nacional de Historia de la Enfermería y VII Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados.* Alicante. 2011.

**2012:** *Art i Societat. VII Jornades d'Estudis Locals de Manacor.* Manacor. *International Nursing History Conference. International Nursing History in a Global Perspective.* Koning, Dinamarca.

**2013:** *Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados (INVESTEN).* Lleida.

Cabe añadir también la elaboración de material docente (videos, guías), la presencia en los medios de comunicación y estancias en el extranjero de algunos miembros del grupo. Gloria Gallego ha realizado varias estancias en la Lawrence & Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto (Canadá) como *Visiting Professor* y un año en calidad de *Postdoctoral Fellowship* (2014). Actualmente el grupo está reconocido por la Fundació San Joan de Dèu de Barcelona, como grupo de Investigación.

## CONCLUSIÓN

Han sido 10 años clave para la transformación académica y científica de la disciplina enfermera, y las aportaciones del grupo FEBE a la Historia de la profesión han contribuido a ello. La actividad del grupo continua siendo intensa, el trabajo realizado en estos años sienta las bases para iniciar nuevos proyectos que continúen dando visibilidad a los cuidados enfermeros a través del análisis de la evolución histórico-profesional. Proyectos basados en la investigación y en las experiencias docente compartidas, que ayuden a consolidar la historia de los cuidados en la formación de las enfermeras.

## PROYECTOS ACTUALES

- a. Del anonimato a la invisibilidad de las cuidadoras y enfermeras en Cataluña la Franja de Ponente, Islas Baleares y Andorra (XX-XXI).
- b. Proyecto "enfermeras referentes" (Red Iberoamericana).
- c. Libro en castellano sobre las enfermeras catalanas en la Guerra Civil.
- d. Libro sobre las *Infermeres pioneres*
- e. Gloria Gallego en colaboración con Siobane Nelson. Libro sobre la participación de las enfermeras internacionales en la Guerra Civil española.

Esperamos que los proyectos que tenemos en marcha y nuestra producción científica permita en un futuro no muy lejano configurarnos como grupo emergente de investigación.

# LA REVISTA ROL: TREINTA Y SIETE AÑOS HACIENDO HISTORIA CON LA ENFERMERÍA

*The magazine "The Role of Nursing": 37 years making history in the field of nursing field*

Flores Prieto, Mario

Hospital Universitario de Cruces (Bizkaia)

Gualdrón Romero, Alexandra

Servicio Cántabro de Salud

Fernández Fernández, María Luz

"Casa de Salud Valdecilla" de la U. de Cantabria

**PALABRAS CLAVE:** Atención de Enfermería, Investigación en Enfermería, Bibliometría.

**KEY WORDS:** Nursing Care, Nursing Research, Bibliometrics.

**RESUMEN:** En el año 1978, un año después de la integración de los estudios de Enfermería en la Universidad, nació en España la primera Revista de Enfermería "Rol de Enfermería". Desde entonces, hasta la actualidad, esta publicación científica ha hecho historia con la profesión enfermera. A través de este trabajo se ha analizado, mediante una revisión bibliométrica, la producción científica de este recorrido entre los años 1978 y diciembre de 2014. El número de artículos publicados ha sido de 3.745, de los que más de la mitad, han tratado temas de la Enfermería como profesión y los Problemas de colaboración.

**ABSTRACT:** In 1978, a year after the integration of nursing studies at the University, was born in Spain the first Journal of Nursing "Role of Nursing". From then until now, this scientific publication has made history with the nursing profession. Through this work we have analyzed, by a bibliographical review, the scientific production of this tour between 1978 and December 2014. The number of published articles has been of 3,745, of which more than half have tried topics Nursing as a profession and Problems of collaboration.

## INTRODUCCIÓN

Para toda profesión, las principales señas de identidad se enmarcan en su estatus científico, cuestión, que solo se alcanza mediante un diseño curricular enmarcado en el contexto académico superior y la investigación en su propio área de conocimientos, que ha de quedar patente en la publicación de los resultados de la misma.

La Enfermería española, como profesión, había recorrido un largo camino desde su reconocimiento legal a principios del siglo XX, por Real Orden de 7 de mayo de 1915 (1), sin embargo, tuvo que esperar hasta 1977, para que iniciarse como disciplina científica, cuando a través del Real Decreto 2128 de 23 de julio, los estudios se integraban en la Universidad (2). En los primeros años, una de las mayores dificultades fue el vacío de publicaciones científicas tanto a nivel formativo como investigador. En relación a este último aspecto, la aparición en 1978 de la primera Revista "Rol de Enfermería", supuso un hecho trascendental, ya que por primera vez, existía una publicación, que proporcionaría el vehículo para que los enfermeros y enfermeras españoles pudieran difundir sus investigaciones (3).

En el marco de la celebración del Centenario del Reconocimiento del Título de enfermera en nuestro país, no podría pasarse por alto la labor de Revista Rol de Enfermería, ya que a lo largo de estos treinta y siete años de andadura profesional, en el contexto universitario, ha cumplido un papel esencial.

Por todo ello, el objetivo de este trabajo ha sido analizar mediante una revisión bibliométrica, la producción científica de la profesión enfermera en la Revista Rol de Enfermería a lo largo de su trayectoria editorial.

## FUENTES

Primaria: Revista Rol de Enfermería.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, analítico de la temática de todas las publicaciones de la Revista Rol de Enfermería desde sus inicios en 1978 hasta diciembre de 2014. La revisión incluyó la totalidad de las temáticas de las publicaciones sin establecer criterios de exclusión.

Las variables fueron: Enfermería como profesión, Promoción y prevención, Legislación, Docencia, Calidad y Gestión, Problemas de colaboración, Enfermería y Sociedad, Técnicas y Procedimientos y Actualidad. Para las variables continuas se estimaron medias con desviación estándar o medianas, y rangos intercuartílicos en caso de distribuciones asimétricas. A nivel descriptivo, para las variables categóricas y discretas se estimaron proporciones con intervalos de confianza al 95% (IC 95%). El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el programa informático SPSS v.22.0.

## RESULTADOS

La búsqueda proporcionó un total de 4.651 artículos publicados en la Revista ROL desde su primera edición en Julio de 1978 hasta diciembre de 2014. Una vez analizados y clasificados dentro de los criterios establecidos, encontramos, que el 25,43% estaban relacionados con problemas de colaboración; el 19,47% sobre la enfermería cómo profesión; las técnicas y procedimientos han sido tratados en un 10,14% de los casos.

La temática relacionada con cuestiones de enfermería y sociedad representa en esta publicación el 7,84% y el 5,61%, centrados en contenidos de actualidad. Las cuestiones que hacían referencia a la promoción y prevención de la salud dieron un resultado del 4,25%; los trabajos sobre

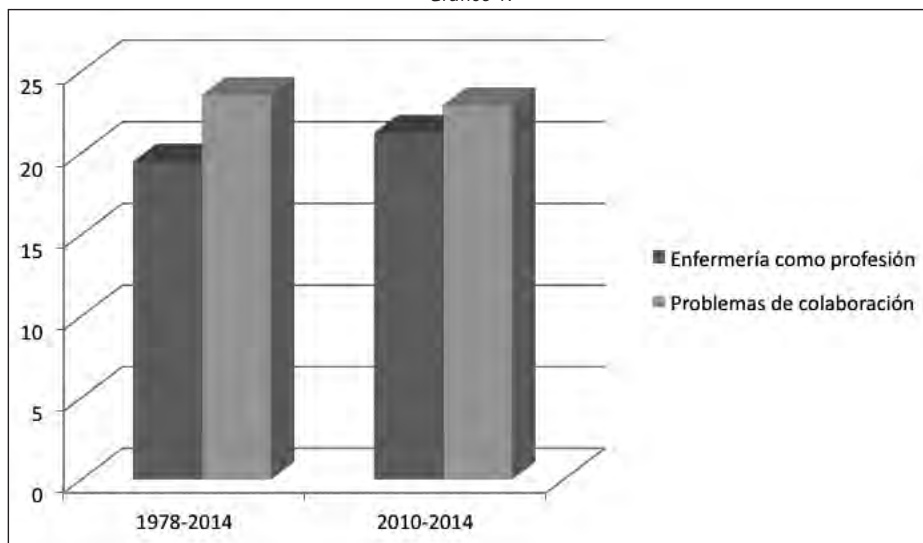
calidad, gestión y seguridad mostraron un porcentaje del 3,54%; los relacionados con la docencia el 3,16% y la legislación el 2,92%.

Al llevar a cabo un análisis comparativo (Tabla 1) de las temáticas de las publicaciones de los últimos 4 años (2010-2014), con el resto de los años de edición de la misma, se aprecia, que han aumentado las publicaciones en los temas relacionados con Enfermería como profesión y actualidad, se han mantenido en número de las relacionadas con legislación, docencia, calidad y gestión y problemas de colaboración, mientras han disminuido ligeramente, las investigaciones relacionados con promoción y prevención, sociedad y técnicas. En cuanto a este último aspecto, cabría resaltar, que en éste último período, el número de publicaciones de Enfermería como profesión y problemas de colaboración se mantiene estándar con un 22 y 23% respectivamente, como se muestra en el Gráfico 1.

Tabla 1. Análisis Comparativo

	Enfermería como profesión	Promoción y prevención	Legislación	Docencia	Calidad y gestión	Problemas de colaboración	Sociedad	Técnicas	Actualidad
1978-2014	19,47%	4,25%	2,92%	3,16%	3,54%	23,54%	7,84%	10,14%	5,61%
2010-2014	21,23%	2,30%	2,15%	3,07%	3,53%	22,92%	5,38%	7,53%	10,61%

Gráfico 1.



Los años en los que se constata un mayor número de publicaciones que relacionan la enfermería como profesión han sido entre 1986 y 1996, alcanzando un número de treinta y seis artículos por año. En cuanto a las investigaciones relacionadas con los problemas de colaboración, se han encontrado un máximo de cuarenta artículos por año publicados entre 1990 y 2010.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este trabajo constituyen una clara evidencia del relevante papel que ha tenido la Revista Rol de Enfermería, en la producción científica de la Enfermería española a lo largo de sus treinta y siete años de existencia.

Asimismo, es interesante destacar, que a lo largo de estos años, los temas relacionados con el corpus científico de la profesión y su desarrollo autónomo, han ido ganado presencia en las investigaciones enfermeras, mientras que las cuestiones relacionadas con los problemas de colaboración, se han mantenido constantes a lo largo de todos estos años de estudio.

Sin duda, hemos recorrido un largo camino y después de todo un siglo, aunque pudiera parecer mucho tiempo, no lo es tanto para la profesión enfermera en España, cuya visibilidad efectiva en el campo científico aún no ha cumplido la mitad de este período. Sin embargo, el análisis de este estudio nos puede ser útil para la reflexión, y constituir el motivo de otras investigaciones que nos ayuden a consolidar la identidad enfermera.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Real Orden de 7 de mayo de 1915, publicada en la Gaceta de Madrid nº 141 de 21 de mayo, por el que se autoriza el ejercicio de la profesión de enfermera y el Programa de Estudios correspondiente.
  - (2) Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. Boletín Oficial del Estado, nº 200 (22/08/1977).
  - (3) Fernández, M.L. Aportación de la Enfermería Española al desarrollo disciplinar. Libro de Resúmenes de las VIII Jornadas de Profesorado en Enfermería "Educar para el Desarrollo disciplinar". 2014, pp. 66-83
- Dialnet. Fundación Dialnet. [Internet]. Universidad de la Rioja. España: Revista Rol. [citado el 1 abr. de 2015]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=2408>

# EVOLUCIÓN DE LA REVISTA ROL DE ENFERMERÍA (1978-2008): UN ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO

## *Evolution of the "revista rol de enfermería" (1978-2008): a bibliometric study*

Clara Duerto Álvarez

Psiquiatría Infanto-Juvenil, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Consuelo Miqueo

Historia de la Ciencia, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza

**PALABRAS CLAVE:** Revista Rol de enfermería, comunicación científica, investigación enfermera.

**KEY WORDS:** Rol Nursing Journal, scientific communication, nursing research.

**RESUMEN:** ROL fue la primera revista de profesionales de la enfermería y para enfermería, publicada con el nacimiento de la democracia española e indexada muy pronto en Medline/PubMed. Esta comunicación analiza los cambios producidos en la estructura y función de la revista. Destacan dos hechos: que ROL expresa la transformación de la nueva enfermería universitaria y que se fue adaptando progresivamente a las normas establecidas por la ciencia: aunque no incrementó la proporción de artículos originales se fue normalizando su estructura, el patrón bibliográfico o de citas, así como el estilo de escritura científica.

**ABSTRACT:** ROL was the first journal of nurses and for nursing published with the birth of Spanish democracy, indexed soon Medline/PubMed. This paper analyzes the changes in the structure and function of the magazine. Highlights two facts. This journal ROL expresses the transformation of the new university nursing, and how was adapting to scientific standards: although not increased the number of original articles, was normalizing their structure, bibliography or citations pattern, and also the scientific writing style.

La *Revista ROL de Enfermería* es la publicación periódica de enfermería con mayor impacto hasta el año 2002 y la de mayor pervivencia de las españolas de todos los tiempos, pues ha sobrepasado los 35 años de publicación ininterrumpida con una periodicidad mensual. Actualmente está incluida en los siguientes índices bibliográficos: Medline, Scopus, Cuiden, Latindex, Ibecs, Dialnet, Worldcat, Medes, Enfispo e Ime<sup>1</sup>. Al respecto, es importante señalar que hemos observado vacilaciones en el uso de su abreviatura en las bases de datos internacionales, lo que puede dar lugar a la pérdida de documentos, confusión y minusvaloración de las citas. En PubMed aparece como *Rev Enferm*, en IBECS como *Rev Rol enferm*, en Ciberindex como *Rev ROL Enferm*, y en Índice Médico Español o IME, la más antigua de las bases de datos españolas, como *Rev Rol Enferm*.

El objetivo principal del estudio<sup>2</sup> ha sido el análisis de esta revista a lo largo de tres décadas para detectar los principales cambios producidos en su estructura y problemática tratada, detectar el equipo de enfermeras y enfermeros responsables de esta gesta, y observar a través de este medio de comunicación singular, y con una muestra, los cambios progresivos que ha vivido la profesión enfermera a lo largo de los 30 años analizados (1978-2008).

El marco teórico, o punto de vista historiográfico, que ha presidido el estudio es triple. En primer lugar consideramos, con criterio sociológico, que en la institución de toda área de conocimiento y profesión, los artículos de revista constituyen la expresión de la zona de crecimiento y progreso científico, pero también el arma o instrumento de profesionalización, es decir, de disuasión y formación continua entre los colegas.<sup>3</sup> En segundo lugar consideramos -a modo de hipótesis- que todo cambio implica ganancias y pérdidas, y que la historia convencional de orientación positivista suele minimizar las pérdidas poniendo el énfasis en los cambios que son progresivos hacia los estándares del presente. Nos preguntábamos qué pérdidas debemos registrar en el proceso de profesionalización académica o científica de la enfermería española, que esta revista representa tan bien, y si pudo darse a su vez -o a causa de ello- una desvalorización de la cultura de lo femenino, tan vinculada a la profesión enfermera, a favor de una normalización científica según el modelo médico, de tradición tan masculina. En tercer lugar, y más específicamente, indagamos en las normas metodológicas propias de las ciencias de la salud y de las ciencias humanas y sociales,<sup>4,5</sup> observando las diferencias y las pautas de socialización profesional en enfermería en un intento de evaluar el cambio estético y metodológico que se observa casi a primera vista en la *Revista ROL de Enfermería* y otras revistas similares actuales. Nuestro reto era comprender el fenómeno y juzgarlo de acuerdo a los criterios propios de la crítica feminista de la ciencia, de la filosofía de la diferencia sexual, que reivindica el sentido de la realidad que vehicula la lengua materna y que el lenguaje científico ha perdido en los últimos siglos.<sup>6-9</sup>

## METODOLOGÍA

La muestra elegida para las observaciones<sup>2</sup> son cuatro fascículos o números la *Revista ROL de Enfermería*, uno por década desde su nacimiento, a modo de estudio piloto. El estudio evolutivo de esta revista se ha llevado a cabo a través de los fascículos siguientes: nº 1 (junio 1978), nº 121 (septiembre 1988), nº 241 (septiembre 1998) y vol. 31, nº 9 (septiembre 2008).

El procedimiento de lectura y análisis de estas fuentes ha seguido, como es habitual en los estudios bibliográficos cuantitativos, varias fases. En primer lugar, de cada fascículo llevamos a cabo una lectura minuciosa realizando un análisis global limitando la observación a la estructura general y otros aspectos formales como el consejo de dirección, el sumario, el editorial el número de secciones, el número y tipo de artículos. En segundo lugar, de cada artículo publicado observamos la

autoría (género y profesión y lugar de trabajo), la bibliografía (estilo de cita, tipo de documento, país e idioma), el tipo de artículo, su estructura y funcionalidad, el lenguaje, tono y estilo retórico utilizados en cada uno.

La clasificación de los artículos-fuente se ha realizado siguiendo criterios convencionales, según el tipo de documento (editorial, artículo original, nota clínica, artículo de síntesis, de revisión, cartas al director, artículos especiales y reseñas bibliográficas...) y según la temática tratada (ciencias de la salud, enfermería clínica y sistema sanitario). Hemos organizado estas observaciones generales en cinco apartados -estructura y función, sensibilidad profesional, papel de la investigación y autonomía enfermera- que traducen no sólo nuestras hipótesis de partida, sino los problemas emergentes y las decisiones y orientaciones de la propia revista a lo largo del tiempo, 1978-2008.<sup>2</sup>

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las características de ROL sorprenden a primera vista a quienes acostumbran a leer y escribir en revistas científicas, porque su estructura y apariencia recuerda a revistas no científicas, como ciertas revistas literarias o de ciencias humanas o de alta divulgación. ROL se fue estructurando a lo largo de los años con secciones cada vez más diferenciadas o especializadas. Sus imágenes, de excelente calidad y color, son interesantes científica o profesionalmente, y además muy atractivas: como si fuera una revista gráfica de tradición femenina que debiera entrar por los ojos, que tocara la sensibilidad artística, que rozara el alma y no sólo el intelecto, se podría decir. También contribuye a ello la peculiar estructura en columnas y secciones y el tamaño de la letra, algo superior a la normal en otras revistas científicas de medicina y enfermería.

Los artículos editoriales son espacios de la revista ROL en los que desde el inicio se aprovechó para reflexionar sobre la situación de la profesión enfermera: «para la Enfermería es esencial valorar que el ser humano tiene dignidad, y no precio, y que por lo tanto todas las personas merecen la misma y total consideración y respeto, principios que fundamentan la bioética. Por ello, nuestro enfoque debe ser universal, lejos de los presupuestos personales, consciente de las limitaciones, y atento a la gran variedad de los contextos culturales que hoy conviven dentro el universo de los enfermos que atendemos».<sup>10</sup>

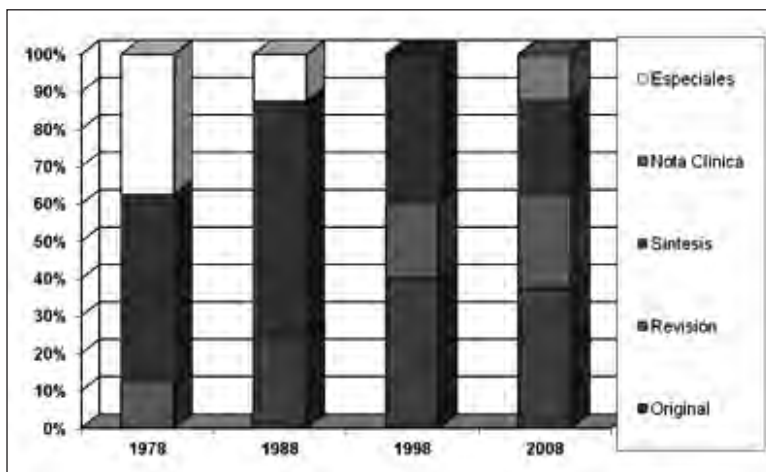
La investigación es la actividad de creación de nuevo conocimiento. En la muestra analizada no hemos hallado ningún artículo que publique resultados de una investigación básica, y pocos de la aplicada, lo que evidencia el carácter práctico-clínico de la investigación enfermera. El número de artículos originales realizados por profesionales de enfermería ha ido en aumento como puede observarse en la gráfica nº 1. Sin embargo, predominan los artículos de revisión a lo largo de toda su historia, generalmente con una función más formativa que investigadora.

Un excelente indicador del tipo de comunidad científica productora-consumidora de una profesión es la bibliografía consultada y citada<sup>3</sup>. A lo largo de estos 30 años de ROL, hemos podido observar que ha ido en aumento el número de referencias citadas en el texto y referenciadas al final de cada artículo, aunque en los artículos de síntesis no era lo habitual. También ha aumentado tardíamente la bibliografía extranjera, tanto hispana, inglesa como americana, estando más presente la americana y la inglesa, y superando incluso en algún artículo a la bibliografía española como, por ejemplo, en la que se tituló "Medida de la presión arterial".<sup>11</sup> En cuanto al tipo de documento citado, ha crecido el artículo de revista frente al libro o capítulo de libro que predominaba al principio.

Respecto a la temática tratada, la profesión enfermera es el tema más tratado a lo largo de la mitad de los artículos analizados, que son los científicos propiamente dichos. Tres de ellos tratan la profesión enfermera de forma general, otros cuatro son teóricos o reflexivos y siete están dedicados a la formación. La Enfermería Clínica médica es el segundo tema más recurrente a lo



Gráfica nº 1. Tipos de artículos de la Revista ROL de Enfermería (1978-2008)



FUENTE: Duerto 2013. Elaboración propia

largo de los cuatro fascículos de la revista analizados (9 artículos de 29), y en la sección *Investigación*, presente en los dos últimos números analizados, todos los artículos publicados son estudios cuantitativos. Sin embargo, de Enfermería Clínica quirúrgica y Enfermería Clínica Comunitaria sólo hallamos un artículo. También parece la gestión sanitaria (3) y la asistencia sanitaria primaria (1) entre estos artículos científicos. Se trata, pues, de una distribución que denota la orientación profesional clínica hospitalaria de la revista.

La autonomía profesional es un valor clave, un principio rector de la dirección de la revista desde su comienzo. El reportaje "Viena 88", publicado en septiembre del mismo año, informa de las ocho recomendaciones concluidas en la Conferencia Internacional de Enfermería de Viena que incidió en potenciar la autonomía de la profesión enfermera y en la importancia de que la profesión estuviera presente en los órganos directivos y con poder de decisión asistencial y sanitaria.<sup>12</sup>

En relación a la autoría de los artículos de ROL hemos comprobado el dominio de la producción de profesionales de la enfermería, lo que resulta insólito en su primera época: en los fascículos analizados, 22 de 29 artículos fueron firmados por enfermeras (ATS o DUE). La mayoría de los participantes en la revista son profesionales de enfermería que ejercían en Instituciones Sanitarias. Respecto al Consejo de Dirección de la revista, se observa como ha ido cambiando a lo largo de las tres décadas integrando representantes reginales, pero permanece su directora inicial: M<sup>a</sup> Victoria Sanfelui Cortés, enfermera supervisora en 1978. La mayoría de los redactoras, autoras, revisoras son profesionales de enfermería, predominando las de de origen catalán en el núcleo directivo original y, siempre, las mujeres.

En conclusión, del estudio del estilo científico de la *Revista Rol de Enfermería* y de los manuales de metodología empleados en los procesos de socialización profesional, podemos decir que la enfermería se fue adaptando a las normas establecidas por la ciencia y asumiendo progresivamente un papel investigador, prevaleciendo la investigación aplicada, clínica y médica sobre otras orientaciones (quirúrgicas, sociales o preventivas). En segundo lugar, desde el punto de vista formal, concluimos que ROL no fue aumentando la proporción de artículos originales pero si normalizándose su estructura, patrón bibliográfico y estilo de citación. Por último, sobre la profesión y

ciencia enfermera “reflejada” en ROL se puede decir que hay una contradicción, quizá aparente. A pesar de haber promovido la reforma profesional universitaria de 1977 y de haberse alcanzado la cúspide académica -el grado de doctor, en 2008- regida por los valores de la comunidad científica de tradición masculina, la profesión enfermera reflejada en ROL todavía sigue conservando trazas de su esencia femenina y se muestra reticente a alejarse de su origen femenino cuidador para ser una profesión científico-natural. Como si el equipo editorial de esta revista no estuviera dispuesto a renunciar al respeto a la individualidad y a la diferencia y a la subjetividad, incluso cuando emplea marcos conceptuales, teorías y terminologías comunes como los Diagnósticos enfermeros. Sería interesante cotejar o realizar un análisis comparado con otras revistas de Enfermería, presumiblemente de cultura menos femenina, como *Metas de enfermería* y *Enfermería Clínica*.

## BIBLIOGRAFÍA

1. *Revista ROL de Enfermería*. Último acceso: 30 de marzo de 2015: [http://www.e-rol.es/rol\\_new/indicesbib/IndicesRevistaROL.pdf](http://www.e-rol.es/rol_new/indicesbib/IndicesRevistaROL.pdf).
2. Duerto Álvarez, Clara. Lengua materna y lenguaje científico en la enfermería española, 1978-2008. Tesis de Master. Universidad de Zaragoza, junio de 2013.
3. Miqueo, Consuelo; Germán, Concha; Fernández-Turrado, Teresa; Barral, M<sup>a</sup> José. Ellas también cuentan. Científicas en los comités de revistas biomédicas. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza; 2011
4. Polit, Denise F; Hungler, Bernadette P. Investigación científica en ciencias de la salud. 3<sup>a</sup> ed., México: Interamericana McGraw-hill; 1987
5. Huth Edward J. Cómo escribir y publicar trabajos en ciencias de la salud. Barcelona: Masson-Salvat; 1992.
6. Del Olmo Campillo, Gemma. Lo divino en el lenguaje. Madrid: Horas y horas; 2006
7. VV.AA. Hipatía. Autoridad científica, Autoridad femenina. Madrid: Horas y horas; 1998
8. Muraro, Luisa. El orden simbólico de la madre. Madrid: Horas y horas; 1994.
9. Miqueo, Consuelo. Leer y escribir en lengua materna: análisis del uso del español en la comunidad científica internacional. En: Gomes de Carvalho, Marília. Ciencia, tecnología y género. Abordajes iberoamericanos. Brasil: Ed. UTFPR; 2011
10. Escudero Fernández, Bibiana. ¿Cuidar a los ancianos dependientes o apostar por su independencia? *Rev Rol Enferm* 2008; 31(9): 35-38.
11. Estrada, Dolores; Pujol, Ester. La medida de la presión arterial. *Rev Rol Enferm* 2008; 31(9): 15-18.
12. Anónimo. Reportaje Viena 88. *Rev Rol Enferm* 1988; 121: 14-17.



# LA EXCELENCIA EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA DESDE ONTARIO AL HOSPITAL SIERRALLANA-TRES MARES

## *Excellence in Nursing Care from Ontario to Hospital Sierrallana-Tres Mares*

Graciela Santamaría Corona

María Cayón Díaz

Rosa María Nieves García

Hospital Sierrallana-Tres Mares- Torrelavega, Cantabria España

**PALABRAS CLAVE:** Guías de práctica clínica, Excelencia Clínica, Cuidados de Enfermería.

**KEY WORDS:** Best Practice Guidelines, Clinical Excellence, Nursing Care.

**RESUMEN:** En 1999 la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO) lanza un proyecto de implantación de Guías de Buenas Práctica Clínica.

En España este proyecto se lleva a cabo a través de un convenio entre la RNAO E Investen-Isccii. en 2010. Se comienza con la traducción de las guías al castellano, en 2011 se hace convocatoria para centro comprometido con la Excelencia, el Hospital Sierrallana-Tres Mares es seleccionado. Tras tres años de trabajo en la implantación y seguimiento de la guía de ostomías, caídas, dolor y profesionalidad cumple las evaluaciones y es Centro Acreditado con la Excelencia en Cuidados.

**ABSTRACT:** In 1999 Nurses Association of Ontario (RNAO) launches a project to implement Guides to Good Clinical Practice. In Spain this project is carried out using an agreement between the RNAO E Investen-Isccii. in 2010. It begins with the translation of guidelines to Castilian, in 2011 call for commitment to excellence center is made, the Sierrallana-Tres Mares Hospital is selected. After three years working in the implantation and follow the guide of ostomy, falls, pain and professionalism meets assessments and is Accredited Centre to Excellence in Care.

## **INTRODUCCIÓN**

Desde 1925 la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO) ha abogado por la mejora y excelencia en cuidados de Enfermería.

EN 1999 lanza un proyecto a nivel internacional de implantación de Guías de Práctica Clínica.

## **OBJETIVO**

Describir el proceso histórico desde que La Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO) comenzó el proyecto de Guías de Buenas Prácticas hasta la acreditación del Hospital Sierrallana-Tres Mares como Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados.

## **FUENTES**

Búsqueda bibliográfica de RNAO, implantación de guías, excelencia en cuidados de Enfermería. También bases de datos de Unidad de Investigación en Cuidados (INVESTEN-ISCIII.)

## **METODOLOGÍA**

Investigación histórica de la Enfermería en Canadá, convocatoria Investen-Isciii, proceso de implantación de guías de buenas prácticas en el Hospital Sierrallana-Tres Mares.

## **RESULTADOS**

A nivel internacional, en 1999 la RNAO puso en marcha un proyecto de creación de guías de buenas prácticas con el objetivo de acercar la mejor evidencia a la práctica clínica.

Las Guías de práctica clínica son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica. (1)

BPSO Son las organizaciones seleccionadas por la RNAO para implementar y evaluar Guías de Práctica Clínica.(2)

Este proyecto se lleva a cabo por la colaboración de Unidad de Investigación de Cuidados de Salud ( Investén-Iscii), el Centro Colaborador Español de Instituto Joanna Briggs para los Cuidados en Salud basados en la Evidencia (constituido por el instituto de Salud Carlos III, 14 comunidades autónomas y en Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad) y la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO), Canadá. Se firma un acuerdo entre dichas instituciones en agosto del 2010. Su finalidad es fomentar , facilitar y apoyar la implantación , evaluación y mantenimiento en cualquier entorno de la practica enfermera, de buenas prácticas en cuidados basadas en las guías de RNAO. (3). Tiene como objetivo final contribuir en la mejora de la efectividad,seguridad y eficiencia de la atención enfermera, lo que conseguirá una mejor atención a los usuarios.

El primer paso es la traducción por parte de Investen de las guías de práctica clínica desarrolladas por la RNAO, 34 guías clínicas y 7 guías de entorno laboral

En junio 2011 se lleva a cabo la convocatoria de Centros comprometidos con la Excelencia en Cuidados. Los requisitos son : 3 años de colaboración formal de la institución con el Investen-iscii y el Centro Colaborador de Joanna Briggs, implantación, evaluación y mantenimiento de al menos de 2 guías, Durante estos 3 años el centro deberá hacer informes mensuales de resultados, simposios y teleconferencias entre las entidades.

Se presentan 44 candidaturas, con 33 proyectos, y se seleccionan 8 instituciones entre ellas el Hospital Comarcal Sierrallana-Tres Mares.

Durante los años 2012 al 2014 se lleva a cabo el proceso de implantación de la guía del dolor, caídas, ostomizados y profesionalidad, con evaluaciones mensuales así como una evaluación final. El Hospital Sierrallana –Tres Mares cumple los criterios por lo que se le acredita como Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados de Enfermería.

El objetivo siguiente es crear una red nacional de centros comprometidos con la excelencia en cuidados, por lo que se ha desarrollado una nueva convocatoria para los centros interesados.

## CONCLUSIONES

El Hospital Sierrallana con la implantación de las Guías de Buenas Prácticas es reconocido Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados de Enfermería.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) García Gutiérrez FJ, Bravo Toledo R. " Guía de práctica clínica e nInternet" Atención Primaria 2001; 28 74-79.
- (2) [www.evidenciaencuidados.es](http://www.evidenciaencuidados.es)- proyectos de implantación. Actualizado 2015.
- (3) Ruzafa-Martinez M, Gonzalez-Maria E, Moreno-Casbas T, Rio Fasbes C, Albornos-Muñoz L, Escandell-García C "Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016 Enfermería Clínica 2011;21(5): 275-283.



# HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: INTERCONEXIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES EN EL SIGLO XXI

## *Home hospitalization: interconnection between attendance levels in XXI century*

C. Carrera Benito

G. A. Sgaramella

Y. Díaz Hoyas

Unidad de Hospitalización a Domicilio Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

**PALABRAS CLAVE:** Hospitalización domiciliaria, Atención Primaria, Cuidados Domiciliarios.

**KEY WORDS:** Home Hospitalization, Primary Cares, Home cares.

**RESUMEN:** En Hospitalización Domiciliaria (HAD) se puede ingresar desde distintas vías, una de ellas es Atención Primaria (AP). La prevalencia fue de 102 pacientes en 2010 y 188 en 2014. La edad media de 79,82 y 79,03 años, motivo principal de ingreso la terapia intravenosa con 51,96% y 63,82%. La estancia media fue de 15,90% y 13,39%. Los diagnósticos más frecuentes fueron: infección urinaria complicada en 8,82% y 20,74%, infección respiratoria en 33,33% y 21,27%. El 89,21% y 81,38% no requirió más ingresos, el 10,01% y 13,54% re-ingresó en HAD, el 10,38% y 13,54% falleció. Modelo coste-efectivo, seguro y eficaz. Se colabora entre niveles asistenciales y evita iatrogenia hospitalaria.

**ABSTRACT:** Patients may be admitted in the Hospitalization Program (HAD), coming from Primary Cares (AP). The preponderance was 102 and 188 patients in 2010 in 2014. The average age was 79,82 and 79,03. The main cause of admittance was intravenous therapy in 51,96% and 63,82%. The most frequent diagnosis were: complex urinary infection in 8,82% and 20,74%, respiratory infection in 33,33% and 21,27%. The 89,21% and 81,38% did not require any more stays in hospital, the 10,01% and 13,54% re-entered HAD, the 10,38% and 13,54% passed away. Model saving in expenses, safe and effective. This program avoid hospital iatrogenia and, favors relations between attendance levels.



## INTRODUCCION

La primera experiencia de un modelo de Hospitalización Domiciliaria (HAD) es de hace 70 años aproximadamente y corresponde al Dr. Bluestone, del Hospital "Montefiori" de Nueva York –EEUU- en 1947. Se puso en marcha como una extensión de la asistencia sanitaria más compleja hacia el domicilio del paciente. Su finalidad inicial era mejorar el gran consumo de recursos sanitarios complejos y descongestionar las plantas de los hospitales, pero sobre todo ofrecer a los pacientes un ambiente más humano y favorable a su recuperación<sup>1,2</sup>.

Con los mismos objetivos, en el 1984 se funda el servicio de Hospitalización Domiciliaria del HUMV de Santander. El empleo de éste modelo asistencial ha permitido tratar patologías subsidiarias de ingreso hospitalario, sin la necesidad de que, el paciente abandone su entorno<sup>3</sup>. Para ello, es imprescindible que el paciente tenga un cuidador principal. A lo largo de éstos años han ido cambiando los protocolos atendidos en la unidad, clínicos y quirúrgicos, así como la procedencia de los pacientes, motivado todo ello por las transformaciones sociales, de infraestructura sanitaria y por los avances médico-tecnológicos. La procedencia de los pacientes es fundamentalmente del Servicio de Urgencias, de Unidades de Hospitalización o de Atención Primaria (AP). La adaptación a las necesidades de cuidados de la sociedad ha sido posible gracias a la colaboración y a la formación continuada del personal de enfermería que ha facilitado el desarrollo de la unidad. La enfermera es la responsable de adiestrar al cuidador en las atenciones necesarias al paciente, así como en la autoadministración de medicación endovenosa o S-OPAT (Self-Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy), recurso utilizado en ésta unidad desde que se creó<sup>4,5</sup>.

## OBJETIVOS

La HAD es una buena alternativa a la hospitalización convencional (HC) para los pacientes. El objetivo de este trabajo es analizar la prevalencia de los pacientes que ingresan en HAD procedentes directamente de AP, sin pasar por el Servicio de Urgencias.

## METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio descriptivo de los pacientes que habían ingresado en HAD en 2010 y 2014, directamente desde AP. Se revisó la historia clínica electrónica, analizando los diagnósticos al alta, edad, sexo, estancia media, motivo de ingreso y la tasa de reingresos por la misma patología en el mismo año.

## RESULTADOS

Del total de ingresos en HAD en 2010 (1215 ingresos) y 2014 (1571 ingresos), 102 y 188 respectivamente, provenían de AP directamente.

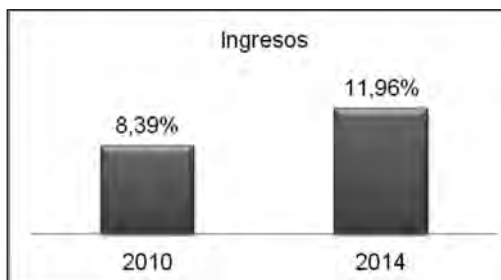


Gráfico 1: Ingresos en HAD procedentes de AP

La edad media fue 79,82 y 79,03 años. Los motivos de ingreso fueron: terapia intravenosa en 51,96% y 63,82%; hemoterapia en 16,66% y 9,57%, control clínico en 31,37% y 26,59%, respectivamente.



Gráficos 2 y 3: Motivos de ingreso en HAD

La estancia media fue de 15,90 días y 13,39 días, respectivamente. Los diagnósticos más frecuentes fueron: infección urinaria complicada en 8,82% y 20,74%, infección respiratoria en 33,33% y 21,27%, infección piel 14,70% y 17,55%, anemia en 21,56% y 11,17%, insuficiencia cardíaca en 7,84 % y 9,04%.



Gráfico 4 y 5: Diagnósticos más frecuentes

El 89,21% y 81,38% no requirieron más ingresos hospitalarios en el mismo año, el 10,01% y 13,54% reingresaron en HAD con nueva derivación de AP, el 10,38% y 13,54% fallecieron durante el ingreso. Hay que tener en cuenta que la edad media de los pacientes es elevada y que 3 y 6 pacientes, respectivamente eran de cuidados paliativos.

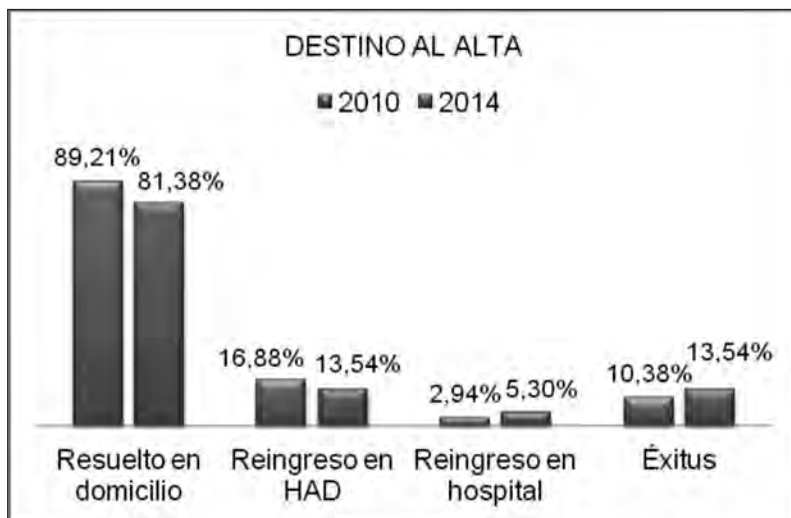


Gráfico 6: Destino al alta de pacientes procedentes de Atención Primaria

## CONCLUSIONES

Indudablemente, en el siglo XXI, el futuro de la HAD está inexcusablemente ligado a la humanización de la enfermedad, a la asistencia cualificada, al crecimiento de la atención domiciliaria en su globalidad, así como al desarrollo de alianzas con todos los recursos asistenciales.

Los resultados del estudio muestran que se ha producido un incremento de los ingresos procedentes directamente de A.P y con unas cifras satisfactorias de éxito terapéutico. Como se deriva del estudio, la edad media es avanzada y se sabe que éste es el principal grupo de edad en consumo de recursos sanitarios. Pues bien, si con ésta opción de ingreso en HAD, el coste por paciente disminuye en cuanto a traslados y estancias (la estancia en HAD es de 157 euros, y en el hospital-estancia en medicina interna- es de 589 euros), nuestro modelo es claramente coste-eficiente<sup>6,7</sup>.

Como se ha podido observar también, con los datos aportados, el principal motivo de ingreso en HAD es la terapia antibiótica intravenosa. Ello conlleva una formación específica de los cuidadores principales por parte del personal de enfermería y un seguimiento sistemático de la adecuada puesta en práctica de dicha formación.

Por otro lado, dentro de las estrategias de desarrollo de planes de cronicidad, un aspecto importante es la implantación de alternativas a la hospitalización y cuidados sanitarios tradicionales<sup>8</sup> mediante atención sanitaria en el domicilio (ASD). La Hospitalización Domiciliaria (HAD) es una de éstas alternativas, la cual rompe con el esquema clásico de atención hospitalaria, que abarcaría ingreso, urgencia y consulta externa. Éste modelo ofrece la asistencia fuera del ámbito hospitalario y ambulatorio y favorece la atención del paciente en su entorno familiar, manteniendo las mismas garantías de seguridad y eficacia del tratamiento que en el hospital<sup>9,10</sup>.

Se evita así la iatrogenia que conlleva la hospitalización y la derivación a Urgencias (hospitalismo, pérdida de capacidad funcional, enfermedades nosocomiales) y, sobre todo, proporciona al paciente y a su familia una mayor satisfacción y sensación de calidad de vida<sup>11</sup>.

Por último, en lo que se refiere a la alianza con los recursos asistenciales, es importante subrayar la tarea fundamental de interconexión<sup>12</sup> que desempeña el Servicio de HAD con Atención Primaria y Centros Sociosanitarios<sup>13</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. González MDD. Hospitalización a domicilio. España: Hoechst Marion Roussel; 1998.
2. González GG, Cueto-Felgueroso J, García CA, Menéndez AG. La hospitalización a domicilio: una alternativa a la hospitalización convencional. *Medicina Integral* 1995; 25(4): 151–155
3. Fernández-Miera MF, Esclada Sarabia C, Sampedro García I. Manejo del paciente pluripatológico en una unidad de hospitalización domiciliaria. *Med Clin (Barc)*. 2005;126:37-38.
4. Hazas J, Sampedro I, Fernández-Miera MF, García de la Paz AM, Sanroma P. Un programa de antibioterapia intravenosa domiciliaria. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1999;17:463-9.
5. Mirón Rubio M; Estrada Cuxart O; González Ramallo VJ, coord. Tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE). 1ª edición. Madrid: Sociedad Española de Medicina Interna y Elsevier España, 2008. 422 p. ISBN 978-84-691-3742-0.
6. Fuente DOF, Ridao M, Peiró S, Marchan C. Hospitalización a domicilio y hospitalización convencional: una evaluación económica. *Med Clin (Barc)* 1997;109:207–211.
7. Fernández-Miera MF, Misas Martínez ML, et al. Circuitos asistenciales alternativos en un hospital moderno. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* 2005;6(2-3):15-24.
8. Neuhauser D. Home care, medical care and the new competitive environment. *Disabil Rehabil* 1997;19(4):155–157.
9. Asawavichienjinda T, Sitthi-Amorn C. Structural shared care (long-term continuity of care) for patients with chronic diseases. *J Med Assoc Thai*. 1999 Feb;82(2):160-6.
10. Contel SJC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida (editorial). *Atención primaria* 2000;25(8):22–28.
11. Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M, Ortiz-Camúñez MA, Bernabéu-Wittel M. El paciente pluripatológico. Manejo coordinado entre atención primaria y especializada. *Jano* 2009;1751:15-20.
12. Fernández-Miera MF, Misas Martínez ML, et al. Circuitos asistenciales alternativos en un hospital moderno. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* 2005;6(2-3):15-24.
13. Fernández Moyano A, García Garmendia JL, Palmero Palmero C, et al. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. *Rev Clin Esp* 2007;207(10):510-520.



# APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE HILDEGARD PEPLAU SIGUIENDO LA METODOLOGÍA ENFERMERA: UN CASO CLÍNICO

## *Hildegard Peplau's theory application following nurse methodology: a clinic case*

Keyth Lany de Oliveira Silva  
Red de Salud Mental Bizkaia

Beatriz Merayo Sereno  
Red de Salud Mental Bizkaia

Concha Bolado Pueyo  
Centro de Salud Mental Ercilla. Red de Salud Mental Bizkaia

**PALABRAS CLAVE:** Metodología enfermera, teoría de las relaciones interpersonales, caso clínico.

**KEY WORDS:** Nurse methodology, Interpersonal relations in nursing, clinical case.

**RESUMEN:** Mediante la utilización de un caso clínico se analiza la relación entre la "teoría de las relaciones interpersonales" de Hildegard Peplau con la práctica clínica, según la metodología enfermería propuesta por la American Nursing Association. Los modelos teóricos favorecen la planificación, la predicción y la evaluación de los resultados fruto de los cuidados. Así, las fases de Peplau para establecer la relación terapéutica con el paciente encajan perfectamente con las fases del Proceso de Atención de Enfermería y el uso de la taxonomía enfermera como metodología sistematizada garantiza que las enfermeras compartan un lenguaje común y concepciones similares.

**ABSTRACT:** Using a case the relationship between the "theory of interpersonal relationships" of Hildegard Peplau with clinical practice is discussed as nursing methodology proposed by the American Nursing Association. Theoretical models favor the planning, prediction and evaluation of the results arising from care. Thus, the phases of Peplau to establish a therapeutic relationship with the patient fit perfectly with the phases of the nursing care process and the use of nurse taxonomy and systematic methodology ensures that nurses share a common language and similar concepts.

## **INTRODUCCIÓN**

La historia de la Enfermería está marcada por dos sucesos relevantes: el primero, es la profesionalización de los cuidados enfermeros, impulsado por Florence Nightingale (1820- 1910) quien sostuvo que la práctica y los conocimientos de Enfermería eran distintos a la práctica médica, y el segundo, la incorporación de los estudios enfermeros en el ámbito universitario, todavía en proceso de homogenización entre los distintos países [1].

En referente al primer acontecimiento, cabe resaltar la figura de la Hidelgard Peplau, quien aportó grandes conocimientos a la disciplina enfermera definiendo la Enfermería como ciencia humana [2]. Es conocida como pionera de la Enfermería de Salud Mental, ya que su "teoría posee como bases la Teoría psicoanalítica, la Teoría del aprendizaje social y la Teoría de la Motivación Humana y el desarrollo de la personalidad" [3]. . Peplau en su obra, "Relaciones interpersonales en enfermería" [4], ofrece una definición de enfermería en la que destaca la importancia del/la enfermero/a durante el "proceso interpersonal", al que define como terapéutico/a, y en la que resalta la influencia de su personalidad en el desarrollo de la maduración personal de ambos. Su teoría "permitió que las enfermeras comenzaran a alejarse de la enfermería orientada hacia la enfermedad, para acercarse a un modelo en el que el significado psicológico de los acontecimientos, lo sentimientos y los comportamientos, pudieran ser explorados e incorporados a las intenciones de la enfermería. Ello proporcionó a las enfermeras la oportunidad de enseñar a los pacientes cómo experimentar sus sentimientos e indagar junto a ellos la mejor manera de llevarlos" [2].

Marriner definió el concepto de teoría como "conjunto de conceptos, definiciones, proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el diseño de interrelaciones específicas entre conceptos con el ánimo de describir, explicar y predecir dicho fenómeno"[2]. La Enfermería como disciplina académica tiene su sustento en la existencia de un conocimiento teórico para todas sus áreas: asistencial, docencia, investigadora y de gestión; la Profesión Enfermera ha mejorado su capacitación utilizando como herramienta los enfoques teóricos basados en el razonamiento, el pensamiento crítico y la toma de decisiones para perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos. La ciencia enfermera, por sí misma, presenta un elevado nivel de complejidad, ya que se consideran las diferentes respuestas del individuo, precisando de múltiples intervenciones adaptadas al individuo a través del abordaje holístico, y contemplando todas las circunstancias y la interacción constante con el paciente. [5]

Aunque, tal y como apunta Hernández Conesa "El cuidado ha sido una actividad que durante siglos ha carecido de sistematización conceptual, de interés en la búsqueda de fenómenos a los que dar una explicación propia", hoy en día es imprescindible trabajar con una metodología sistematizada, como es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), visto como un método científico que sustenta la práctica clínica desarrollada por los profesionales de enfermería y que aumenta significativamente las posibilidades de éxito [6].

## **OBJETIVOS**

1. Describir un caso clínico de enfermería de un paciente con diagnóstico de ansiedad en un centro de salud mental.
2. Analizar la relación existente entre la Teoría de las relaciones interpersonales de Hidelgard Peplau con la Práctica Clínica de la Enfermera de Salud Mental actuales.

## **METODOLOGÍA**

Para la elaboración del caso clínico de un paciente atendido en un centro de salud mental y el análisis entre la teoría de "Relaciones interpersonales en enfermería", se utilizó la teoría de

Peplau, siguiendo las cuatro fases secuenciales interactivas que la autora declara necesarias para establecer una relación terapéutica con el paciente y que describe en su libro "Relaciones interpersonales en enfermería" de 1952 [4]:

Fase de orientación: el individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional con el fin de encontrar alternativas para la adaptación.

Identificación: el individuo cree conocer lo que le ofrece la situación y responde selectivamente a quienes le brindan ayuda.

Explotación: el individuo intenta sacar el mayor beneficio de lo que se le ofrece a través de la relación.

Resolución: Se deben resolver las necesidades de dependencia del paciente.

Para seguir la esta secuencia se aplicó el método científico enfermero más empleado actualmente: la metodología enfermería NANDA, NOC y NIC propuestos por la ANA (American Nursing Association) [7][8]. Se realizó el Proceso de Atención de Enfermería resaltando aquellos aspectos significativos para este trabajo.

## RESULTADOS

### 1. Caso clínico de enfermería de un paciente con diagnóstico de ansiedad en un centro de salud mental.

#### PRIMERA FASE: ORIENTACIÓN

Acude a la consulta de Enfermería del Centro de Salud Mental un paciente varón de 46 años derivado de la consulta de Psiquiatría del mismo centro con diagnóstico médico de Ansiedad. Se procede a realizar la primera entrevista con el paciente a fin de iniciar una relación terapéutica como medio para conocerle mejor e identificar junto a él cuál es su necesidad sentida, esto es, qué aspecto de su vida desea mejorar.

Se realiza una entrevista semiestructurada con el paciente, siguiendo la taxonomía enfermera de la NANDA y el modelo de enfermería propuesto por Hildegard Peplau, explorando los 13 dominios. El paciente no aporta datos que justifiquen una intervención enfermera en ningún dominio exceptuando el dominio 7 (rol/relaciones).

El paciente comenta diversas experiencias vividas en entornos sociales que impresionan de utilización de mecanismos de defensa inadecuados al contexto, con presencia de cortejo vegetativo, debido a ello, en dos ocasiones acude a la urgencia del hospital general siendo diagnosticado de cuadro ansioso con alta a su domicilio y seguimiento ambulatorio por el Centro de Salud Mental. El paciente identifica éstas situaciones como una carencia personal de aptitudes de habilidades sociales y de relaciones sociales satisfactorias, por lo que Enfermería identifica esto como necesidad sentida.

#### SEGUNDA FASE: IDENTIFICACIÓN.

Debido a la información obtenida en la fase anterior y la valoración de los datos obtenidos, Enfermería establece como diagnóstico enfermero y según taxonomía NANDA el diagnóstico 0052 deterioro de la integración social, incluido en la clase 3 (desempeño del rol) definida como calidad de funcionamiento con los patrones socialmente esperados, y dentro del dominio 7 (rol/relaciones).

Se acuerda con el paciente un plan de cuidados acorde a este diagnóstico proporcionándole la información sobre las actividades existentes con el objetivo de que decida qué recurso desea utilizar y/o participar.



### TERCERA FASE: EXPLOTACIÓN

En base a las decisiones del paciente se establece como los NOC de habilidades de interacción social y de soporte social y las NIC de habilidades sociales y Potenciación de la socialización siguiendo la taxonomía NANDA, que incluye dentro de sus actividades la inclusión en el grupo de habilidades sociales en el que se trabajan técnicas de relajación, habilidades sociales, habilidades relacionales y fomento de la socialización, con una duración de dos meses. En éste tiempo se mantiene el seguimiento por Enfermería en el que se aborda la evolución del paciente y la adquisición progresiva de aptitudes y herramientas para la socialización adecuada, así como los sentimientos experimentados durante la consecución de los mismos por parte del paciente.

El paciente tiene una evolución favorable respecto a los objetivos trabajados en el grupo de habilidades sociales, por lo que transcurridos éstos dos meses pasamos a la siguiente fase según el modelo enfermero de Hildegard Peplau.

### CUARTA FASE: RESOLUCIÓN.

Enfermería evalúa el plan de cuidados planteado en la fase de identificación obteniendo una mejoría en todos ellos según expresa el paciente.

Se realizan entrevistas de seguimiento posterior hasta completar los seis meses de evolución, se obtuvo como resultados la mejoría significativa y no repetición de cuadros ansiosos en situaciones sociales durante éste tiempo.

## 2. Análisis de la relación existente entre la teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau con la práctica clínica de la Enfermera de Salud Mental actuales.

En el caso anteriormente expuesto se observa que es posible la realización de los cuidados de enfermería siguiendo el modelo teórico de Hildegard Peplau con los avances propiciados por la Taxonomía NANDA-NOC-NIC utilizados en la actualidad para la realización de los planes de cuidados de Enfermería. Hildegard Peplau desarrolló su teoría, mediante un método inductivo, basándose en sus propias observaciones e interacciones durante el ejercicio de práctica enfermera, ya que apostaba por una vinculación teórico-práctica, valorando el “desarrollo del conocimiento en la práctica y para la práctica” [9]. De esta manera, aun pasados más de 50 años desde que desarrolló su teoría, se trata de un modelo vigente que orienta a la Enfermería de Salud Mental en su práctica diaria.

Los modelos teóricos favorecen la planificación, la predicción y la evaluación de los resultados fruto de los cuidados. Así, las fases diseñadas por Peplau para establecer la relación terapéutica con el paciente encajan perfectamente con las fases del Proceso de Atención de Enfermería y el uso de la taxonomía enfermera como metodología sistematizada garantiza que todas las enfermeras compartan un lenguaje común y concepciones similares en la elaboración de dicho proceso.

La Enfermería como disciplina se fundamenta con los modelos y teorías propias de la profesión que aportan los conocimientos científicos necesarios para guiar la práctica clínica mejorando así la calidad de los cuidados enfermeros. El separar la teoría de la práctica adolece de la asistencia, ya que es la teoría la que direcciona la práctica. En el ámbito de la Salud Mental, Enfermería cuenta con la “Teoría de las relaciones interpersonales” de Hildegard Peplau, donde la autora recoge los conceptos de la relación terapéutica imprescindibles para la práctica de la Enfermera de Salud Mental.

## CONCLUSIÓN

En el caso clínico se observó una mejoría de la sintomatología del paciente mediante el análisis de los indicadores asociados al objetivo marcado según taxonomía NOC.

La teoría de Hildegard Peplau es aplicable a la práctica clínica. Es posible la unión del modelo de Enfermería propuesto en 1952 por Hildegard Peplau con la taxonomía NANDA-NOC-NIC, mostrando la relevancia de su modelo teórico en la asistencia clínica actual así como la no incompatibilidad con el modelo actual.

No cabe duda que Hildegard Peplau es una distinguida representante de la Enfermería de Salud Mental y que su trabajo ha contribuido a la cimentación de una sólida formación para la Enfermera de Salud Mental sirviendo de herramienta para la adquisición de competencias pertinentes para un modelo de práctica clínica excelente.

Tal y como resaltó en su día Leonardo da Vinci, “la práctica sin la teoría es como el hombre que sale a la mar sin mapa, es un barco sin timón” [10]; desde Enfermería tiene la responsabilidad de fundamentar las teorías que guían la práctica clínica favoreciendo así el desarrollo y la mejora de la profesión, así como poner el conocimiento científico de enfermería al servicio del cliente-paciente.

“El camino de conducir la práctica asistencial de enfermería en el conocimiento que proporcionan las bases teóricas, resultado de su integración al método científico, es sin duda, el camino más seguro y corto para conseguir el objetivo de la disciplina científica enfermera” [1].

Para la formación de las nuevas generaciones de Enfermería, la enseñanza de la Historia de dicha profesión aportada por la investigación histórica supone una pieza clave e imprescindible. “El compromiso con los postulados actuales, sólo es y será posible en la medida en que éstos, se relacionen con la comprensión del cuidado a lo largo del tiempo, proponiendo, la búsqueda de respuestas en los hechos e hitos que marca la historia” [11].

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fernando B, Casabona I. Teorizar la práctica clínica asistencial de Enfermería: un reto como Profesión y Disciplina. *Cultura de Cuidados* 2010; 28: 71-75.
2. Marriner A, Raile M. *Modelos y Teorías de Enfermería*. 7th ed. Barcelona: Elsevier; 2011
3. Cánovas Tomás MA. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. [tesis doctoral]. Murcia; 2008
4. Peplau HE. *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Barcelona: Ed. Masson-Salvat Enfermería; 1990
5. López-Parra M et al. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enferm Clin*. 2006;16(4):218-221
6. HERNÁNDEZ J et al. *Fundamentos de la Enfermería: Teoría y Método*. 2ª ed. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 2003
7. Moorhead S et al. *Clasificación de resultados enfermería (NOC)*. 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2008
8. Johnson M. *Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: interrelaciones NANDA, NOC y NIC*. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2006
9. Peden A R. The evolution of an intervention – the use of Peplau’s process of practice-based theory development. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1998; 5: 173–178
10. León R. Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Rev Cubana Enfermer* [online]. 2006 [06-01-2015]; 22(4): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086403192006000400007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192006000400007&lng=es&nrm=iso)
11. Arratia A. Investigación y Documentación Histórica en Enfermería. *Texto Contexto Enfermergem*; 14(4): 567-574



# UNA NUEVA VISION DE LA EDUCACION PARA LA SALUD JUNTO AL PACIENTE DEL SIGLO XXI

## *A new vision of health education close to patient in XXI century*

LM. López, MS. Blanco, MC. González

Observatorio de Salud Pública Cantabria-Fundación Marqués de Valdecilla

**PALABRAS CLAVE:** educación para la salud, cooperación del paciente, enfermedades crónicas.

**KEY WORDS:** health education, patient cooperation, chronic disease.

**RESUMEN:** El envejecimiento de la población ha producido en las últimas décadas un cambio demográfico sin precedentes que obliga a los sistemas sanitarios a adaptarse, con nuevos modelos organizativos y de provisión de servicios.

**ABSTRACT:** The aging population has occurred in recent decade's unprecedented demographic change that requires health systems, to adapt with new organizational models and service delivery.

Hacer frente a estos desafíos plantea la necesidad de una reorientación de la prestación sanitaria, desarrollando innovadoras estrategias de promoción y educación para la salud que fomenten el autocuidado y empoderamiento de los pacientes que permitan, gestionar de forma más eficaz la atención a la enfermedad, especialmente en las enfermedades crónicas.

Addressing these challenges posed by the need for a reorientation of health provision, developing innovative strategies for promotion and health education to promote self-care and patient empowerment enabling, managing more effectively care for the disease, especially in chronic diseases.

En este contexto se impone un cambio en el modelo de atención sanitaria, que hoy debe estar centrada en el paciente como persona informada y promotora de su salud. Cobra importancia la idea del autocuidado en un paciente preparado para entender su enfermedad y cómo esta y los tratamientos que precisa afectan a su vida cotidiana.

In this context a change is imposed on the model of health care, today should be centered on the patient and informed person and promoter of health. It is relevant to idea of self-care in a patient prepared to understand their disease and how this and treatments precise affect their daily lives.

## INTRODUCCIÓN

La política europea de la OMS en Salud dentro del "Horizonte 2020" incluye la mejora de la capacitación en salud y la autogestión de la enfermedad, lo que implica un empoderamiento de las personas y de los diferentes colectivos de la comunidad <sup>1</sup>. Igualmente, la legislación de los diferentes países aborda de manera amplia los derechos y deberes de la ciudadanía en relación con la salud y la atención sanitaria y se hace eco del mandato constitucional sobre la participación de la ciudadanía tanto en la formulación de la política sanitaria como en su control. La Conferencia europea sobre empoderamiento del paciente (abril 2012), el Libro blanco sobre la estrategia de salud (2008-2013) y el Plan estratégico de aplicación para la iniciativa de cooperación e innovación europea sobre el envejecimiento activo y saludable subrayan la importancia de mejorar la salud a través del empoderamiento de las personas, la participación activa del paciente en la toma de decisiones y la implicación activa de la persona en el cuidado y control de su propia salud-enfermedad en cada etapa de la vida.

En España, la estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS tiene entre sus objetivos impulsar y reforzar la capacitación de las personas y de la comunidad para promover la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables <sup>2</sup>. La Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente establece que la autoridad sanitaria velará por el derecho de los ciudadanos a recibir la información de forma veraz, clara, fiable, actualizada, de calidad y basada en el conocimiento científico actualizado, que posibilite el ejercicio autónomo y responsable de la facultad de elección y la participación activa en el mantenimiento y recuperación de la salud. Y la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, recoge dentro de las actuaciones ministeriales la promoción de la salud, con acciones dirigidas a incrementar las capacidades y conocimientos de las personas y el apoyo a la creación y fortalecimiento de redes.

Diferentes iniciativas de capacitación/formación de pacientes y cuidadores informales puestas en marcha a nivel nacional e internacional (programas de paciente experto/activo, universidad de pacientes, red ciudadana de formadores en seguridad del paciente, fundaciones para la formación y la investigación sanitaria, escuelas de pacientes, redes sociales, programas de autocuidado...) han dado ya resultados alentadores: mejoran el control de la enfermedad, el cumplimiento terapéutico y la calidad de vida de los pacientes; incrementan la autoestima; ayudan a incorporar hábitos de vida saludables; y reducen las bajas laborales y el consumo de servicios sanitarios <sup>3-4</sup>.

Por otra parte, el envejecimiento de la población aumenta la demanda de asistencia sanitaria a la vez que disminuye la población activa e incrementa el gasto sanitario con costes directos e indirectos. Estas proyecciones pueden cambiar si actuamos favoreciendo un envejecimiento saludable, mediante la adopción de medidas para promover la salud de la población como: la alfabetización y empoderamiento de las personas/pacientes, la implicación en el autocuidado, por ejemplo, mediante la figura del 'paciente experto' o jugando un papel más activo en la autogestión de la enfermedad favoreciendo la interacción con la sanidad electrónica como herramienta de atención eficaz <sup>5</sup>.

## OBJETIVO

Impulsar y reforzar la capacitación de las personas y de la comunidad en salud y promover autonomía, autocuidado y conductas saludables, un compromiso alineado con la estrategia para el abordaje de la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Cantabria

## METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión de la literatura científica en diferentes bases de datos, empleando palabras clave: programas de formación/capacitación para pacientes y ciudadanos en Educación

para la Salud (EpS), tecnologías e instrumentos fundamentales de acción comunitaria en materia de salud y modelos de cronicidad.

Tras la clasificación de los diferentes artículos científicos, se establecieron tres fases: de partida (identificación de necesidades/diseño-planificación del marco de actuación), desarrollo (creación de grupos de trabajo) y evaluación (planes de mejora).

Se recogieron datos para Cantabria de la Encuesta Nacional de Salud y del Barómetro Sanitario sobre cronicidad. Para la clasificación de la población se diseñó un sistema de estratificación ad-hoc que permite clasificar a los habitantes, de acuerdo a sus necesidades "IAmetrics".

## RESULTADOS

Los diferentes modelos de educación para la salud que han influido con sus tendencias en nuestro sistema sanitario público, determinando la participación de la población han sido <sup>6</sup>:

- a. El modelo preventivo, modelo 'médico' por excelencia y el más utilizado tradicionalmente. Es un modelo de carácter "paternalista", en el cual el paciente tiene una actitud pasiva hacia su enfermedad.
- b. El modelo de la capacitación personal, que 'empodera' a la persona para tomar sus propias decisiones en el cuidado de su salud y la de los demás. Este modelo, que es el que está más en auge en los últimos años, surge a partir de los avances de las tecnologías, la incorporación de los nuevos medios telemáticos y la gran cantidad de recursos que hoy en día se ofrecen a través de la red <sup>7-8</sup>.
- c. El modelo social o colectivista, que se basa en la actuación y la concienciación global de toda la sociedad para instaurar políticas de salud colectivas más participativas.

Se ha producido una evolución en los modelos de EpS, pasando de un paciente pasivo a activo, de un modelo centrado en la medicina de agudos a uno adaptado a las necesidades de los pacientes crónicos.

En los últimos años, la población española ha sufrido un paulatino proceso de envejecimiento como consecuencia de un aumento de la esperanza de vida, debido a la disminución de las tasas de mortalidad por un lado y a una reducción de la natalidad por otro. En el 2030 se doblará la incidencia de enfermedades crónicas en mayores de 65 años.

La OMS ha previsto que serán la principal causa de discapacidad y este problema consumirá la mayor parte de recursos de los sistemas sanitarios

En Cantabria, a 1 de enero de 2013 <sup>9</sup> la población de más de 64 años suponía el 19,3% de la población total (591.530 personas) con una distribución por sexos de 51,2% de mujeres y 48,8% de hombres. El peso demográfico de la población mayor de 80 años mantiene una tendencia creciente, pasando de representar un 4,7% (24.859 personas) en el año 2000, a un 6,6% (39.249 personas) del total de nuestra población de Cantabria en 2013. El Instituto Nacional de Estadística (INE), <sup>9</sup> estima que nuestra comunidad autónoma contará en el 2052 con una población más envejecida, estancada o incluso con una reducción en el número de habitantes.

Este envejecimiento progresivo de la población, el cambio en el patrón epidemiológico de las enfermedades y las conductas relacionadas con salud condicionan un aumento en la incidencia de enfermedades crónicas en las próximas décadas. En el año 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya señalaba que el 60% de todas las muertes en el mundo eran debidas a enfermedades crónicas: cardiovasculares, respiratorias, cáncer y diabetes <sup>10</sup>. El 52,0% de la población de 15 y más años percibe tener alguna enfermedad crónica. Una de cada cuatro personas mayores de 14 años es fumadora, (23,9%) población fuma a diario. La mitad de los menores de 17 años refieren realizar una vida sedentaria. La cronicidad en nuestra comunidad consume: el 80% de las consultas de Atención Primaria, el 60% de los ingresos y el 70% del gasto sanitario.

En Cantabria, según los resultados de la Encuesta de Salud (ESCAN) 2012, un 52% de la población de 15 y más años tiene alguna enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración (entendiendo por larga duración el que ha durado o se espera que dure 6 meses o más), lo que es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres (57,9% y el 45,6%, respectivamente).

Se utilizó la herramienta l'Ametrics Poblacional. La población de estudio comprendió a los pacientes adscritos al Servicio Cántabro de Salud (SCS) en 2013. Las fuentes de información empleadas fueron: diagnósticos en AP, CMBD hospitalario...

Para la clasificación de la población se diseñó un sistema de estratificación ad-hoc que permite clasificar a los habitantes, de acuerdo a sus necesidades de recursos asistenciales, en 5 categorías (Fig. 1 y 2).

Fig. 1. Estratificación de la población según el consumo sanitario.



Fuente: Servicio Cántabro de Salud. SCS.2013.

Fig. 2. Número y características de los pacientes pluripatológicos de Cantabria.

Área sanitaria	Habitantes	Pob. Ref.	Edad media	% Mujeres
<b>CANTABRIA</b>	<b>32.045</b>		<b>83,7</b>	<b>66,7</b>
Santander	15.998		83,7	67,6
Torrelavega	11.351		83,7	65,9
Laredo	4.696		83,7	65,6

	Nº pacientes	Nivel de consumo de recursos sanitarios				
		1	2	3	4	5
ICC	4.703	0	133	203	2.387	1.380
ACV	10.923	0	191	658	2.012	2.062
Demencia	5.128	0	10	81	3.348	1.189
IRC	5.978	7	328	536	3.981	1.248
Obesidad	44.747	16	6.901	11.904	23.390	2.626
Enf. Pluripatolog.	32.045	0	0	0	18.990	13.055
DM2	35.197	4	1343	3992	26.237	3.821
HTA	106.292	1	3.752	14.459	77.864	16.236
EPOC	10.097	0	233	820	7.473	1.671

Fuente: Servicio Cántabro de Salud. SCS.2013.

Fig. 3 Líneas fundamentales de actuación.



Fuente: Escuela Cántabra de Salud. OSPC.2013.

Con el fin de realizar intervenciones eficientes para cada tipo de población se genera el marco de actuación: en población general se realizará promoción y prevención de la enfermedad; en enfermos crónicos, programas de apoyo al autocuidado; y para cuidadores, el programa de captación precoz antes del alta (Fig.3).

## CONCLUSIONES

Estas iniciativas pretenden influir en nuestro sistema sanitario público:

- Fomentando la participación de las personas crónicas al pasar de un modelo clínico a otros de capacitación personal y social- colectivas, que empoderan y motivan a la persona para tomar sus propias decisiones en el cuidado de su salud y basan su actuación en la concienciación y autogestión del paciente como centro del sistema sanitario.
- Estos modelos de gestión de la cronicidad fomentan el uso de las TIC generando un nuevo modelo de paciente informado y dispuesto a compartir información y conocimiento (e-paciente).
- La información obtenida con el sistema de estratificación de la población permite adecuar la oferta de servicios al perfil de morbilidad de los pacientes, mejorando su asistencia sanitaria en términos de calidad y eficiencia.
- Las personas competentes en el manejo de su salud favorecen la sostenibilidad del sistema sanitario.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Organización Mundial de la Salud. WHO European Conference on the New European Policy for Health. Health 2020. 2011; Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/154251/Health-2020-Vision,-values,-main-directions-and-approaches.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/154251/Health-2020-Vision,-values,-main-directions-and-approaches.pdf). Accessed 04/10, 2015.
- (2) Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Sanidad 2012. Available at: <http://www.>



- msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\_ABORDAJE\_CRONICIDAD.pdf. Accessed 04/08, 2015.
- (3) Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW, Jr, Bandura A, et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Med Care* 2001 Nov; 39(11):1217-1223.
  - (4) Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, Laurent D, Hobbs M. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract* 2001 Nov-Dec;4(6):256-262.
  - (5) Ruiz-Azarola A PL. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *GacSanit* 2012;26(Supl.1):158-61. (5) Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Glosario. 1998; Available at: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>. Accessed 04/10, 2015.
  - (6) Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Glosario. 1998; Available at: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>. Accessed 04/02, 2015.
  - (7) Becoña E, Vázquez F, Oblitas L. Promoción de los estilos de vida saludable. En *Investigación en Detalle* Número 5. [En línea]. ALAPSA. Bogotá. . 2004; Available at: [http://www.alapsa.org/detalle/05/id\\_05\\_promocion.pdf](http://www.alapsa.org/detalle/05/id_05_promocion.pdf). Accessed 04/08, 2015.
  - (8) Mira JJ. El paciente competente, una alternativa al paternalismo. *Monografías humanistas* 2004(8):111-123.
  - (9) Instituto Nacional de Estadística. Instituto Nacional de estadística [sitio web]. Madrid: INE. 2013; Available at: <http://www.ine.es/>. Accessed 04/10, 2015.
  - (10) Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Available at: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html). Accessed 04/07, 2015.

# APORTACIONES DE LA PRIMERA GENERACIÓN DE LA MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

## *Contributions of the first generation of the "Máster en Ciencias de la Salud"*

María Teresa Lidia Salazar Peña  
Graciela Arrijo Morales  
Erika Pérez Noriega

Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería contribución cuidado.

**KEY WORDS:** Nursing Sciences Master, Nursing, Universidad Autónoma de México

### **RESUMEN:**

**Objetivo:** Identificar la contribución de las egresadas en la transformación de la práctica disciplinaria en la investigación.

**Fuentes:** Entrevista con las egresadas y archivo de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

**Metodología:** Es un estudio descriptivo transversal.

**Población:** 6 egresadas

**Muestra:** 4 Maestras en Ciencias de Enfermería

**Tipo de Muestra:** por conveniencia

**Resultados:** El adquirir el grado de maestría les permitieron comprender mejor las bases filosóficas de la *disciplina* así como profundizar en la conceptualización del cuidado y en la investigación. El 100% de la maestras han participado en la formación de enfermeras.

**Conclusión:** Las maestras han efectuado investigaciones en beneficio de la población y ocupado puestos directivos y participados en la formación de enfermeras.

### **ABSTRACT:**

**Objective:** The contribution of the gone away ones identifies in the transformation of the disciplinary practice in her investigation.

**Source:** Interview with the gone away ones and file of the Faculty of Infirmary of Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

**Methodology:** It is a descriptive transverse study.

**Population:** 6 gone away

**Sample:** 4 Teachers in Sciences of Infirmary. **Type of Sample:** for convenience

**Results:** The gone away ones demonstrate that the knowledge received in the program of mastery in sciences of infirmary were allowed by it to them to understand better the philosophical bases of the discipline as well as to penetrate into the conceptualization of the care and into the investigation. 100 % of the maestras has informed actively in the formation of resource of infirmary

**Conclusion:** The teachers have demonstrated his capacity of leadership on having occupied managerial positions: two directors of the Faculty of Infirmary, a Vicerrectora of Teaching of the BUAP, chiefs of department and they have remained in the exercise of the profession in institutions of health.

## INTRODUCCIÓN

Cuando en 1998, se le otorgaba a la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la BUAP, el derecho a transformarse en Facultad de Enfermería, hubo como es de suponerse una serie de cambios, ya previstos afortunadamente, tanto a nivel académico, como a nivel administrativo y que impactó en la modificación de nuestro clima educativo, fundamentalmente en nuestra conciencia como universitarios. Sabíamos que anteriormente bastaba dedicar nuestro esfuerzo educativo al desarrollo de las habilidades y destrezas que requería una enfermera general o técnico en enfermería, para considerarse apta en el trabajo en unidades de atención a la salud de cualquiera de los tres niveles en que se dividen los servicios médicos y sanitarios que existen en México, y dado que el tipo de adiestramiento ofrecido en esta escuela era suficiente para lo que el mercado de trabajo exigió por varias décadas a nivel enfermería. Sin embargo los tiempo cambiaron, una dinámica diferente, que provenía del extranjero, España, Estados Unidos, Cuba, Colombia y había tenido buena aceptación, en otras de Instituciones de Educación Superior nacionales, como la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad de Tlaxcala, nos colocó en la imperiosa necesidad de incorporarnos al movimiento de Profesionalización de la Enfermería, a través del proyecto de la Maestría en Enfermería.

## ANTECEDENTES

El proyecto de posgrado inicio en 1995, en plática informal con la Mtra. Hilda Rosado García, para trabajar la propuesta como tema de la tesis en la Maestría en Administración de Organización, en la Facultad de Contaduría Pública de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Por las licenciadas en enfermería Ana María Cerezo Bautista y María Teresa Lidia Salazar Peña. La Maestra Hilda Rosado García, apoyo con documentos oficiales que permitieron realizar la investigación de campo en instituciones del país, extranjero y el estudio de factibilidad.

El 22 de octubre de 1997, el proyecto se presentó en examen profesional como defensa de tesis con el título de "Proyecto Académico Administrativo para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Enfermería", su contenido fue el estudio de factibilidad, una propuesta administrativa de apoyo al trabajo docente y el primer plan de estudios para la maestría en enfermería con dos especialidades: atención a la familia y administración.<sup>1</sup>

A partir de la integración de un equipo académico integrado por las maestras: María Teresa Lidia Salazar Peña, Guadalupe Josefina Pérez Gutiérrez, Mariana Rugerio Quintero, Alejandra Porras Álvarez encargado de revisar y redefinir la propuesta curricular para la creación del "Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería" a principios de 1998 con el apoyo de la directora Lic. María Margarita Campos Vázquez; se recibe la asesoría de diversas Facultades de Enfermería y de Medicina del país (FE-Universidad Autónoma de Nuevo León, Fac. Med. UNAM, FE-Universidad Autónoma de Querétaro); entregando formalmente el proyecto académico el 28 de Marzo del mismo año a la Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Posgrado para su análisis y dictamen.

El 14 de Mayo se obtuvo la unanimidad para su aprobación en el Consejo de Unidad y el 19 de Mayo la Asamblea de Docentes en pleno otorgó su voto aprobatorio por unanimidad para la realización del posgrado. El 21 de Mayo se recibe el aval de pares académicos de la Facultad de Enfermería de Universidad Autónoma de Nuevo León; mientras que el 5 de Junio de 1998 se recibió asesoría y el aval de la Universidad de Edmonton Canadá.

El 10 de Junio la Academia de Docentes de Posgrado de la Facultad de Medicina otorgó el aval, así como se obtuvo una respuesta aprobatoria por la Facultad de Estomatología.

---

1 Cerezo-Bautista AM. Cronología del Posgrado en enfermería. Gaceta Universitaria. 2001; 49: 22.

El 12 de Junio se entrega oficialmente el proyecto a la Rectoría de la BUAP y el 27 de Octubre de 1998 el Consejo Universitario aprobó el programa de "Maestría en Ciencias de Enfermería", por mayoría de votos, ninguno en contra y una abstención. (Oficio CHCU 048/98).

El acuerdo de enmienda, al Registro de la Institución Educativa se realizó el 25 de Enero del año 2000, con acuerdo favorable emitido en el oficio DIEN/036/2000.

El 15 de Febrero de 1999, inician los trabajos escolares. Al concluir el primer semestre, dos alumnas pidieron permiso para ausentarse temporalmente de posgrado; una de ellas por motivos de salud y la otra por asuntos familiares, lo cual les fue autorizado. El primer curso culmina satisfactoria con 7 egresadas y 3 tesis revisadas y aprobadas por la Comisión de Investigación y Estudios de Posgrado, el 15 de Febrero del año 2001. De la primera generación egresaron: Dolores Martínez Gonzales, Yara Gracia Verónica, Raquel García Ramírez, María del Carmen Martínez Reyes, María de la Luz P. Bonilla Luis, Ana María Pérez Garcés y Estela Mendoza Carreto, se titularon seis.<sup>2</sup>

## OBJETIVO

Identificar la contribución de las egresadas en la transformación de la práctica disciplinaria en la investigación.

## FUENTES

Entrevista con las egresadas y archivo de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

## METODOLOGÍA

Es un estudio descriptivo transversal.

Población: 6 egresadas

Muestra: 4 Maestras en Ciencias de Enfermería

Tipo de Muestra: por conveniencia

## RESULTADOS:

Las egresadas manifiestan que los conocimientos recibidos en el programa de maestría en ciencias de enfermería les permitieron comprender mejor las bases filosóficas de la disciplina así como profundizar en la conceptualización del cuidado y en la investigación.

Las investigación en que han participado: El cuidado de enfermería en niños con déficit nutricional efectuada en una junta auxiliar de la ciudad de Puebla se logró a través de la aplicación del proceso enfermero la recuperación de los niños con déficit nutricional, con el trabajo Funcionalidad familiar ante la situación de insuficiencia renal utilizando la teoría de Marylin Friedman se observa que la enfermera no interviene en el cuidado de la familia y el paciente en el hogar. Elaboraron el Programa de gerencia en enfermería en el cuidado ambulatorio de niños con asma como producto realizaron una guía para el cuidado ambulatorio y permitir al cuidador realizar acciones que le permitan una mejor calidad de vida a los niños. han aplicado sus conocimientos en interés de la vida y bienestar de otros, como ejemplo su participación en la prevención de adicciones de tabaco y alcohol, se logró que la facultad de enfermería sea un espacio 100% libre de humo, apoyado a los cuerpos académicos a la consolidación de uno lo que ha permitido trabajar en la Red de pre-

---

<sup>2</sup> Cerezo-Bautista AM, et. al. Programa de Maestría 1999. Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

vención de adicciones y promoción de la salud y del otro cuerpo académico en consolidación, una de las maestras es líder del proyecto internacional de movilidad estudiantil de Norteamérica, dos se han distinguido por ser líderes al ocupar la dirección de la facultad y una de ellas actualmente es vicerrectora de docencia, El 100% de las maestras han participado activamente en la formación de recurso de enfermería.

## CONCLUSIÓN

Las maestras han demostrado su capacidad de liderazgo al ocupar puestos directivos: dos directoras de la Facultad de Enfermería, una Vicerrectora de Docencia de la BUAP, jefes de departamento y han permanecido en el ejercicio de la profesión en instituciones de salud.

Están comprometidas en participar activamente en la formación de enfermeras con compromiso y responsabilidad social con un alto sentido humanista,

## BIBLIOGRAFÍA

1. Archivo Histórico de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
2. Cerezo-Bautista AM. Cronología del Posgrado en enfermería. Gaceta Universitaria. 2001; 49: 22.
3. Cerezo-Bautista AM, et. al. Programa de Maestría 1999. Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
4. Campos Vazquez Maria Margarita Informe de Trabajo 199. Facultad de Enfermería
5. Marín Chagoya Ma. de los Ángeles et al Historia de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Desarrollo Científico de Enfermería Edit. Corporativo en Medios de Comunicación. México. pp 179-181, Vol 16.

The background features a stylized illustration of a crowd of people in white silhouettes. At the top, a banner reads "100 años" next to a drawing of a magic lamp. In the foreground, a person is shown in a wheelchair, and a baby is crawling. The overall theme is related to the 100th anniversary of nursing.

CAPÍTULO 7

*Hacia los orígenes  
de la Enfermería*



# EL HOSPITAL MILITAR ROMANO Y SU TRASCENDENCIA EN LA EDAD CONTEMPORÁNEA

## *Significance of roman military hospital at contemporary age*

Fernando Gil González  
Universidad Complutense de Madrid

**PALABRAS CLAVE:** *Valetudinaria*, Historiography and Disease.

**KEY WORDS:** *Valetudinaria*, Historiography and Disease.

**RESUMEN:** El objetivo de esta comunicación es plantear que los *Valetudinaria* son el germen de los hospitales contemporáneos. Para su estudio se han encontrado distintos restos arqueológicos referidos a estos antiguos hospitales en los límites del Imperio. Asimismo, las fuentes epigráficas y los textos clásicos de Tito Livio o Flavio Vegecio Renato describen la importancia de la higiene y la salud de los legionarios en los hospitales de campaña. Además se citan los distintos remedios aplicados por el personal sanitario romano, por lo que defendemos que las técnicas de curación como el torniquete hemostático, las grapas quirúrgicas para suturar las arterias, las ligaduras de los vasos sanguíneos etc. son análogas a las utilizadas en los hospitales contemporáneos.

**ABSTRACT:** The objective of this paper is to propose that *Valetudinaria* are the origin of contemporary hospital. For their study, we found different archaeological remains relating to these ancient hospitals within the Empire limits. Also, epigraphic sources and classical texts such as Tito Livio or Flavio Vegecio Renato describe the importance of hygiene and the health of the soldiers in military hospitals. The different remedies applied by roman medical personnel are cited, so we defend that healing techniques such as hemostatic tourniquet, surgical suturing arteries staples, the bonds of blood vessels etc. are analogous to those used in contemporary hospitals.



## 1. INTRODUCCIÓN

Los *Valetudinaria* son unas construcciones, dedicadas a la asistencia sanitaria, específicas que están organizadas en pequeñas habitaciones, las cuales estaban divididas por pasillos y constituidas en torno a un corredor central junto a una serie de hileras situadas a ambos lados de la estancia. Asimismo estos complejos tenían varias salas, con una capacidad de hasta cuatro o cinco personas.

Algunos investigadores afirman que estos complejos eran lugares de descanso, en los que se podía sanar a los esclavos, a los soldados o incluso podía tratarse de lugares de encuentro, reposo y atención para los viajeros. Sin embargo, es difícil atestiguar, con las pruebas aportadas, que estas estancias tuvieran unas funciones similares a las de los hospitales actuales.

Como colofón, se afirma que en los *Valetudinaria* se realizaban las curas de una forma análoga a la de los hospitales de campaña o de sangre durante la Primera Guerra Mundial.

## 2. EL USO DE LAS FUENTES

Un testimonio literario afirma que Livia Drusila, la esposa de Cayo Julio César Augusto, poseía en su residencia palaciega una estructura análoga a los *Valetudinaria*. Por ello, es plausible pensar que los métodos de atención al igual que el personal sanitario en los *Valetudinaria*, en determinadas ocasiones, curaba los problemas de los *domini* - señores - y los *patroni* - patronos -.

La Arqueología ofrece algunos ejemplos en el ámbito civil y militar, en los que son citados como espacios destinados a la atención de los heridos como bien se atestigua en algunas ciudades romanas: *Pompeii* (Pompeya) y *Ariminum* (Rimini), cuyas ruinas nos muestran algunas de estas estancias. Asimismo, en las viviendas de los médicos, también se realizaban prácticas sanitarias.

Los *Valetudinaria*, en ocasiones, eran utilizados como espacios abiertos a la calle, comúnmente conocidos como *tabernae*, cuya función era la de pasar consulta médica de forma análoga a las de un ambulatorio o un centro de salud. En el ámbito militar, los *Valetudinaria*, están mejor documentados y son citados como hospitales de campaña contruidos en el interior de los campamentos de legionarios para atender, sanar y rehabilitar a los soldados y legionarios heridos tras la finalización de la contienda.

Estructuras similares a éstas no han sido identificadas en el ámbito urbano pero el análisis de las fuentes literarias y epigráficas, nos indica la existencia de edificios urbanos utilizados para la atención médica. Además, el estudio de un reducido número de inscripciones latinas clarifica la existencia de estas estructuras destinadas a la atención de los enfermos en el interior de la casa imperial o de algunas *domus* de las familias nobiliarias romanas.

En estas construcciones se aunaba un distinguido personal que realizaba las prácticas sanitarias por la imperiosa necesidad de atender a los esclavos, a los soldados y a los libertos. Ello motivó, con el transcurso del tiempo, una mejor organización de estos complejos con importantes avances tecnológicos y sistemas de curación.

Al mismo tiempo fue incrementando el interés de las clases altas romanas por tener profesionales médicos que, como parte integrante del personal doméstico, estaban encargados de la salud de los trabajadores. Asimismo, el personal sanitario tenía a su disposición un recinto en el que podía desempeñar mejor su actividad.

## 3. LOS VALETUDINARIA ROMANAS

Los *Valetudinaria* estaban organizadas por un personal sanitario muy variado: los médicos, las comadronas y otros especialistas como los *ad valetudinarii*, análogos a los auxiliares de enfermería

que atendían a los heridos. Esto se atestigua por los testimonios epigráficos desde finales de la época republicana hasta la época imperial.

Los *Valetudinaria* no siempre se localizan en las grandes *domus* aristocráticas como expresan Celso, Séneca o Tácito pero estos autores no mencionan los *Valetudinaria* militares. A pesar de ello, Columela ubica este tipo de emplazamientos sanitarios en los espacios de producción agrícola, propios de los grandes terratenientes. En resumen, estos autores procedían a la alta sociedad romana, lo que permitió que tuvieran conocimiento y contacto con los citados complejos sanitarios.

Además, la actividad literaria de todos estos autores se desarrolla en Roma por lo que no citan los *Valetudinaria* de las ciudades fronterizas, por su actividad bélica, cercanas al Rin o al Danubio. Aun así, se puede argüir que estas fuentes aportan una información sesgada sobre los *Valetudinaria*, clasificados como edificios institucionales.

A raíz de la nueva legislación imperial, en algunas colonias y municipios, se aplicaron medidas para mantener la higiene de los ciudadanos como bien se aprecia en las infraestructuras relacionadas con la higiene y la sanidad.

En el ámbito urbano se garantizaron algunos servicios como el suministro de agua, el alcantarillado o el establecimiento de fuentes, baños y letrinas públicas, con el fin de asegurar un modo de vida más saludable, higiénico y seguro en la sociedad.

Las curias municipales promovieron el aumento del personal médico y auxiliares enfermeros en las ciudades a través de contrataciones públicas. Asimismo mantuvieron la preocupación por mantener la salubridad urbana, aunque de haber existido espacios sanitarios públicos deberían dejar huella de algún testimonio.

En definitiva, los establecimientos en los que trabajaron el personal sanitario de forma pública en las ciudades no debían de superar las dimensiones propias de una taberna médica. Por ello se defiende que en ningún caso podemos referirnos en esta época a hospitales ya que esta concepción cristiana nos indica que eran espacios destinados a la caridad y a la filantropía para atender a todo aquel que necesitara sus servicios.

Aun así, el hospital se consolida a partir de una institución cristiana originaria del siglo IV d.C., nada comparable a los *Valetudinaria*, que ofrecían la atención médica a una población restringida, por cuestiones militares o económicas, pero no caritativas.

A pesar de ello, uno de los motivos por los que los *Valetudinaria* no evolucionaron como una institución hospitalaria es que sólo se encargaba de la salud de la población de forma muy sucinta.

En resumen, los *Valetudinaria* tuvieron cierta relevancia como bien atestiguan Marco Vitruvio Pollion, quien citó que se trataba de construcciones sanitarias que se construían y organizaban rápidamente o Flavio Vegecio Renato, quien expuso la existencia de estos complejos sanitarios en los antiguos campamentos militares para atender a los heridos y caídos en el campo de batalla.

#### 4. CONCLUSIONES

Las estructuras sanitarias denominadas *Valetudinaria*, se encuentran en las *domus* de las grandes familias aristocráticas. Además, se han localizado estos complejos en la residencia imperial desde el siglo I d.C. A través de la Arqueología, se han hallado algunos de estos complejos en las inmediaciones del *limes* occidental romano, siendo utilizados para sanar a los legionarios heridos y mutilados.

Como colofón, se puede argüir que estas complejas estructuras o estancias sanitarias están más cercanas a los hospitales de campaña o de sangre que al de los complejos hospitalarios *stricto sensu*.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- Alonso Alonso M<sup>a</sup> Á, Fuentes literarias y epigráficas para el estudio de las Valetudinaria urbanos en el mundo romano, en: C.E.C.: anuar al Centrului de Studii Clasice și Creștine. 2014, n<sup>o</sup> 9: 11-34.
- Ferngren G B, *Medicine & Health Care in Early Christianity*", Baltimore, Johns University Press, 2009.
- Krause O, *Dor Artz und sien instrumentarium in der Romschen Legion*, Berlin, Ed. Remshalden, 2010.
- López Pérez, M., Signos de asimilación y aculturación en la medicina militar romana, en: Bravo Castañeda G y González Salinero, R (Coords.), *Formas de Integración en el mundo romano*, Actas del IV Coloquio de la Asociación Interdisciplinar de Estudios Romanos, Madrid, 2009: 119-127.
- Monteagudo García, L, *La cirugía en el Imperio Romano*, A.B. 2000, n<sup>o</sup> 23: 85-150.
- Ruiz Bremón, M y San Nicolás Pedraz, P, *Enfermar en la Antigüedad*, Madrid, Ed. U.N.E.D., 2008.

# LA FALLIDA IMPLANTACIÓN DE LA ORDEN JUANDEDIANA EN VITORIA EN EL SIGLO XVI

## *The failed implementation of St John of God Order in Vitoria in the sixteenth century*

Manuel Ferreiro Ardións, Juan Lezaun Valdubieco  
Comisión de Historia y Humanidades del Colegio de Enfermería de Álava

**PALABRAS CLAVE:** Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Hospitalero, Vitoria.

**KEY WORDS:** Hospitaller Order of Saint John of God, Vitoria, Hospitable.

**RESUMEN:** Documentamos Hermanos de Juan de Dios en Vitoria entre 1592 y 1608 en dos periodos separados por la epidemia de peste de fin del XVI. Su llegada coincide con la reducción hospitalaria promovida por Felipe II y Pío V, aunque no logramos documentar una causalidad. En su actividad sustituyen tanto al matrimonio hospitalero como al administrador, pretendiendo llegar a un control total del hospital supliendo también al capellán, aunque no lo logran, así como autofinanciarse a base de limosnas, aspecto económico que encandila al ayuntamiento vitoriano. Su marcha definitiva de Vitoria acontece tras la desaparición de su líder en un viaje a Roma.

**ABSTRACT:** Brothers of Saint John of God are documented in Vitoria between 1592 and 1608 into two separated periods because of plague at the end of the sixteenth century. Their arrival coincided in time with hospital reduction promoted by Felipe II and Pius V. In their activity they replaced the hospital couple as well as the administrator trying to get total control of the hospital, they also tried to replace the priest but they did not succeed, as well as the way they supported themselves asking for charity, economical aspect that dazzled the Town Hall of Vitoria. Their definitive departure from Vitoria happened after the disappearance of their leader on a trip to Rome.

## **I. INTRODUCCIÓN**

La Orden de los Hermanos Hospitalarios de Juan de Dios fue aprobada por el papa Pío V en 1572, 22 años después de la muerte de Juan Ciudad (1495-1550), su fundador. Fue la primera y más significativa de las órdenes dedicadas a los cuidados de enfermería en España tras la reforma tridentina, lo que ha sugerido que nació precisamente para servir a los intereses de ésta, formando parte de la estrategia papal de Reforma hospitalaria, instigada precisamente por Pío V. En cualquier caso, la Contrarreforma marca los primeros pasos de la Orden y favorece una rápida expansión inicial por toda la península, si bien sólo logra consolidarse en los territorios de Reconquista más tardía, mientras que en el norte peninsular apenas logra implantarse en unas pocas grandes ciudades.

## **II. OBJETIVOS**

Conocer la actividad de la Orden hospitalaria de San Juan de Dios en la ciudad de Vitoria (Álava, España) así como el contexto de su llegada y de su marcha.

## **III. METODOLOGÍA**

Partiendo de una cita bibliográfica sobre la presencia de Hermanos de Juan de Dios en Vitoria en el siglo XVI, se procedió a revisar los fondos documentales de la ciudad, lográndose resultados positivos en el fondo "Hospital Santiago" del Archivo del Territorio Histórico de Álava (A.T.H.A.) y en el fondo de Actas Municipales (AA.MM.) del Archivo Municipal de Vitoria (A.M.V.). Reunidas y cotejadas las informaciones de dichos fondos documentales se contextualizó mediante búsqueda bibliográfica sobre la propia Orden, la ciudad de Vitoria y la historia hospitalaria.

## **IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Documentamos a hermanos de la Orden de Juan de Dios ejerciendo en Vitoria en dos periodos, 1593-1595 y 1605-1608, coincidiendo su interrupción con los años en que la peste asoló gran parte de España, incluida la ciudad de Vitoria y las aldeas de su alfoz. Su actividad se centró en el hospital de patronato municipal que había sido construido de nueva planta unos pocos años antes, modificado su antigua denominación de Santa María del Cabello por la de Santiago apóstol al tiempo que se sometía a la Reforma hospitalaria instigada por Felipe II y Pío V. Los hermanos juandedianos no fundaron por tanto ningún hospital en Vitoria, sino que se adscribieron a uno que funcionaba como tal desde hacía más de una centuria y que, poco antes de su llegada, se había visto inmerso en el proceso de reducción hospitalaria vitoriano, elementos de interés que pueden explicar en parte tanto la llegada de los hermanos como su marcha.

### **IV.1. El Hospital Santiago de Vitoria.**

El Hospital Santiago fue fundado en 1419 por Fernán Pérez de Ayala y María Sarmiento, pasando su patronato a manos del Ayuntamiento de Vitoria en 1535, quien decide la construcción de un nuevo edificio, finalizado en 1556.

Como otros hospitales de la época tiene una orientación múltiple, albergando peregrinos a Santiago, cuidando de enfermos pobres y dando asilo a ancianos y desvalidos. De la asistencia inmediata de éstos se encargaba un matrimonio sin hijos, que recibían el nombre de Hospitaleros o Síndicos, que vivía en el establecimiento con la obligación de asistir a los enfermos y acogidos, darles alimentos y medicinas, así como realizar la limpieza de ropas y aposentos, además de pedir limosna para la casa, cuestión esta última que con el cambio de hospital y reglamento desaparece.

Se identificaban por su vestimenta, de paño gris o morado, en la que llevaban una venera con el bordón de Santiago al lado izquierdo.

Externamente, el hospital contaba también con un Mayordomo, elemento regidor y de representación municipal que designaba el Ayuntamiento; un Capellán y, tras la reforma hospitalaria, un Administrador. Así mismo, era visitado por el médico y el barbero o cirujano que tenía contratado el Ayuntamiento.

#### IV.2. La Reforma hospitalaria en Vitoria.

Las razones del Concilio de Trento para acometer una Reforma hospitalaria se basaron tanto en la gran proliferación de pequeños hospitales sin apenas rentas que garantizaran su continuidad como, sobre todo, en el mal uso que se hacían de esas rentas por sus patronos, en beneficio propio en lugar de cumplir con las necesidades de enfermos y pobres.

Fray Juan de Victoria, en fechas próximas a la unificación hospitalaria, describe sin tapujos esa situación en los dos hospitales de patronato privado (San Pedro y San José) de Vitoria: *“por tener hecha la probanza que en algunos o alguno de los particulares hospitales no hay pobres, casi antes están alquilados y sirven de mesón y de encubrir malas personas, ni se cumple con la voluntad de los fundadores...”*<sup>1</sup>. Pero tampoco los de patronato municipal se libraban de queja, así en 1485, *“En este ayuntamiento se acuerdo e mando por los dichos señores que por quanto la casa del ospital de Santa Maria y las rentas dellahandan a mal recabdo e non se destrubuyen para los pobres segund fue la voluntad del testador”*<sup>2</sup>.

La situación de menoscabo en el servicio hospitalario del reino ya había sido denunciada en tiempos de los Reyes Católicos y en varios sínodos, pero habría de ser el revulsivo de la Reforma Luterana la que impulsará un mayor control sobre estos centros. Felipe II con la bula del papa Pío V, será quien afronte el reto de concentrar las rentas hospitalarias en todos los lugares de la Corona.

En el caso vitoriano las gestiones para concentrar los hospitales ya se habían intentado sin éxito en 1521 y 1568<sup>3</sup>, antes del definitivo intento de 1587. La finalidad fue concentrar los cinco centros vitorianos, lo que no ofrecía dificultad para los tres de patronato municipal; sin embargo, los dos hospitales privados *“resisten terriblemente esta reducción [por lo que] Cesó Vitoria de insistir en reducir los hospitales, no sé si por como dicen hazme la barba y hácete el copete, que los ricos y parientes todos son a una aunque los pobres padezcan mil miserias”*<sup>4</sup>.

Por tanto, únicamente se logró unificar en 1590 los tres centros de patronato municipal: el de Santiago, el de Santa María y el de La Magdalena, a favor del primero. Sin embargo, en la práctica sólo se llegó a unificar las rentas de los tres, pues si bien el de La Magdalena desaparece definitivamente, el de Santa María volverá a sus funciones asilares en medio de la crisis del XVII.

El proceso reformador en Vitoria fue por tanto un fracaso, de manera que a principios del XVII, coleando aún los devastadores efectos de la gran peste de 1599 en Vitoria y evidenciada ya la gran

1 Vidaurrázaga e Inchausti JL. Nobiliario Alavés de Fray Juan de Victoria, Siglo XVI. Bilbao: Editorial la Gran Enciclopedia Vasca; 1975. Pág. 263.

2 A.M.V., AA.MM. 1479-1487. Acta del 30 de marzo de 1485. Lib. 2. Fol. 172 v.

3 A.T.H.A. Fondo Hospital Santiago. Inventario de documentos de los hospitales de Santiago, La Magdalena y Santa María de Vitoria (1536-1657). Caj. 14. Doc. 4. Fol. 26. Se trata del expediente relativo al proceso de concentración.

4 Vidazárraga. Op. Cit.

crisis que caracterizará a esa centuria, la ciudad seguirá desdoblando la actividad hospitalaria: peregrinos y enfermos en Santiago y ancianos, desvalidos y expósitos en Santa María.

### IV.3. La Orden de San Juan de Dios en Vitoria

En Salamanca, en 1584, en medio de una gran confrontación entre el obispado y la ciudad por la jurisdicción de los nuevos hospitales generados tras la unificación, García Oro y Portela Silva recogen la positiva experiencia de la llegada de la Orden de San Juan de Dios a hacerse cargo de los centros: *“fue Nuestro Señor servido encaminar el remedio de esta necesidad, el qual ha sido traer al Hermano Baltasar con algunos hermanos de su habito y con su venida se allanó todo”*<sup>5</sup>.

En el caso de Vitoria va a coincidir también que las primeras noticias que tenemos de la congregación juandediana sea en fechas cercanas a la concentración hospitalaria, lo que nos hace preguntarnos si no será el caso de Vitoria otro ejemplo más de que la expansión de la Orden se hizo a lomos de la Reforma hospitalaria tridentina, formando parte de una estrategia planificada con antelación por los reformadores del catolicismo.

Quede sin respuesta la cuestión, lo cierto es que veinte años desde la fundación de la Orden y apenas dos desde la unificación hospitalaria en Vitoria, aparece documentado en esta ciudad el Hermano Miguel de la Rosa asistiendo como hospitalero en el hospital de Santiago desde enero de 1592. No hay noticia alguna -que hayamos podido localizar- sobre preparativos o acuerdos previos a su llegada que pudieran orientarnos en algo tan fundamental como saber de quién fue la iniciativa, de Vitoria o de la Orden, para asentarse en la ciudad. Llama la atención lo extraño de la fecha de inicio, pues los cargos y empleos del municipio, caso de los hospitaleros, se renovaban salvo urgencia el día de San Miguel, y si hubo alguna, ésta no fue la ausencia de hospitalero, pues hasta 1591 se documenta en el puesto a Juan de Zabala y éste volverá a ejercer durante una ausencia temporal del hermano Miguel.

En cualquier caso, pronto se evidenciará las carencias de la Orden para mantener las estructuras que iban ocupando, pues en septiembre del mismo año Miguel de la Rosa se presenta ante el Ayuntamiento pidiendo licencia para abandonar el hospital porque el Hermano Mayor de la Orden le mandaba ir a Valladolid. El Concejo vitoriano le deja marchar y repone como hospitalero a su predecesor, si bien consta una insistente reclamación para lograr su vuelta, lo que parece evidenciar una buena satisfacción del Ayuntamiento con el acuerdo que tenía con el hermano Miguel o con la actividad que había demostrado esos pocos meses.

Las súplicas parecen surtir efecto y nuevamente se documenta a Miguel de la Rosa en el hospital Santiago en abril de 1593 junto a un compañero, el hermano Juan, donde permanecerán ininterrumpidamente hasta al menos mayo de 1595. En estos dos años las noticias son verdaderamente muy escuetas, y debemos acercarnos a su labor de manera indirecta. Así, destaca la gran meticulosidad que se aprecia en los registros de las cuentas del centro, lo que habla en primer lugar sobre la preparación intelectual de los hermanos de la Orden y, en segundo lugar, que además de sustituir al matrimonio hospitalero lo hacen también al administrador, ahorrando con ello a las rentas del hospital el salario del mismo. Y, por si fuera ésta poca economía, además salían a la calle a pedir limosna, actividad que ya no ejercían los últimos hospitaleros municipales, con la suficiente fortuna como para mantenerse los hermanos y dar de comer a los pobres del hospital. Estas actividades que permiten al Consistorio vitoriano preservar rentas del hospital para otros fines, serán elementos clave en la satisfacción casi exultante que demostrará el Ayuntamiento unos años

---

5 García Oro J, Portela Silva M. Felipe II y el problema hospitalario: reforma y patronato. Cuadernos de Historia Moderna; 2000(25):87-124. Pág. 108.

después, con la segunda venida de la Orden a Vitoria. Y es quizá por este motivo el que causa tanta extrañeza la desaparición de los Hermanos Miguel y Juan del hospital Santiago.

Su marcha y su posterior regreso están separados por un acontecimiento mayor como para no valorar su posible influencia, la peste.

En Vitoria no se documenta el primer brote hasta 1598, aunque hay noticias de alarma desde 1596. Luego si la peste fue determinante en la marcha de los hermanos, debió ser porque fueron nuevamente reclamados por su superior para asistir en las necesidades de otro hospital, teniendo que abandonar Vitoria a la que no pudieron regresar por motivos de fuerza mayor: enfermedad, muerte o simplemente por los cordones sanitarios que limitaban el tránsito de quienes partían de zonas afectadas.

Vitoria hubo de afrontar la peste por tanto sin la presencia de los hermanos, con un trágico balance de unos 2.000 fallecidos<sup>6</sup> de los aproximadamente 5.000 habitantes calculados para la ciudad. La gran repercusión económica, que en parte se sufragó con las rentas del hospital, dejó la ciudad arruinada; y en ese contexto volvieron los hermanos juandedianos.

El 28 de septiembre de 1605, esta vez sí en víspera de San Miguel, el Ayuntamiento aprueba la llegada de *"un hermano de la compañía de Juandedios llamado Enrique Grabelin [...] que no se puede hordenar de misa aunque lo esta de epistola y ebangelio por nueva rregla y constitucion que ay en su horden y compañía y ofrece servir de todo que fuere menester [...] y rregira los pobres enfermos sin que sea necesaria otra persona [ya que procurará sustento para] su persona y de los hermanos que tubiere en su compañía y a los pobres enfermos que oviere con las limosnas que recogieren, y en caso que no alcancen seles acuda a suplirlo de la rrenta del ospital"*.

El Ayuntamiento parece estar encantado con la oferta de Enrique Grabelin y los otros dos hermanos que vienen con él, ya que *"teniendo consideracion a la mucha carga [económica] que tiene el ospital y que de rrecibirlo [a Enrique Grabelin] le rresulta beneficio por escusarle salarios de ospitaleros y gastos y rraziones que se dan a la gente que tiene y a los pobres y los enfermos..."*. Además, al mes siguiente, el hermano Grabelin solicita poder usar las limosnas recogidas para ir a Roma a solicitar licencia para poder consagrar y administrar sacramentos, de tal forma que *"sirbiese en el dicho santo ospital en lugar del capellan"*, lo que para el Ayuntamiento vuelve a convertirse en dinero ya que *"aorrara el salario que se le da al que al presente aya"*<sup>8</sup>.

En lo que se aprecia de estos documentos parece que la razón fundamental que favorece el asentamiento de la Orden en Vitoria es la económica, lo que resulta comprensible desde el abatimiento general que supuso la peste.

La euforia no va a durar mucho. La marcha del hermano Grabelin a Roma, bendecida por el Ayuntamiento ante la perspectiva de ahorrarse también el sueldo del capellán, va a tener pésimas consecuencias. No volveremos a tener noticias suyas y está claro que no llegó a suplantar al capellán del hospital, pues en ese puesto se documenta a Andrés de Arsua ininterrumpidamente entre 1601 y 1640. ¿Acaso no llegó a Roma, o no regresó de ella, o lo hizo a otro destino? La cuestión es que los dos años siguientes sus hermanos debieron atender el hospital con la ausencia de la figura líder. No sabemos si esta circunstancia influyó en la atención prestada, desde luego no hay quejas reflejadas en las actas del municipio y en diciembre de 1607 se renueva al Mayordomo del hospital en aparente normalidad. Y, sorpresivamente, el 9 de enero de 1608 se dice que *"el ospital*

<sup>6</sup> El cálculo lo realizó un coetáneo, el bachiller Martín Pérez de Viñaspre. Enciso Viana E. Un noticiario del siglo XVI. Boletín de la Institución Sancho el Sabio; 1967(11).

<sup>7</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 28 de septiembre de 1605. Fol. 503 r.

<sup>8</sup> A.M.V., AA.MM. Acta del 12 de octubre de 1605. Fol. 508 v.



de Santiago de la plaça desta ciudad estava sin ospitalero que acogiese a los pobres y diese recado a los enfermos...”, volviéndose a contratar al matrimonio hospitalero previo, Juan de Aresti y María de Arcaya.

¿Por qué se marchan? Probablemente la desaparición de Grabelin fuera determinante, llamando la atención que no llegamos a saber en ningún momento el nombre de los otros dos hermanos, muestra quizá de su menor cualificación. En cualquier caso, ha de hacerse notar también que la Orden no fundó ningún hospital en Vitoria, ni llegó a controlarlo completamente. El Ayuntamiento no dejó en ningún momento de nombrar a los mayordomos para supervisar su funcionamiento, admitir o denegar a los acogidos, decidir el uso de las rentas, etc., delegando eso sí el resto de oficios en los hermanos, inclusive, aunque no se consumara, el del capellán<sup>9</sup>. Luego es plausible que la Orden, ante una dificultad de personal en otro hospital que controlaban, prefirieran dejar el de Vitoria antes que el perteneciente a la Orden.

## V. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos no permiten aclarar cuestiones fundamentales sobre la Orden en Vitoria, siendo necesario ampliar la búsqueda documental sobre la Orden en general, y especialmente sobre los hermanos conocidos en Vitoria, en las provincias aledañas. No obstante, sí pueden extraerse varias conclusiones parciales:

- A pesar de la coincidencia en fechas, no parece que en la llegada por primera vez de la Orden a Vitoria influyera el proceso de unificación hospitalaria en esta ciudad. Concentración que terminó en Vitoria por ser más ficticia que real.
- No hay duda de que el Ayuntamiento muestra gran interés para que la Orden se haga cargo del hospital Santiago, siendo éste de índole claramente económico. Y puesto que no se documenta ninguna crítica ni queja hacia los hermanos y su actividad, todo apunta a que en ambas ocasiones la marcha de Vitoria provino de una decisión de la propia Orden y no del Ayuntamiento.
- El interés de la Orden por asentarse en Vitoria parece recíproco al del Ayuntamiento, tanto porque repiten intento de establecerse en Vitoria, como por su deseo de acaparar todos los oficios del Hospital.
- Hay una concordancia de fechas bastante aceptable con la peste como para explicar la solución de continuidad entre los dos grupos de hermanos.
- La desaparición del líder del segundo grupo de los hermanos pudo ser determinante en trunchar un asentamiento más prolongado de la Orden en Vitoria.
- Aunque el Ayuntamiento cede buena parte del control del hospital, se reserva la capacidad supervisora y ejecutiva -especialmente económica-, lo cual pudo dejar al hospital vitoriano en un lugar secundario dentro de las prioridades de la Orden en el norte peninsular y favorecer la marcha de los hermanos de Vitoria.

---

<sup>9</sup> La Orden editaría un “Breve Compendio de Cirugia” en 1683 destinado a la formación de Cirujanos Menores, quién sabe si hasta barberos y cirujanos no los vieron como amenaza.

# DESARROLLO EN CUIDADOS, SOCIEDAD Y MEDICINA: S XV A XVI

## *Development care, society and medicine: S XV XVI*

**Sagrario Gómez Cantarino**

Universidad Castilla la Mancha. (Campus. Toledo)

**Ana M<sup>a</sup> Carrobles García**

Universidad de Castilla la Mancha. (Campus de Talavera de la Reina)

**Minerva Velasco Abellan**

Servicio de Salud de Castilla la Mancha. (SESCAM)

**PALABRAS CLAVE:** Cuidados, sociedad, medicina.

**KEY WORDS:** Care, society, medicine.

**RESUMEN:** El objetivo de este trabajo es analizar avances médicos, universitarios e inventos más destacados de la época, Identificar hospitales de referencia y describir temas como el entorno, las personas destacadas con la salud y los cuidados realizados.

Se llevó a cabo un análisis crítico de fuentes primarias, documentación custodiada en la biblioteca de la universidad de Castilla la Mancha, así como en los fondos de la biblioteca pública de Toledo. Bases de datos en ciencias de la salud: Lilac, Scielo, Medline, google académico.

**ABSTRACT:** The Renaissance is a discovery of nature and man. Its sources lie in the immense curiosity about the world, in the dissemination of scientific works of the ancients, and in the resurrection of the classics.

This period experienced a major change in mental structures of man that brought far-reaching consequences in different spheres of life. They powerfully influenced health, development of science and disciplines who tried it.

Period formalization of university medical studies and regularization of professional practice; universities reached its peak, highlighting the de Alcalá de Henares.

## 1. INTRODUCCIÓN

El Renacimiento científico es un descubrimiento de la naturaleza y del hombre. Sus fuentes radican en la inmensa curiosidad por el mundo, inspirado por el individualismo de la época, en la difusión por la imprenta de las obras científicas de los antiguos y, sobre todo, en la resurrección del punto de vista estético de los clásicos, que provocó la voluntad de salvar la belleza de las concepciones de Pitágoras y Aristóteles<sup>1</sup>.

El Renacimiento consistió en una expansión en diversos órdenes de la vida, alcanzando sus más altas manifestaciones en los años que van desde el año 1490 hasta el 1560. De los cambios que acontecieron, uno de los más importantes fue la huida de lo rural. Se vuelve a la ciudad, a lo urbano.

La enfermería, que hasta entonces era personal religioso católico, va dando paso a la enfermería laica profesional. El descubrimiento de América, trajo consigo importantes cambios tanto alimentarios como étnicos y la aparición de nuevas enfermedades.

En el ámbito socio-económico hay una expansión del comercio basada en el mercantilismo. Se inventó la imprenta.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio histórico descriptivo, analítico y selectivo de contenidos que recoge la información esencial acerca de los avances en salud, cuidados y sociedad en un periodo histórico en los siglos XV y XVI, así como los personajes de mayor relevancia e dichos siglos, y los cuidados prestados en dicho periodo.

La búsqueda fue realizada por Internet (en los portales de ciencias de la salud: PubMed y Cuiden, y en Google académico). Otros artículos fueron pedidos mediante la Biblioteca de la universidad de Castilla la Mancha, así como en los fondos de la biblioteca pública de Toledo y en bases de datos en ciencias de la salud: Lilac, Scielo, Medline, google académico.

## 3. RESULTADOS

La familia de esta época fue patriarcal, la autoridad en el hogar recaía en la figura del padre. El nacimiento y la muerte iban de la mano, eran escasos los matrimonios con más de dos hijos, la mortalidad infantil era muy elevada y las madres morían muy jóvenes.

Las condiciones restrictivas aplicadas a la mujer también se hicieron visibles en lo referente a la muerte del cónyuge. Si moría el marido, la viuda no podía contraer nuevo matrimonio hasta pasado un año para asegurar la verdadera paternidad de los posibles hijos. Debía mantener el llanto, una vida retirada y una honesta conducta durante el luto, bajo pena de perder las arras o bienes del esposo y las mandas testamentarias que le hubiera dejado. Pero en los hombres cuando quedaban viudos se aceptaba completamente una madrastra o nueva mujer.

### AVANCES MÉDICOS DE LA ÉPOCA:

En los inicios de Renacimiento, Galeno es más valorado que en ninguna otra época de la Medicina.

De los grandes sucesos médicos, hay que destacar: la figura quirúrgica Ambrosio Paré, considerado el renovador de la Cirugía gracias a sus descubrimientos. Pasó gran parte de su vida como cirujano militar, asistiendo a soldados de guerra. En la curación de heridas a bala hizo su primer

---

1 Hernández Martín, F, Coordinadora. Historia de la enfermería en España (desde la antigüedad hasta nuestros días). Ed. Síntesis. Madrid 1996. (Págs.123, 124 y 125).

descubrimiento. A este aporte modesto siguió otro de mayor importancia: la aplicación de la ligadura arterial en las amputaciones, entre otras.

La investigación anatómica empieza en Italia en siglos XV y XVI con un importante grupo de anatomistas. Entre ellos hay que destacar: Gabriele Zerbi". Figura importante también es, Alessandro Achillini, describió el conducto colédoco y la válvula ileocecal. Jacobo Barigazzi, más conocido como Berengario de Carpi fue autor de una serie de descubrimientos anatómicos recogidos en su Anatomía Carpi.

Respecto a la anatomía patológica Benivieni hizo más de cien observaciones clínicas, basándose en muchas y muy cuidadosas evaluaciones realizadas postmortem.

La figura más típica del Renacimiento: Leonardo da Vinci. Maestro de la anatomía topográfica, puso las bases de la anatomía científica. La cual refleja en sus ilustraciones y esquemas, le llevan a describir estructuras anatómicas no conocidas hasta el momento.

Andrés Vesalio, uno de los primeros gigantes de la historia de la cirugía y considerado el fundador de la anatomía moderna.

En España, el Protomedicato, fundado por los Reyes Católicos en 1477, era el responsable de la formación y protección de los cirujanos. En la misma época, en Francia se regularon los estudios de los cirujanos barberos (de toga corta) y los cirujanos de toga larga, que dependía de la Facultad de Medicina. La salud es considerada como la estructura mecánicamente completa y la enfermedad, es concebida como la falla estructural o disfuncionamiento<sup>2</sup>.

#### HOSPITALES RENACENTISTAS:

En España fueron hospitales renacentistas de fundación real: el Hospital de Santa Cruz en Toledo, el de los reyes Católicos en Santiago y el Hospital Real de Granada. Durante esta época aparecieron nuevos tipos de hospitales especializados en enfermedades definidas, como los hospitales para enfermos de sífilis, y los que atendían a enfermedades febriles o calenturas. Y también se construyen los primeros hospitales para enfermos mentales. En Florencia destacó el hospital de Santa María Nuova. Llegó a ser un auténtico centro médico de 300 camas. El Ospedale Maggiore de Milán fue el prototipo arquitectónico del hospital renacentista. Notable el hospital de San Francisco de Padua, gran centro de la enseñanza clínica moderna de toda Europa.

A lo largo del siglo XVI comienza una labor de construcción de nuevos hospitales. Más grandes, con un patio central, mayor ventilación, iluminación y generalmente de forma cuadrada.<sup>3</sup>

#### CUIDADOS DE ENFERMERÍA: RELIGION E INSTITUCIONALIZACION

Los hospitales cristianos se convirtieron en depósitos de enfermos, sin higiene y colapsados, que hacían funcionar un conjunto de mujeres laicas sin nivel educativo, que se elegían sin una selección previa y que en muchos casos tenían una pena carcelaria que podían eximir haciendo esa labor.

Los Hermanos Obregones, fundada por Bernardino de Obregón en 1567. Esta Congregación alcanzó una gran difusión cuando Andrés Fernández, publicó en 1625 "Instrucción de enfermeros".

---

2 Blogpsicología [sede Web]\*. Blogpsicología.com; 2009 [acceso 12 de octubre del 2014]. Evolución histórica y contextualización del paradigma Salud-Enfermedad [3]. <http://www.blogpsicologia.com/evolucion-historica-y-contextualizacion-del-paradigma-salud-enfermedad/>

3 González, A. Navarro, M.A. Sánchez. *Los hospitales a través de la historia y el arte*. Editorial: Ars Medica.S.F. Madrid 2004 (Págs. 32-34).

Los sacerdotes fueron delegando poco a poco sus tareas de asistencia a cambio de especializarse en la liturgia de los sacramentos.<sup>4</sup>

La orden de las Hermanas de la Caridad, fue fundada por Vicente de Paul en 1633, un franciscano. Luisa de Marillac fue la cofundadora. Se dedicaron a la asistencia domiciliaria, recogían niños, educaban en las escuelas.

Los Ministros de los Enfermos, fue una orden masculina, fundada por San Camilo de Lelis, que realizaba trabajos en los hospitales. Tenían dedicación a los enfermos tanto de día como de noche, permanencia indefinida en hospitales, prohibición de meterse en los asuntos económicos de los enfermos o exigir retribución.

Respecto a la orden de San Juan de Dios, su creador fue Juan Ciudad, el cual fundo un convento-hospital en Granada, en el que curó a gente que recogía de la calle con ayuda de voluntarios.

La orden de las Hermanas Agustonianas seguía a San Agustín. Estas construyeron una orden de normas muy estrictas y totalmente dedicadas a la enfermería. Realizaban su labor por caridad y sin ningún tipo de formación enfermera.

#### ENFERMEDADES COTIDIANAS Y FRECUENTES

Los cambios que se producen a nivel social, dan lugar a nuevas enfermedades, hacen más frecuentes otras y cambian la apariencia sintomática de casi todas.

Los genoveses por su activo comercio con los puertos del Mar Negro, extendieron la Peste Negra, por el Mediterráneo, que acabó con un tercio de la población Europea.

Al comenzar la edad moderna se empezó a padecer el Tifus. Durante el conflicto del "Sitio de Granada" se desencadenó la epidemia.

Respecto a la Sífilis, comentar que esta, comenzó con gran violencia en el occidente europeo. Se creía que al otro lado del océano este "mal sifilítico" lo habían traído los navegantes que acompañaban a Colón en su viaje a las "Indias". Los sifilíticos que ingresaban en primitivos hospitales eran intervenidos y tratados con mercurio (vía tópica o externa) dadas sus propiedades antisépticas, pero conllevaba deterioro corporal.<sup>5</sup>

#### CUIDADOS LAICOS:

La figura de la Comadrona, en esta época, carecía de conocimientos teóricos o incluso sobre la anatomía reproductora, fisiología y patología, dado que, en general, las mujeres no tenían acceso a educación de ninguna clase<sup>6</sup>. Entre las comadronas que atienden a la clase alta, encontramos a María Oto, matrona de gran renombre su oficio. En España, *La pragmática* de 1448 dice que la matrona debe hacer un examen llevado a cabo por el protomedicato. En 1576 Felipe II firma una disposición que las libera de dicho examen, la cual permanece vigente hasta 1750 momento en el cual se les vuelve a exigir un examen para su ejercicio profesional. A partir del siglo XVI se escriben manuales y tratados para la formación.

Respecto a la figura del médico, podían formarse en las universidades y gracias a las traducciones de libros se pudo rescatar parte del conocimiento medio clásico.

---

4 Fernández de Freitas, G y SILES GONZALEZ, J. Antropología y cuidados en el enfoque de San Juan de Dios. *Index Enferm* [online]. Granada, 2008, vol.17, n.2, (Págs. 144-148). ISSN 1132-1296.

5 Hernández Martín, F, Coordinadora. Historia de la enfermería en España (desde la antigüedad hasta nuestros días). Ed. Síntesis. Madrid 1996. (Págs.130-131)

6 Towler Jean, BJ. Comadronas en la historia y en la sociedad. Ed. Masson, S.A. Barcelona 1997. (Págs. 54, 55).

#### 4. CONCLUSIONES

En la etapa renacentista hay varias culturas que desarrollan la atención a enfermos como el cristianismo a partir de órdenes religiosas, de las cuales algunas siguen hasta nuestros días. Los hospitales renacentistas, además, dejan de parecerse a iglesias para asemejarse cada vez más a palacios.

En el aspecto laico las comadronas eran poco respetadas por la sociedad y solo eran ayudadas en casos extremos por los cirujanos cuya participación, al ser hombres, estaba mal vista. Se llevan a cabo numerosas investigaciones, principalmente en el campo de la anatomía y la cirugía.

Debemos de ver estos siglos de los que hemos hablado con optimismo y esperanza pues ellos sentaron las bases de lo que hoy tenemos y de lo que hoy somos. Permitieron ampliar el conocimiento y mejor aún, acercarlo, dando un atisbo de esperanza para salir de esa oscuridad de lo que veníamos y ver por fin el mundo con los ojos de la verdad.

#### 5. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Hernández Martín, F, Coordinadora. Historia de la enfermería en España (desde la antigüedad hasta nuestros días). Ed. Síntesis. Madrid 1996. (Págs.123, 124 y 125).
- 2.- Blogpsicología [sede Web]\*. Blogpsicología.com; 2009 [acceso 15 de enero del 2015]. Evolución histórica y contextualización del paradigma Salud-Enfermedad [3]. <http://www.blogpsicologia.com/evolucion-historica-y-contextualizacion-del-paradigma-salud-enfermedad/>
- 3.- González, A. Navarro, M.A. Sánchez. *Los hospitales a través de la historia y el arte*. Editorial: Ars Medica.S.F. Madrid 2004 (Págs. 32-34).
- 4.- Fernández de Freitas, G y SILES GONZALEZ, J. Antropología y cuidados en el enfoque de San Juan de Dios. *Index Enferm* [online]. Granada, 2008, vol.17, n.2, (Págs. 144-148). ISSN 1132-1296.
- 5.- Hernández Martín, F, Coordinadora. Historia de la enfermería en España (desde la antigüedad hasta nuestros días). Ed. Síntesis. Madrid 1996. (Págs.130-131).
- 6.- Towler Jean, BJ. Comadronas en la historia y en la sociedad. Ed. Masson, S.A. Barcelona 1997. (Págs. 54, 55).



# PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA. DE LA ANTIGÜEDAD HASTA HOY

## *Role of Nursing in different stages of life. From antiquity until today*

Fernández Gutiérrez, Lidia  
Díaz Vigón, Natalia  
C.S. Las Vegas (Corvera- Asturias)

**PALABRAS CLAVE:** Historia de la enfermería, atención domiciliaria de salud, enfermería de atención primaria.

**KEY WORDS:** History of nursing, home nursing, primary healthcare.

**RESUMEN:** Desde la existencia del ser humano, existe la necesidad de cuidar, hay personas que necesitan de los cuidados de otras para poder sobrevivir, por tanto, la enfermería como disciplina del cuidado es tan antigua como la humanidad (1).

**ABSTRACT:** Since human existence, there is the need to care, there are people who need the care of others to survive, so nursing care is as old as humanity (1).

Sin embargo, no es hasta finales del siglo XIX, principios del XX, cuando se establecieron planes de estudios de Enfermería, que consagraron a ésta como una profesión y una disciplina científica con un cuerpo definido y organizado de conocimientos basados en la evidencia científica (2).

However, not until the late nineteenth, early twentieth centuries, when curricula of Nursing, who dedicated this as a profession and a scientific discipline with a defined and organized body of scientific evidence based knowledge were established (2).

La necesidad de cuidados se genera ya desde el nacimiento y va acompañando a la persona en distintos momentos hasta llegar al final de la vida, momento en el cual los cuidados se extienden también al ámbito familiar.

The need of care is already generated from the moment of birth and is accompanying the person at different times to the end of life, at which care is also extended to the family.



## INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la profesión, las enfermeras han cuidado a la persona en todas las etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte.

Los cuidados se han dispensado en base a los conocimientos de la época y muchas veces de forma intuitiva y sin base científica. Con el paso de los años esta situación ha ido cambiando y las enfermeras han ido modificando los cuidados en base a las experiencias, los conocimientos científicos y las relaciones humanas (3).

En el inicio de la vida, el papel de la enfermera es clave, especialmente el de la enfermera obstétrico-ginecológica o matrona. La palabra matrona tiene su origen en el término romano *obstetrix* derivada del verbo *obstare* que significa "estar al lado" o "delante de" (4). Entre las "Matronas romanas" destaca Fabiola que fundó el primer hospital de Roma en el año 390. A partir del s. XVI se empezó a sentir una preocupación para organizar los cuidados destinados a los partos y se editaron los primeros manuales dirigidos a mujeres (comadronas y parteras) que ejercían esta actividad (5). Actualmente la enfermería obstétrica ginecológica es una rama de la enfermería con unas competencias establecidas que tiene su ámbito de actuación tanto en la atención primaria como en la atención hospitalaria. En España es menos común, pero en países como Reino Unido y países subdesarrollados, es frecuente que el ámbito de la matrona se amplíe al domicilio, atendiendo los partos y brindando los primeros cuidados al recién nacido y a la madre. Tanto la matrona como la enfermera de atención primaria que tiene contacto con la mujer embarazada durante la gestación tienen un papel clave puesto que, dada la importancia que tiene el vínculo afectivo en la especie humana, es preciso fomentarlo desde la concepción del nuevo ser humano. La enfermera de planificación familiar tiene la capacidad de instruir a las futuras madres o a la pareja de los cambios que van a surgir en esta nueva etapa y de la importancia que tiene la relación afectiva con el futuro bebé. También está en manos de estas enfermeras concienciar a los padres y tratar de colaborar en que el entorno sea propicio para la llegada del recién nacido (6).

Continuando con el desarrollo del ser humano, en la niñez también se precisan cuidados que por naturaleza se han ido asociando siempre a la madre, a la mujer nuevamente que era la encargada de brindarle estos cuidados. El papel de la enfermera en esta etapa del desarrollo es fundamental puesto que será la que marque la personalidad del niño en el futuro (7).

La enfermería pediátrica se diferenció como especialidad en España en 1964 gracias al convencimiento de que los cuidados que se precisan en esta etapa son muy diferentes a los que se precisan en la vida adulta (8).

Es la enfermera de atención primaria la que se encarga de los cuidados del niño sano, realizando las revisiones periódicas, la vacunación según el calendario oficial, la educación para la creación de hábitos saludables en alimentación, ejercicio físico, salud bucodental, etc. Además, la enfermera de pediatría de atención primaria enseña autocuidados a niños con patologías crónicas y administra los tratamientos pautados en caso de enfermedad aguda que lo precisen (9). Desde esta consulta de enfermería, se gestionan en muchos casos también los comedores escolares para fomentar una alimentación equilibrada, basando los menús en la estrategia NAOS (10), aconsejando y animando a los encargados de los menús a lograr una dieta saludable. Se llevan a cabo también programas en colegios de salud bucodental, alimentación saludable, prevención de accidentes y primeros auxilios, salud sexual y reproductiva, prevención de hábitos tóxicos, etc. A nivel psicológico y conductual, la enfermera tiene también un papel clave en esta etapa pues puede apoyar a los padres que acuden a la consulta, reforzar sus conductas y hábitos positivos, resolver dudas y ayudar en conflictos conductuales del niño y/o adolescente.

En la actuación con el adolescente, la enfermera puede explicarles los cambios que están experimentando o van a experimentar, resolver las dudas que les surjan y sobre todo facilitarles toda la información que pueda evitar problemas futuros como la información acerca de métodos

anticonceptivos, problemas secundarios al alcohol, las drogas, etc. Es especialmente importante lograr que la sexualidad del adolescente no sea un tabú, por lo que la enfermera puede trabajar la asertividad con el adolescente para que exprese sus dudas y miedos al respecto lo que puede lograr que se eviten problemas y enfermedades futuras (11).

La etapa adulta del ser humano, es una etapa larga y compleja en la que hay diversas necesidades de cuidados tanto en etapas de salud como de enfermedad.

Dentro de la atención al adulto, la enfermera se encarga de educar y controlar la evolución de los pacientes afectados de patologías crónicas, siendo este un rol de la enfermera conocido, pero la enfermería está evolucionando desde el marco tradicional de auxiliar al médico, administrar inyectables y curar hacia un nuevo modelo que coloca a la enfermera como una gestora de cuidados en materia de salud, personalizados y a la vez de ámbito comunitario (12).

En el marco de la atención comunitaria, la enfermera está capacitada para llevar a cabo talleres que ayuden a la población a adaptarse mejor a su enfermedad, a lograr la deshabituación tabáquica, a mejorar sus niveles de tensión arterial, a lograr un mejor control de su glucemia, a manejar su dolor crónico, etc y en ámbitos más concretos de la vida adulta, hay consultas muy específicas que son gestionadas por enfermeras.

La enfermera de atención primaria tiene un cupo concreto de pacientes pero un ámbito muy importante al alcance de sus manos, puede actuar sobre muchas esferas de la vida de sus pacientes y usuarios y puede ayudar a mejorar notablemente la calidad de vida de estos.

La OMS considera que la enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria «ha de contar con conocimientos profundos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos como de las interacciones que se producen entre ellos. Así mismo, ha de conocer la comunidad en la que ofrece servicios, los recursos disponibles, las diferentes maneras de interactuar entre sus miembros, etc.»

El BOE de 17 junio de 2010 se refiere también a la enfermera especialista de familiar y comunitaria, considerándola una profesional capaz de intervenir en órganos de salud pública, puesto que puede identificar elementos en la comunidad que influyen positiva o negativamente la salud. (13)

Además, esta etapa de la vida abarca a la población activa laboralmente, constituyendo la protección de la población trabajadora frente a los problemas de salud, las enfermedades y los daños derivados de su actividad laboral, una de las principales preocupaciones de las organizaciones internacionales relacionadas con el trabajo. Dada la importancia de la salud laboral, se creó en el año 2009 la especialidad de enfermería del trabajo, la cual aborda los estados de salud de los individuos en su relación con el medio laboral, con el objeto de alcanzar el más alto grado de bienestar físico, mental y social de la población trabajadora, teniendo en cuenta las características individuales del trabajador, del puesto de trabajo y del entorno socio-laboral en que éste se desarrolla. (14)

Durante la vejez, se generan necesidades especiales de cuidados que pueden ser gestionados en gran medida por una enfermera adecuadamente cualificada.

La complejidad de los cuidados enfermeros a la persona anciana, tanto en salud como en enfermedad y generalmente la larga duración de los mismos, requieren un nivel de competencia profesional (conocimientos, actitudes y habilidades especializadas) que no son cubiertos en la formación básica y que justifican la especialidad de enfermería geriátrica (15)

El objetivo de la enfermera en este ámbito es proporcionar atención integral a este grupo de población en el conjunto de sus necesidades, en cualquier situación que se encuentren, ya sea en instituciones específicas, en el domicilio o en la atención comunitaria.

Para ello la enfermera se responsabiliza del proceso de cuidados, siendo capaz de garantizar atención individualizada a la persona anciana, utilizando un método sistemático y organizado, va-

lorando sus necesidades, limitaciones, recursos y posibilidades de funcionamiento autónomo, lo que le permite priorizar los problemas y establecer un plan de atención adaptado a la problemática detectada, estableciendo objetivos realistas y alcanzables por el anciano, su familia y los cuidadores. Igualmente, planifica actividades conjuntamente con el anciano y su familia, que le permitan mantener o recuperar el mayor grado de autonomía al que pueda optar, evaluando los resultados de su intervención.

Desarrolla actividades de prevención de la enfermedad o problemas derivados teniendo en cuenta las situaciones de fragilidad en que se encuentran la mayoría de personas mayores, identificando situaciones de riesgo, aconsejando sobre el mantenimiento de la salud, la recuperación de diferentes enfermedades o el seguimiento de tratamientos en situaciones crónicas.(16)

Cuando llega el final de la vida, la enfermera debe prestar sus cuidados a la persona que ve cercana su muerte y a su ámbito personal y familiar. Los cuidados paliativos son dispensados a los enfermos en fase terminal cuando ya no se puede curar y sus metas son el confort y la calidad de vida, siendo el enfermo y no la enfermedad el verdadero protagonista.

La enfermera del equipo de cuidados paliativos a domicilio se encarga junto con el médico del equipo de acompañar al enfermo y su familia en los últimos momentos, brindarle los cuidados precisos para paliar el sufrimiento y evitar aquello que alargue la agonía innecesariamente. La familia y/o el entorno social es cada vez más un pilar importante en el cuidado integral del enfermo, hasta el punto en el que sin su participación activa es difícil alcanzar todos los objetivos.

La asunción de los Cuidados Paliativos conlleva una mayor implicación personal y una formación adecuada y específica no sólo en el área de las técnicas, sino también en áreas como el de las ciencias de la conducta, para conseguir unos cuidados de calidad y evitar el desgaste profesional.

La enfermera de atención primaria debe estar capacitada para brindar su atención a la familia cuando el paciente fallece, es importante apoyar la elaboración del duelo efectivo y detectar precozmente posibles complicaciones (3,17).

## OBJETIVOS

- Describir la labor que realiza la enfermera en los diferentes momentos de la vida de las personas y los ámbitos en los que trabaja desde la antigüedad hasta el momento actual.
- Describir labores y puestos menos conocidos que son ocupados por enfermeras.

## METODOLOGÍA

Revisión sistemática de artículos científicos sin restricción de fecha, revisando abstracts y artículos completos en bases de datos y webs como MedLine, The Cochrane Library Plus, [www.historiaenfermeria.com](http://www.historiaenfermeria.com), [www.portalhiades.com](http://www.portalhiades.com), etc. Se incluyó literatura gris mediante búsqueda manual.

## COMENTARIOS/RESULTADOS

- La enfermería está presente desde el nacimiento hasta la muerte del ser humano.
- Los cuidados son necesarios en cada época vital, siendo atribuidos a la mujer ya desde la prehistoria.
- Actualmente, la enfermera ocupa importantes papeles en diferentes ámbitos y situaciones concretas.

## CONCLUSIONES

El ser humano no sobreviviría sin los cuidados de otra persona, esto es así desde antiguo, cuando las mujeres cuidaban a los niños, ancianos y enfermos.

Los estudios muestran cómo este papel de la mujer cuidadora ha evolucionado hasta la enfermera actual, que ocupa un papel muy importante en la sociedad, acompañando y ayudando a las personas, tanto en la salud como en casos de enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández F, Del Gallego R, Alcaraz S, González JM. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. Cultura de los cuidados. 2º semestre 1997 año 1 nº 2.
2. Donahue P. Historia de la enfermería. 1 ed. Mosby. Madrid;1985.
3. Equipo consultor de cuidados paliativos. Guía de enfermería en cuidados paliativos. Hospital Donostia. [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-sida01/es/contenidos/informacion/hd\\_publicaciones/es\\_hdon/adjuntos/GuiaCuidadosPaliativosC.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-sida01/es/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/GuiaCuidadosPaliativosC.pdf)
4. Asociación Española de Matronas [sede web]. Madrid: La esfera de los libros. 2003. Acceso Diciembre 2014. Disponible en: [http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC\\_REGULACION\\_PROFESIONAL/LAS\\_MATRONAS\\_EN\\_EL\\_MUNDO.pdf](http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/LAS_MATRONAS_EN_EL_MUNDO.pdf)
5. Valls Molins, R. Diseño de programas para la formación ética de los profesionales de enfermería. [Tesis doctoral]. 1ª parte: Evolución de los cuidados y formación en Enfermería. Barcelona; 1993.
6. Amorim JF. The performance of Nursing in the guidance of pregnant: the influences of emotional feelings in the life of mother fetus. R. Pesq: cuid. Fundam. Online acceso 28 diciembre 2014.
7. Baraibar, R. "Enfoques en pediatría, aspectos psicosociales" Oficina del libro.
8. Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. Boletín oficial del estado. Nº157, sec. III, pág. 57252. Martes 29 junio 2010.
9. Antero MªM. La enfermera de pediatría. FAMIPED. Madrid Volumen 6 número tres septiembre 2013. <http://www.famiped.es/volumen-6-no3-septiembre-2013/la-enfermera-escribe/la-enfermera-de-pediatría>.
10. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) y Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Documento de consenso sobre la alimentación en los centros educativos. [http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/ficheros/escolar/DOCUMENTO\\_DE\\_CONSENSO\\_PARA\\_WEB.pdf](http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/ficheros/escolar/DOCUMENTO_DE_CONSENSO_PARA_WEB.pdf)
11. Parra-Jiménez A, Sánchez-Quejía I, Oliva A. Relaciones con padres e iguales durante la adolescencia como predoctoras del ajuste emocional y conductual durante la adolescencia. Vol 20. Nº 2. Apuntes de psicología; 2002.
12. Ruiz O. El nuevo papel de la enfermera. El espacio del usuario, medicina de familia (And) vol. 8 nº 2 febrero 2008.
13. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín oficial del estado, nº157, sec. III, pág. 57217. Martes 29 de Junio de 2010.
14. Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo. Boletín oficial del estado, nº129, sec.III, pág. 44685. Jueves 28 de mayo de 2009.
15. Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica. Boletín oficial del estado, nº288, sec.III, pág. 101978. Lunes 30 de noviembre de 2009.
16. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica [Sede Web]. Gijón: SEGG. 2001. [Acceso 26 de Diciembre de 2014]. Principios que fundamentan la práctica de la enfermera gerontológica. <http://www.seegg.es/index.php/principios>

17. Sanguino;JB, Berrocal ;CG, Fuentes J;G, Zama AM, Ortega JH, Villaverde MM, et al. El duelo: Asignatura pendiente para enfermería.

# LA CAMA DE LA “HABITACIÓN DEL MONJE LOCO” EN LAS ENFERMERÍAS DE LO CONVENTO DE MAFRA (SÉC. XVIII)

## *The bed of the “Crazi monk cell” in the Mafra Convent infirmaries (18th century)*

Óscar Ferreira  
Cristina Baixinho  
Isabel Ferraz

Escuela Superior de Enfermería de Lisboa

**PALABRAS CLAVE:** Órdenes religiosas; Convento de Mafra; Atención al paciente delirante.

**KEY WORDS:** Religious Orders; Convent of Mafra; Delusional patient care.

**RESUMEN:** Este trabajo tiene como objetivos entender un mueble para el tratamiento de hermanos delirantes en el Convento de Mafra. Seguimos el método histórico. Durante el siglo XVIII e XIX, los estados de confusión, a menudo interpretadas como estados de locura / posesión demoníaca, privaban al paciente de la razón. Esos estados afectaban la seguridad de los pacientes.

En la enfermería de lo Convento de Mafra estos pacientes fueron atendidos en su propio espacio mediante una pieza de mobiliario existente en el convento - la cama de retención con dosel.

**ABSTRACT:** This paper aims to understand a piece of furniture for the treatment of delusional brothers in Mafra Convent ward. We follow the historical method. During the eighteenth century, states of confusion, often interpreted as states of madness / demonic possession, depriving the patient of reason, so it is unable to judge himself, judging others and the world. Those states affecting the safety of patients

In the infirmary of the Convent of Mafra these patients were cared for in their own space through an existing piece of furniture in the convent - bed canopy retention.

## INTRODUCCIÓN

Según Azenha<sup>1</sup>, en las civilizaciones antiguas, se creía que las enfermedades que afectan el comportamiento de las personas eran causadas por arte de magia y que ellos habían sido poseídos por espíritus demoníacos. Más tarde, la locura se explica por el cambio de estado de ánimo. El tratamiento se basa en hierbas, laxantes, alucinógenos, en las oraciones, en la persuasión moral, emocional y sangría. Bajo la influencia del catolicismo en el Edad Media se creía que las enfermedades inducidas por cambios de comportamiento fueron el resultado de la posesión del paciente por fuerzas sobrenaturales, generalmente el diablo. Para resolver estos problemas se aplicaron fórmulas mágicas y obligaron a la paciente a ciertos rituales. Según Georgieva<sup>2</sup>, las primeras instituciones europeas para el tratamiento de pacientes con cambios de comportamiento aparecieron en el siglo XIII, más con el fin de proteger a la sociedad que el de tratar a estas personas. En este sentido, las personas con comportamiento agresivo fueron encadenadas a las paredes y camas<sup>3</sup>. Esta práctica continuó hasta el final del siglo XVIII, cuando Philippe Pinel<sup>4</sup>, basado en la práctica clínica, publicó un tratado sobre la locura que contenía los principios de un nuevo y más práctico nosología de los trastornos maníacos.

Casi cien años antes, a principios del siglo XVIII, concretamente en 1717, el rey D. João V había erigido el Palacio Real de Mafra, que formaba parte de un convento desde 1730 ocupado por frailes. En primer lugar los Franciscanos (1730-1771), después los Agustinos (1771-1791), que fueron reemplazados por los franciscanos hasta la extinción de las órdenes religiosas por los liberales en 1834<sup>5</sup>.

La comunidad conventual viviendo en Mafra auto-sostenerse a sí mismo. Cuidó incluyendo, como era costumbre en la época, de los hermanos que habían enfermado<sup>6</sup>. La atención al paciente se realizaba en la enfermería conventual<sup>5</sup>, donde, entre otros objetos hemos identificado la existencia de una cama con dosel de contención, conocida como la "cama del monje loco". El propósito de este trabajo es comprender este objeto de mobiliario y su función.

## METODOLOGÍA

El mobiliario puede ser visto como un testimonio histórico que refleja la vida cotidiana de una época<sup>7</sup>. Esta materialidad se vuelve importante mientras que la memoria, el documento de la historia del desarrollo de las sociedades y la praxis en el caso de los cuidados de enfermería.

Según Rusen<sup>8</sup> el primer paso para comprender el pasado es la heurística. Como método que cuestiona las fuentes permite construcciones narrativas que una vez objeto de la crítica y de la interpretación – hermenéutica se conviertan en historia.

Para este estudio se toma como fuentes: la hoja descriptiva de la cama con dosel, también llamado cama de retener, existente en Palacio Nacional de Mafra – hoja de inventario PNM 3222<sup>9</sup>, y fotos de la dita cama<sup>10</sup>.

## RESULTADOS

El objeto de estudio, que data del siglo XVIII, es parte del patrimonio mueble del Instituto de Museos y Conservación de Portugal con el número de inventario: PNM 3222<sup>9</sup>. Conocido como cama con dosel y "cama de dosel de contención". Pertenece al Palacio Nacional de Mafra y se encuentra en la categoría de muebles; súper categoría arte.

Esta cama construida de vinhático<sup>1</sup> tiene como dimensiones 126 cm de ancho por 192cm de

---

1 El vinhático es un árbol cuya madera de alto valor es muy similar a la caoba con una calidad excepcio-

largo y 269cm de altura. Ella presenta mamparos con bisagras en cuatro partes<sup>9</sup>. Tiene columnas y pies tornados con arandelas de metal (latón). Están en falta algunos remates de las columnas, ciertos herrajes metálicos y la plataforma de la cama.

En la década de 1950 la cama estaba en exhibición en la Sala N° 73. En la actualidad se puede visitar en la celda 5 de la Enfermería<sup>9</sup>.

## DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El dosel es un marco ornamental en la parte superior de los muebles, incluyendo camas. Según Castelnou<sup>12</sup>, camas con dosel surgieron en la Edad Media para separarlos del resto del entorno. Ese parece ser el propósito de la cama de este estudio, o que la diferencia de las otras camas existentes en exhibición en la enfermería del Convento de Mafra las cuales carecían de esta función. Los mamparos de madera y las cortinas de calicó<sup>2</sup> que probablemente colgaban del dosel<sup>9</sup>, además de la protección visual y física, del paciente con un comportamiento anormal, de los otros pacientes y de las personas que trabajan en la enfermería permiten ciertamente garantizar su seguridad y la de los demás, evitando la auto-mutilación y la agresión de los cuidadores. Por otra mano se podrá evitar contacto con el frío y la humedad. Durante el período en que estaba de moda el estilo gótico (siglo XII a XV), y con esa finalidad las camas eran siempre con dosel en madera y siguiendo las cabezales y los pies de las camas. Esta moda duró el siglo XVI (Renacimiento); XVII y XVIII (estilo francés – Luises). En este último período, y mientras que el estilo predominante de Louis XIV (1660-1715), el dosel con cortinas hermosas y delgadas ha prevalecido. En esa época era costumbre recibir visitas en las alcobas.

Cuando fue sustituido por el estilo Luis XV (1710-1774), las camas con dosel, donde las cortinas se cayeron, vinieron a ser apoyados por columnas de madera que salen de los cuatro extremos de la cama. Las cortinas cerradas formaron una cortina que oculta el interior del cama<sup>12</sup>.



Figura 1 – Cama de contención con dosel<sup>9</sup>.

---

nal. Cuando existía en abundancia fue utilizado en la fabricación de muebles de alto valor y gran longevidad que aparecen hoy como antigüedades. Esta madera del siglo XVIII fue exportado a Inglaterra bajo el nombre Caoba de la isla de Madeira donde, al igual que las Azores, había extensos bosques de esta especie<sup>11</sup>.

2 El calicó era un paño de algodón ligero originario de la India, pintado o impreso, que en el siglo XVIII fue muy apreciado<sup>13</sup>.



## CONCLUSIÓN

Este mueble con forma de caja con mamparas batientes y coronada por un dosel fue utilizado en las salas de la enfermería de lo Convento de Mafra para cuidar a los pacientes confusos y agitados - pronto diagnosticados como dementes. Teniendo en cuenta sus características y luego a tener conocimiento que D. João V, desde Lisboa, mantuvo una intensa correspondencia con sus embajadores europeos, entre ellos lo de Francia, Italia y Alemanha<sup>14</sup>, nos lleva a pensar que esta cama fue una adaptación de la cama estilo Luis XV. Resultado de los gustos imperantes en el siglo XVIII, la cama estudiada permite la contención y mantener la comodidad y la seguridad tanto de los clérigos enfermos que la usaron, como los monjes que cuidaban de ellos.

## FUENTES Y REFERENCIAS

1. Azenha, SS. O internamento compulsivo e a representação da doença mental - percurso histórico. *Arquivos de Medicina* 2014; 28(2): 54-60.
2. Georgieva, I. Coercive interventions during inpatient psychiatric care. Roterdão. Tese [Doutoramento] – Erasmus Universiteit Rotter; 2012.
3. Guimarães, AN. A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial: História contada por profissionais de enfermagem. Curitiba. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná; 2011.
4. Pinel, P. A treatise on insanity. Sheffield: W. Todd; 1806.
5. Carvalho, AA. A antiga botica do Convento de Mafra e o material atualmente existente. Mafra: Coimbra Editora Lda.; 1948.
6. Figueiredo, AP. *Os conventos franciscanos da Real Província da Conceição : análise histórica, tipológica, artística e iconográfica*. Lisboa. Tese [Doutoramento, História (Arte, Património e Restauro)] – Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa; 2008.
7. Gil, EA. O banco público - significado e importância deste equipamento no espaço público. Lisboa. Dissertação [Mestrado em Design e Equipamento] – Faculdade de Belas Artes da Universidade de Lisboa; 2011.
8. Rusen, J. *Reconstrução do passado. Teoria da História II: Os princípios da pesquisa histórica*. Brasília: Editora UnB; 2007.
9. Instituto dos Museus e da Conservação. Património Móvel; Inv.:Palácio Nacional de Mafra 3222; 2014.
10. Arquivo dos autores: fotos da Cama de dossel de contensão; novembro 2014.
11. Silva, M.. Folhosas diversas. *Folha Viva* 2005; VIII(30): 3-12.
12. Castelnou, AM. *Estilos históricos da decoração e mobiliário*. Londrina: UNOPAR - Universidade Norte do Paraná; 1999.
13. Lourenço, JH. *A indústria na vila de Alenquer: 1565-1931*. Lisboa. Tese [Mestrado em História Regional e Local] – Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa; (2010).
14. Pedroso, AL. *Metodologias de análise visual baseadas na tecnologia de Realidade Virtual: Jardim do Cerco, Mafra, Portugal*. Lisboa. Dissertação [Mestrado Integrado em Arquitetura]: Instituto Superior Técnico; 2011.

# MADRASAT AL KABILAT. LA ESCUELA DE HAKIMAS DE MEHMET ALÍ Y CLOT BEY

## *Madrasat al Kabilat. Hakimas of Mehmet Ali and Clot Bey School*

Pozuelo Reina, A.

Dusuky, A.

Hospital General Universitario de Ciudad Real (España)

**PALABRAS CLAVE:** Reforma sanitaria de Clot-Bey, 1ª Escuela de Enfermería de Abu Zabel.

**KEY WORDS:** Clot-Bey's sanitary reform, 1<sup>st</sup> Nursing School at Abu Zabel.

**RESUMEN:** Clot-Bey estableció la Escuela de Hakimas de El Cairo en 1832. Planteamos una revisión histórica comparando proyectos similares en Europa: "aprendices" en Gotinga (1750), "cursos itinerantes" de DuCudray (1759-83), Escuela de Sage-femmes (1803) en Francia. Analizando los escritos de Clot-Bey, los informes "secretos" de Browing y trabajos actuales de Sonbol, Fahmy y Abu Lugod.

Seis años de formación teórico-práctica de profesionales para una mejor asistencia sanitaria: vacunaciones, natalidad, control de mortalidad y endemias, salud pública, cirugía menor, curación de heridas, farmacología... El proyecto gubernamental de Abu-Zabel favoreció la creación de la 1ª escuela de enfermería del mundo.

**ABSTRACT:** In 1832 Clot-Bey proposed the establishment of School of midwives in Cairo. We propose a historical review comparing similar projects in Europe: "apprentices" in Göttingen (1750), "itinerant courses" of Madame Du Cudray (1759-1783), School of Sage-femmes (1803) in France. Analyzing the writings of Clot-Bey, "Secrets" Browing reports and current work Sonbol, Fahmy and Abu Lugod.

Six years of theoretical and practical training of professionals for better healthcare: vaccinations, birth control mortality and endemic diseases, public health, minor surgery, wound healing, pharmacology ... The government project for Abu-Zabel favored the creation of the 1st nursing school in the world.

## INTRODUCCIÓN.

Alrededor de 1830 se vio la necesidad de atajar la morbilidad y la mortalidad de la población femenina e infantil en Egipto, era menester la formación académica de las parteras, las dayas. No bastaba la experiencia en los partos sin una preparación previa, no era suficiente la lectura de tratados de obstetricia y anatomía, como años atrás se hacía en Occidente; examinarse ante un tribunal y así obtener licencia para actuar de parteras.

Clot Bey y sus colaboradores, en el Egipto de Mehmet Alí, en torno a 1830-1832, propusieron una formación académica superior, durante 6 años; una enseñanza programada, regida por la disciplina militar y por un currículum académico y exigencias profesionales acordes a los tiempos y a los intereses políticos, sociales y económicos del Estado.

La Escuela de Medicina de Abu Zabel fue puesta en marcha por Clot Bey, bajo el patrocinio del virrey, su finalidad era proporcionar un cuerpo médico para el ejército. Además del éxito que tuvo en la lucha contra las epidemias de los años 30, estos cuerpos sanitarios consolidaron una infraestructura y una asistencia sanitaria en todo el país. El gobierno de Mehmet Alí puso las herramientas necesarias para el progreso del pueblo egipcio.

Tras el proyecto de Abu Zabel se organizó la escuela de enfermeras y matronas, la escuela de Hakimas. Pionera en el mundo como institución estatal, reglada, con formación teórica y práctica, y un programa educativo asociado a la modernización de la medicina. Una medicina de experimentación, y no solo de aprendizaje. Así pues, las dos escuelas contaban con apoyo del virrey Alí y la aceptación de la sociedad (aunque también con alguna que otra oposición al proyecto).

En el siglo XVIII y comienzos del XIX se fueron fijando las bases de una educación teórica y práctica programada. Los cambios de mentalidad desde el siglo XVIII modificaron los fundamentos de las profesiones sanitarias. Se requería el conocimiento de la anatomía, se equiparó la cirugía y la medicina, son hechos de esa necesidad de regulación legal. Se fueron creando escuelas en las que se adquirirían conocimientos teóricos y prácticos sobre la obstetricia; vinculados a la enseñanza superior de la medicina para hombres. Y en casos puntuales, las escuelas se fueron abriendo tímidamente a la educación sanitaria para las mujeres: la Maternidad de Estrasburgo (Francia), en 1730; Gotinga (Alemania), en 1750; Florencia, en 1761 y Roma (Italia), en 1776; mayoritariamente encaminados al aprendizaje clínico de los estudiantes hombres y, en menor, medida a las mujeres.

## DE LA EXPERIENCIA EN PARTOS A LA FORMACIÓN ENFERMERA.

Con pocos recursos, medios y menos formación, los cuidados a los enfermos eran atendidos por las órdenes religiosas y, en el mundo islámico, por el quehacer doméstico de las mujeres. En poco tiempo, a raíz del cambio de mentalidad, se fue corrigiendo el abandono académico que existía en la obstetricia. La demanda de educación para los cuidados y actividades de la enfermería obligó a diseñar una enfermería más profesionalizada. Eliminar las prácticas oscurantistas y supersticiosas para dar una atención sanitaria desde instituciones estatales. Exponemos tres proyectos que iniciaron la formación académica de las mujeres en Europa, por la influencia que tendrían en la Escuela de Hakimas de Abu Zabel: las "aprendices" de Gotinga; los "cursos itinerantes" de Mme. Du Cudray; y la Escuela de sage-femmes de Baudelocque y Mme. Lachapelle.

## GOTINGA Y LAS MUJERES "APRENDICES", 1750.

Las características de la educación sanitaria de Gotinga (Alemania) en 1750 fue un pequeño avance en la formación de mujeres para la atención a la salud. Sorprende la denominación "aprendices", pero en este término hay un leve progreso. La enseñanza estaba orientada a los hombres<sup>(1)</sup>.

La duración de los cursos para las mujeres era de tres meses y asistían como oyentes a las clases. Reseñamos que, en el pasado, la formación de estas profesionales se hacía con pequeños

textos tipo “cartillas”, también llamadas “catecismos”, textos, según autores de la época, “apropiados para enseñar a gente vulgar”<sup>(1)</sup>. No obstante, se puede apuntar que ya se comenzaba a teorizar y practicar actos de cuidados de enfermeras: aplicación de lavativas, inserción de catéteres, hacer sangrías y colocar vendajes”<sup>(1)</sup>.

### EL MANIQUÍ OBSTÉTRICO DE MME. DU CUDRAY, 1759-1783.

Angelique Le Boursier Du Cudray, sage-femme (mujer sabia) del Hôtel Dieu de París <sup>(2)</sup>, diseñó un programa de cursos “itinerantes” por Francia, con el patrocinio del rey Luis XV (Brevet de 1767) y apoyo financiero del rey y las autoridades locales. La idea fundamental era la formación de las comadronas en las zonas rurales. La necesidad de una preparación teórica para ejercer con garantías la asistencia a los partos. La docencia era complicada para personas que no sabían leer ni escribir. La imagen era fundamental, por ese motivo utilizó en sus cursos une machine ou un fantôme obstétrique... une sorte de mannequin...<sup>(3)</sup>. Eran cursos itinerantes, elementales y rápidos con una duración de dos o tres meses, tras los que se obtenía un certifiçal d’aptitude à la profession d’accoucheuse; evitando el intrusismo, la mala praxis y la destruction des enfants et des meres<sup>(3)</sup>.

### LAS “SAGE-FEMMES” (MUJERES-SABIAS) Y LAS “GARDE-MALADES” (ENFERMERAS) DE BAUDELLOCQUE Y MME. LACHAPELLE, 1803.

Otra manera de mejorar la formación de las profesionales fue la lectura de libros de texto. Desde 1775, (con anterioridad también existieron manuales importantes), la educación de las mujeres sanitarias se intentó con estos textos. Pero, en Francia hubo un importante tropiezo para la enseñanza de la enfermería en las congregaciones religiosas durante el periodo napoleónico: The religious congregations regularly resisted the calls for formal courses and training for their nurses...<sup>(4)</sup>. Para las órdenes religiosas los hospitales “estaban hundidos en el caos” por la Revolución y no compartían la idea de crear un “cuerpo nacional de enfermería” <sup>(4)</sup>.

Desde 1802, la École de Baudelocque consiguió una mejora en la formación de las sage-femmes con estudios teóricos en las facultades y prácticas en los hospitales, sin maniqués, con parturientas<sup>(3)</sup>. Se necesitaba la formación de matronas y de enfermeras para una estrecha colaboración con el estamento médico, “observando a los pacientes e identificando los signos de las enfermedades” <sup>(4)</sup>, para la mejor asistencia y un beneficio social incuestionable.

Los cursos dirigidos por Mme. Lachapelle, tenían una duración de seis meses, que se amplió a un año. El programa incluía asignaturas de obstetricia, anatomía, sangrado y vacunas, botánica aplicada a la farmacología y gramática. En la parte práctica la observación preparto, in parto y post parto, el legado de Mme. Du Cudray, el registro de nacimientos y la evolución de las parturientas. A lo largo del siglo se crearon en Francia 57 escuelas provinciales.

### EL SIGLO XIX. UN SIGLO CONVULSO, RICO EN ACONTECIMIENTOS. LA ESCUELA DE HAKIMAS.

La situación convulsa y turbulenta con los abruptos cambios de los sistemas reinantes, la aparición de los movimientos liberales, las guerras o anexión de territorios, generaron inquietud, incertidumbres y deseos de superación en muchas facetas de la vida. Y “el siglo XIX (será) cuando se comience a regular la situación académica de las matronas, con los nuevos sistemas de asistencia médica y los cambios educativos y laborales protagonizados por las mujeres...” <sup>(5)</sup>.

Las grandes reformas que llevó a cabo Mehmet Alí en Egipto favorecieron el reclutamiento y buena acogida de los médicos occidentales. La protección y el status, además de proporcionarles todos los medios materiales y humanos de los que les rodeaba, hicieron atractiva a estos profesionales la idea de acudir a practicar y enseñar su arte y su ciencia.

Clot Bey observó la despoblación de la región y su repercusión sobre los recursos. Allí realizó ingentes campañas militares para ampliar su virreinato, industrializó y aumentó la productividad agrícola, la extensión de las obras públicas y modernizó el territorio. La piedra angular de los cambios y reformas residía, al inicio, en la promoción de la salud del personal militar, haciéndola después extensiva a la población en general. Clot Bey consiguió que se le diera una notable importancia a la salud materno-infantil, siendo atendidos y cuidados por personal femenino. Para lo cual se desarrolló un amplio programa educativo desde la cúpula del gobierno del virreinato.

Clot Bey adoptó para la enseñanza de la medicina el modelo francés, no olvidemos la enorme influencia francesa sobre Egipto a partir de las campañas napoleónicas. El informe de Browning al gobierno británico expresaba: "Ningún país ha contribuido tanto a la civilización y la mejora de Egipto como el francés... las escuelas de medicina y las ciencias médicas generalmente están profundamente en deuda con el doctor Clot Bey"<sup>(6)</sup>.

Tras el notable éxito en la creación de la Escuela de Medicina, y acogiendo a la tradición gala de la regulación oficial en la instrucción de matronas, desarrollado con el espíritu de la Revolución francesa, consiguió obtener permiso para crear la Escuela de Matronas-enfermeras. "In 1832 Clot Bey proposed and obtained the establishment of a school for midwives..."<sup>(6)</sup>. El virrey Alí aprobó la organización de la Escuela de Hakimas junto a la de Medicina; la patrocinó para que mujeres fueran sanitarias del ejército. Clot Bey enfocó su interés en la situación femenina en Egipto y, ante la ignorancia y superstición en la asistencia a los partos, propuso la creación de dicho centro.

Esta Escuela fue la primera institución gubernamental para la educación en enfermería de la mujer en Oriente Medio y, tal vez, también del mundo. Fue un paso decisivo para enlazar a la mujer en la vida pública de forma oficial, en una sociedad "recelosa", que cuidaba su intimidad del exterior. La escuela fue un lugar ideal para las chicas huérfanas, en particular para las hijas de los soldados muertos, que estaban bajo la tutela del Estado<sup>(7)</sup>. Se contrató a expertas francesas para la dirección y la enseñanza de la atención sanitaria y los partos. La docencia inicial fue dirigida por un reducido equipo bajo la administración de una experimentada matrona de la maternidad de París, un médico árabe y un ulema, que instruía a las alumnas en los principios religiosos, la literatura y escritura árabes<sup>(6,8)</sup>. Una de las matronas más reconocidas fue Suzanne Voilquin, que se ocupó de la dirección y formación hasta 1836. Fue sucedida por Palmire Gault, también de la Maternidad en París<sup>(7,9,10)</sup>.

La nueva escuela estaba fundada para instruir chicas jóvenes como enfermeras; oficialmente "Madrasat al-Kabibat", es decir, Escuela de matronas, pero se adoptó el nombre de "Hakima" (enfermera), y denotaba un proceso de aprendizaje y estudio importante, en lugar del término más popular de "Dayas", bien conocido para el pueblo llano, y que se relacionaba con mujeres que asisten a las parturientas, sin preparación, ignorantes de atención sanitaria y con una gran carga de superstición. La hakima era una profesional altamente preparada para las funciones sanitarias que Mehmet Alí quería para sus ejércitos y para su pueblo, en un rango similar al que tenían los hombres en la escuela de medicina<sup>(7)</sup>.

"Las diplomadas de la Escuela no estaban destinadas... a ser solamente enfermeras o matronas; sus responsabilidades eran... el examen de las mujeres y la realización de la mayor parte de las funciones que las mujeres egipcias no permitirían realizar a los médicos (hombres)... a estas estudiantes se les enseñaban técnicas de parto, cuidados de higiene para las mujeres embarazadas y las madres de los recién nacidos... medios para tratamiento de enfermedades, principios de la cirugía elemental, vacunación, flebotomías y preparación de medicamentos esenciales..."<sup>(7)</sup>.

La creación de estas profesionales no estuvo exento de obstáculos: reticencia de las mujeres a participar en actividades sanitarias, los padres no querían para sus hijas tal formación. El problema fue encontrar candidatas para recibir entrenamiento por personal médico masculino. Institucionalmente no se deseaba fracasar en el proyecto ni tener en contra la moral pública existente; se

pretendía que fueran aceptadas por el pueblo, por los ulemas y las autoridades locales. El proceso de creación de la escuela fue muy laborioso para no caer en el desprestigio social y ser aceptado por todas las capas de la sociedad, pues entre sus objetivos estaba un buen fin social.

### EL PROGRAMA EDUCATIVO DE LAS HAKIMAS. PREPARACIÓN ACADÉMICA.

La escuela de Hakimas comenzó con 8 jóvenes de origen sudanés y abisinio, bajo la tutela de un Jeque/Imán de Al-Azhar (Escuela de Estudios Superiores) para la enseñanza de lectura y escritura en árabe. En dos años las alumnas adquirieron una excelente habilidad de la lengua, la cura de heridas, utilización de técnicas de flebotomía y vacunación, además del estudio teórico de los manuales básicos de obstetricia. El curriculum académico, de seis años, incluía conocimiento de ciencia teórica y prácticas en un hospital adyacente a la residencia de estudiantes <sup>(6)</sup>.

El programa educativo comenzaría con dos años de alfabetismo. Los cuatro cursos restantes versaban sobre la teoría y práctica obstétrica, higiene materno-infantil pre y postnatal, técnicas de vendaje de heridas, tratamiento de tumores inflamatorios, técnicas de cauterización, cura de heridas, técnicas de vacunación, realización de sangrías y aplicación de sanguijuelas, preparación de los medicamentos prescritos. Las alumnas sobresalientes de los cursos superiores supervisaban a las alumnas que iniciaban el curso con los mismos procedimientos ideados en la escuela de medicina de Abu-Zabel, es decir, repetir y explicar las clases, además de fijar conceptos de cada materia.

Las estudiantes de Hakimas tenían una pensión completa (residencia, alimentación y ropa), recibían durante un salario mensual, que ascendía en los cursos superiores. Las estudiantes notables llegaban a ayudantes de instructor y recibían más salario, obtenían una licencia oficial para vacunar, atender partos y tratar a mujeres y a niños a expensas del Estado. Como funcionarias del ejército recibían el rango de segundo teniente, el título de Effendi y mayor salario. La Escuela de Hakimas, bajo jurisdicción del Ministerio de Guerra, estaba sujeta al reglamento militar. Pero, había especiales concesiones para el grupo de sanitarios-castrenses, y otros útiles militares o ajenos al ejército<sup>(6)</sup>. Nada se dejaba al azar, era un asunto de Estado que incluía, en muchas ocasiones, un control estricto de la vida de estas profesionales. Las que suspendían eran retiradas de la escuela y trabajaban como ayudantes en centros clínicos realizando los trabajos más onerosos y de menor prestigio<sup>(6)</sup>.

Con el paso del tiempo se hizo evidente que las estudiantes estaban aprendiendo una profesión valiosa y la idea se volvió más aceptable socialmente. En 1840 la Escuela tenía más de 100 estudiantes. De acuerdo a un plan de Clot Bey y el gobierno, 20 estudiantes procedían de El Cairo y cuatro por cada provincia del país, regresando a sus lugares después de graduarse<sup>(6,7,8)</sup>.

### RESULTADOS. LA ACEPTACIÓN SOCIAL DE LAS HAKIMAS.

En la Escuela se llegaron a licenciar, hasta 1847, más de 60 hakimas. Una de las graduadas, Tamurhan, fue profesora asistente y promocionada a primer teniente, publicó un libro titulado Guía de la práctica correcta de las maniobras de obstetricia y artículos científicos en la revista Alyasub, (La abeja reina de la medicina).

Se consiguió una importante aceptación de las Hakimas, se reconoció su papel para el bien social de la comunidad, en El Cairo se vacunaron unos 61.000 niños contra la viruela, entre abril de 1837 y julio de 1840. Entre las tareas profesionales que desarrollaban las hakimas se encuentran las siguientes: a) eran encargadas del examen físico de las mujeres en los centros de cuarentena de peregrinos en los principales puertos del país: Dametta, Rosetta, Suez y Alejandría; b) tratamiento de las mujeres ingresadas en el hospital general de la Marina de Alejandría; c) encargadas del diagnóstico de muerte de mujeres y del registro de las estadísticas; d) el registro de los nacimientos y registro de la mortalidad. El control de estos registros dio lugar a la obtención de datos para

identificar los problemas endémicos de salud y planificar programas de medicina preventiva; e) atenciones propias del cuidado de los enfermos en general.

## CONCLUSIONES.

- Egipto entró en la edad contemporánea con “un déspota ilustrado”, Mehmet Alí, que modernizó el país sin colaborar con la burguesía, apenas existía esta clase social. Fueron múltiples las reformas llevadas a cabo en la industria, la agricultura, las obras públicas, la administración, el ejército y la sanidad. La Escuela de Hakimas produjo un importante impacto social, la condición femenina cambió notablemente. La mejora en la asistencia sanitaria influyó en la tendencia demográfica (menos muertes durante los partos, tanto de madres como de recién nacidos).
- Se trata de la Primera Escuela de Enfermería-Matronas, con un programa académico novedoso y reglamentado no solo en el mundo musulmán sino posiblemente de todo el mundo, antes del revolucionario sistema de Nightingale. Una escuela fuerte, bajo el patrocinio del Estado, que ha sobrevivido hasta la actualidad. Era una demanda social, pues el médico hombre (hakim) no podía atender a las mujeres, incluso tampoco atendían a los niños.

## BIBLIOGRAFÍA.

1. Schlumbohm J. The Practice of Practical Education: Male Students and Female Apprentices in the Lying-in Hospital of Göttingen University, 1792-1815. *Medical History*. 2007; 51(1):3-36.
2. Morel MF. Histoire de la naissance en France (XVII<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup>). *adsp*. 2007; 61-62:22-28.
3. Debal-Morche A. Des cours de formation á l'accouchement au 18<sup>e</sup> siècle. *Archivos de Indre-et-Loire*, (serie C 354 a C 356).
4. Hickey D. To Improve the Training of Nurses in France: the Manuals Published as Teaching Aids, 1775-1895. *CBMH/BCHM*. 2010; 27(1):163-184.
5. [www.aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS\\_AESMATRONAS/03\\_HISTORIA/03\\_MATRONA\\_SABER\\_POPULAR.pdf](http://www.aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS_AESMATRONAS/03_HISTORIA/03_MATRONA_SABER_POPULAR.pdf). Plata Quintanilla, RM. La matrona: del saber popular al conocimiento científico. IX Congreso Nacional de Matronas. (consultado 24-2-2014).
6. Bowring J. Report Egypt and Candia. Clowes and Sons. Stamford Street. London. 1840.
7. Sonbol AA. The Creation of a Medical Profession in Egypt, 1800-1922. Syracuse University Press. Syracuse. 1991.
8. Clot Bey AB. Aperçu générale sur l'Égypte. Fortin, Masson et cie. París. 1840.
9. Abu-Lughod L. Feminismo y modernidad en Oriente Próximo. Ed. Cátedra. Valencia. 2002.
10. Abudigeiri H. Gender and the Making of Modern Medicine in Colonial Egypt. MPG Books Groups. London. 2010.

**PARTICULARIDADES ARQUITECTÓNICAS DE  
LAS ENFERMERÍAS DEL CONVENTO DE MAFRA:  
PREOCUPACIONES PORTUGUESAS EN EL SIGLO XVIII**

*Architectural peculiarities of the infirmaries of Mafra Convent:  
Portuguese Concerns in the eighteenth century*

Helga Rafael, Óscar Ferreira, Cristina Baixinho  
Escuela Superior de Enfermería de Lisboa

**PALABRAS CLAVE:** Historia de la enfermería, Convento de Mafra; Especificaciones arquitectónicas

**RESUMEN:** Este trabajo tiene como objetivos describir la estructura de las enfermerías del Convento de Mafra y relacionar la estructura de las mismas con el cuidado de los enfermos. Siguiendo el método histórico, fue utilizada la hermenéutica y la heurística. El Convento de Mafra fue construido en 1717 por el rey Juan V. Integra tres enfermerías que sirvieron a la comunidad religiosa del palacio. La arquitectura de las enfermerías facilitaba la vigilancia de enfermos, la iluminación, higiene, ventilación y calentamiento del espacio. Simplificó la evacuación de los muertos y la eliminación de residuos. La estructura arquitectónica de enfermerías permitía prevenir las áreas de atención en instituciones bajo la dirección de las órdenes religiosas en el siglo XVIII.

**KEY WORDS:** History of nursing, Convent of Mafra; architectural specificities

**ABSTRACT:** This paper aims to describe the structure of Mafra Convent infirmaries and to relate the structure of infirmaries with care. We follow the historical method, using hermeneutics and heuristics. Mafra Convent was built in 1717 by King John V. It integrates three wards, which served the religious community of the palace. The architecture of the infirmaries also facilitated the patient surveillance and the lighting, hygiene, ventilation and warming of the space. Simplifies the evacuation of the dead and the elimination of waste. The architectural structure of Mafra Convent infirmaries allows to foresee the areas of care in institutions under the direction of religious orders in the eighteenth century.



## INTRODUCCIÓN

El Palacio Real de Mafra fue construido por el rey João V en 1717, en cumplimiento de una promesa al tener un hijo de su matrimonio con María Ana de Austria - la infanta Maria Barbara. Actualmente, es el monumento barroco más importante de Portugal. Fue concebido inicialmente como un convento para albergar a 13 frailes, pero el proyecto ha sido objeto de varios cambios a lo largo de los años. La obra terminó en un edificio con 40.000 m<sup>2</sup> que incluye el Palacio Real, la Basílica y un convento para 300 frailes. El convento fue ocupado en 1730 por la orden franciscana y más tarde, en 1771, por la orden agustiniana. Los canónigos Regrantes de San Agustín permanecen allí hasta 1834, por ocasión de la extinción de las órdenes religiosas en Portugal (1).

El orfebre y arquitecto responsable del proyecto fue Johann Friedrich Ludwig, nacido en Alemania, que a los 24 años emigró a Roma, donde se convirtió al catolicismo y se ganó la confianza de los jesuitas. Él llegó a Portugal en 1700 (27 años), contratado por los jesuitas, para trabajar en el santuario de San Antão, y otros implementos de iglesias de la misma Orden. Fue a trabajar para la Casa Real y se hizo cargo de la obra del Palacio Real de Mafra. Posteriormente fue sustituido, en 1730, por su hijo John Peter Ludwig, también arquitecto.

Suponiendo que "la arquitectura hospitalaria es un instrumento de curación de la misma categoría que una dieta, un sangrado o un gesto médico"(2), importa describir la estructura de las enfermerías del Convento de Mafra y relacionar la estructura de las enfermerías con el cuidado de los Enfermeros de la época.

## METODOLOGÍA

Es innegable que la comprensión histórica de la asistencia a los enfermos es esencial para conocer y hacer valer la enfermería como disciplina y profesión. La investigación histórica es un proceso cognitivo en que los datos de las fuentes modifican perspectivas del pasado humano (3). Según este autor, el primer paso de este método es la *heurística*, en otras palabras, la fase de cuestionar las fuentes. Cuestionadas las fuentes, se abre la posibilidad de complementar construcciones narrativas históricas existentes.

La siguiente, es la etapa de la *crítica histórica*, que es el conjunto de operaciones de los que se obtienen los contenidos informativos de las fuentes. La información aquí retirada sólo se convierte en la historia mediante la interpretación, la construcción de sentido y significado. De este modo, terminó la investigación histórica y volvemos a elaboración cognitiva donde ha empezado (3).

## DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El Convento de Mafra integra tres salas que sirven a la comunidad religiosa del palacio y de vez en cuando a los invitados y la comitiva del rey: la enfermería de los pacientes gravemente enfermos, la enfermería de los convalecientes y la enfermería de los novicios. La enfermería de los pacientes gravemente enfermos es la que conserva su carácter original. Se encuentra en el segundo piso del convento situado junto a la enfermería de los novicios. A través de la arquitectura de las salas del Convento de Mafra se puede ver no sólo la representación social de los cuidados y la asistencia en el momento, así como las posibles áreas de atención del religioso-enfermero.

### *Área de Atención: enfermo (cuerpo y alma)*

El Convento de Mafra fue construido durante un período donde casi no existía la línea que separaba la atención del cuerpo del cuidado del alma. La enfermedad, el sufrimiento, la pobreza y la muerte estaban sujetos a la voluntad divina. La asistencia se entendía como una obra de misericordia. Dios era la autoridad suprema de la salud y de la recuperación de los pacientes. Por esta razón, las salas se estructuraron como la casa de Dios, en su propia arquitectura y su organización

espacio-tempora, un lugar donde además de curar la enfermedad se hacían cargo de la salvación del alma (4).

El diseño básico de la enfermería de los pacientes graves es en forma de cruz, con una sola nave y un altar en la parte superior de la cruz (Figura 1). Su arquitectura sufrió la influencia europea. Existe una estrecha proximidad con algunas imágenes del hospital Dieu de París.

Sabemos que el rey Juan V, desde Lisboa, mantuvo correspondencia frecuente con sus embajadores europeos, consiguiendo planos de grandes edificios en progreso. Fue Ludwig quien concilió las ideas que surgieron desde el extranjero (especialmente de Francia, Italia y Alemania) y los reprodujo en el edificio Mafrense (5).

Los enfermos fueron colocados en pequeñas galerías, cada una con una cama, que rodea a la nave central, para que pudiesen contemplar a Dios. Será importante recordar que en aquel momento, había una fuerte presencia de los ideales de la Iglesia católica en todos los aspectos de la vida humana (6). El resultado de esta influencia, el enfermo era un ser sumiso, disciplinable y completamente pasivo a la intervención de enfermero, sin reconocimiento de su libertad, voluntad o autonomía (7).



Figura 1 – Enfermería de los pacientes graves  
Fuente: <http://www.palaciomafra.pt/pt-PT>

Esta enfermería estaba destinada a 16 pacientes. Cada lado de la nave fue ocupada por ocho pacientes, colocados individualmente en su galería. Estos estaban cubiertas de azulejos blancos, pintadas de azul, en el lado de la cabeza, la imagen de Cristo crucificado y al pie de la cama la imagen de Nuestra Señora de la Concepción, con varios ángeles bajo sus pies (1).

Las imágenes religiosas que rodean todo el espacio clarifican la llamada constante para la pureza del alma y su conversión. El cuerpo es una fuente de vicio y pecado, y al mismo tiempo la posibilidad de salvación, de ahí la necesidad de imprimir el control, la disciplina (6) y los “recordatorios” para el cambio constante en el sentido del perdón, de la perfección y de la salvación del alma.

Cuando la situación de salud mejoraba, los pacientes eran transferidos a la planta superior o a la enfermería de los novicios, de acuerdo con su estatus jerárquico. La enfermería de los novicios servía “para mejorar la marcha de los pacientes y respirar aire fresco cuando pudiesen levantarse” (8). Tiene cinco alcobas similares a la enfermería.

### **Área de Atención: Ambiente**

En el siglo XVIII, resultado de alguna influencia del Iluminismo, comienza a existir una nueva visión del hombre y la naturaleza. Estos movimientos expandieron el conocimiento, lo que contribuye la mejoría de la salud, la comodidad y la humanización de la atención. Mirando atentamente algunas de las características arquitectónicas, podemos verificar la existencia de tales ganancias.

Surgen galerías individuales que dan a los pacientes privacidad. Todas tienen una posición más baja que el espacio circundante y el piso revestido de madera aporta confort térmico a los enfermos. El análisis de los objetos que quedan en Palacio Nacional de Mafra nos permite identificar varios braseros que también serían utilizados para calentar los enfermos, aunque alterasen de la calidad del aire.

La enfermera presenta dos tipos de ventanas en cada lado de la sala, lo que favorece la iluminación. Las ventanas inferiores abren, lo que ayuda a la ventilación natural (1). La luz que el estilo barroco ha llevado a las estructuras arquitectónicas amplió el espacio de ventilación y quebró una cadena de insalubridad. Los edificios renacentistas, de esta forma, permiten una mejor iluminación y ventilación de los ambientes hospitalarios (9). A pesar del conocimiento acerca de la asepsia estar ausente, el revestimiento de estas galerías con azulejo parece buscar un medio ambiente limpio.

La entrada a cada galería era limitada por una cortina pesada, que promovió la privacidad, pero dificultó la iluminación. Por otro lado la cortina constituye un foco de contaminación. Cada galería tiene un pequeño vestidor con una cortina, donde los enfermos pueden satisfacer sus necesidades de eliminación con privacidad y un banco con un colchón donde los visitas podían sentarse (8).

Se puede decir que parece existir una preocupación en el manejo de la temperatura, iluminación y ventilación, en busca de comodidad, privacidad y atención humanizada.

La disposición física de las casas adosadas a la enfermería también nos alerta sobre las preocupaciones de las enfermeras. La sala de los pacientes que estaban gravemente enfermos es contigua a la cocina, que es específico para la enfermería (la casa del fuego), y dispensa respectiva. También la casa que sirve para tomar los baños, la oficina del médico y el cirujano y la casa de los gabinetes, donde guardaban las botellas con hierbas y medicinas. En la antesala de la enfermería había una escalera que lleva directamente al Campo Santo, donde los muertos eran enterrados después del funeral, a menudo celebrado en la Capilla, con el mismo nombre. También es en la planta baja que se encuentra la farmacia, donde se producían los medicamentos necesarios para tratar a los pacientes.

Los medicamentos preparados en la farmacia - un verdadero laboratorio farmacéutico del siglo XVIII - se hicieron a partir de hierbas y raíces del jardín del convento, probablemente siguiendo la *Bibliotheca pharmaceutico-Medica* de Jo Jacobi Mangeti de 1704 o la *Pharmacopeia Tubalense Chimico-Galenica* de 1735, ambas obras de referencia en la farmacopea existentes en la Biblioteca del Convento. Por lo tanto, la alimentación, la higiene y los medicamentos eran seguramente componentes importantes de la atención a los enfermos. Esto es consistente en la declaración de Francisco Roma que dice "toda la curación que recetó el doctor para la salud de los enfermos consiste en dieta y los demás remedios que se pueden aplicar" (10).

La atención a algunas características arquitectónicas nos permite entender que existió una preocupación en el control del medio ambiente para movilizar las energías para la cura, como queda explícito en la teoría de la escuela hipocrática-galénica vigente en el momento - la teoría de los cuatro humores.

### ***Esencia de la atención: vigilancia***

En el tercer piso se encontraba el pupilo destinado a los convalecientes, que más tarde fue desactivado y se convirtió en la Capilla Real. Este pupilo era semejante a la arquitectura del anterior. Fue diseñado para doce pacientes con seis galerías dispuestas a cada lado de la nave central. Al lado había una casa de convalecencia, con un gran balcón, donde los pacientes podían caminar durante el día, principalmente cuando eran luiminosos. En el vestíbulo que da acceso a la sala tiene en la parte superior un ornamento simbólico, los ojos abiertos, "Ciertamente significativos de vigilancia y cuidados que los enfermeros deben tener por los enfermos" (1).

Según Frei Diogo Santiago (6), la vigilancia de los enfermos es una de las funciones importantes del enfermero en el siglo XVIII. El enfermero ayuda al paciente dándole aliento, observando, aliviando el sufrimiento y aplicando los remedios, teniendo cuidado de tratar el cuerpo y el alma. Facilita la recuperación de la salud, la eliminación de la enfermedad, del vicio y ayuda a morir (7). Las funciones de los enfermeros son facilitadas por las cortinas de las galerías, que permiten a

“todo el tiempo que el enfermero vigie y administre los medicamentos a un paciente sin molestar a los demás (8).

## CONCLUSIÓN

Os enfermeros-religiosos benefician de condiciones físicas que sirvieron a la intimidad, a las necesidades espirituales, higiene, eliminación y termorregulación. La arquitectura de las enfermerías también facilitó la vigilancia de enfermos y facilitó la iluminación, higiene, ventilación y calentamiento del espacio. Simplificaron la evacuación de los muertos y la eliminación de residuos. El mobiliario y la decoración de ese espacio tuvieron una fuerte influencia de las órdenes religiosas que ocuparon el convento, en un principio la Orden de Regrantes Arrabidos y más tarde la Orden de Sto. Agostinho. La estructura arquitectónica de enfermerías del Convento de Mafra permite prever las áreas de atención en instituciones bajo la dirección de las órdenes religiosas en el siglo XVIII.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Carvalho AA. A Antiga Botica do Convento de Mafra e o Material Atualmente Existente. (1ª edição) Mafra: Coimbra Editora Lda; 1948.
2. Foucault M. Microfísica do Poder Rio de Janeiro: Edições Graal LTDA; 1990.
3. Rusen J. Reconstrução do passado. Teoria da História II: Os principios da pesquisa histórica Brasília: Editora UnB; 2007.
4. Aldrabinha SMF. Arquitetura e Saúde: Contributos para o projeto de um complexo de saúde para a cidade de Odivelas. Mestrado Integrado em Arquitetura. Lisboa; 2013.
5. Pedroso ALF. Metodologias de análise visual baseadas na tecnologia de Realidade Virtual: Jardim do Cerco, Mafra, Portugal. Dissertação de Mestrado. Lisboa; 2011.
6. Santiago FD. Postilla religiosa, e arte de enfermeiros Lisboa: Lisboa Occidental; 1741.
7. Pereira I, Baixinho , C. , Rafael H. Postilla Religiosa: contributos para a clarificação da arte dos enfermeiros. Comunicação. In I Encontro Internacional de História da Enfermagem; 2012; Lisboa: Sociedade Portuguesa de História da Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa.
8. Santa'Anna FJd. Real Edifício Mafrense, visto por fora e por dentro Mafra: Palácio Nacional de Mafra; 1828.
9. Lukiantchuki M, Caram R. Arquitetura hospitalar e o conforto ambiental: evolução histórica e importância na atualidade. In SEMINÁRIO INTERNACIONAL NUTAU/USP; 2008; São Paulo: NUTAU/USP.
10. Roma FM. Luz da medicina pratica racional, e metódica, guia de enfermeiros, directorio de principiantes Lisboa: Officina de Henrique Valente de Oliveira; 1661.



# LA ALIMENTACIÓN DE LOS ENFERMOS EN LA ENFERMERÍA DEL CONVENTO (SIGLO XVIII)

## *The patients feeding in a convent infirmary (18th century)*

Isabel Ferraz, Helga Rafael, Óscar Ferreira  
Research Line Lisbon Nursing High School

**PALABRAS CLAVE:** Historia de enfermería; Orden religiosa; Alimentación.

**KEY WORDS:** History of nursing; Religious order; Food.

**RESUMEN:** Tenemos por objetivo describir la alimentación de los frades enfermos en la enfermería del Convento de Mafra . La alimentación de los enfermos debía ser escasa y no muy variada. De una consistencia esencialmente líquida, se recomendaba que fuera pobre en pez y hortalizas y, siempre que posible, enriquecida con carne. Algunos alimentos, como la leche de burra y el aceite eran utilizados para resolver situaciones de enfermedad. El primero estaba recomendado para los sofreadores con *"toses secas y compulsivas"*, tísicos, con cólicas y problemas renais. El segundo era utilizado como laxante, *"antídoto a venenos"* y en la cura de heridas.

**ABSTRACT:** We have objective to describe the eating habits of the patients brothers in the Convent of Mafra. The power of the sick should be scarce and not very varied. Essentially a liquid consistency, it was recommended that was poor in fish and vegetables and, whenever possible, enriched with meat. Some foods, such as the donkey milk and oil were used to resolve situations of illness.

## INTRODUCCIÓN

D. João V (1698-1750) vivió en la abundancia extrema. El oro venido del Brasil le permitió invertir en ciencia y arte como el Convento y el Palacio de Mafra y su espectacular Biblioteca.

El Convento de Mafra, destinado a acoger inicialmente 13 frares de la Orden de S. Francisco, acabó por ser ampliado y acoger una comunidad de trescientos religiosos. En este Convento existían también enfermerías para cuidar de los frares enfermos, una botica donde eran preparadas las *mezinhas* y una cocina donde eran confeccionadas las dietas de los enfermos. En las enfermerías existía uno "*padre enfermero*" y uno "*moço de la enfermería*" que servía en la enfermería de los religiosos a quién era pagado la cuantía de 80 réis por día.

La presente comunicación tiene por objetivo describir la alimentación de los frares enfermos en la enfermería del convento (siglo XVIII).

## METODOLOGÍA

Se utilizó el método histórico, también llamado de método crítico que consiste según Marconi y Lakatos "*en investigar acontecimientos, procesos e instituciones del pasado para verificar su influencia en la sociedad de hoy, pues las instituciones alcanzaron su forma actual por medio de alteraciones de sus partes componentes, al largo del tiempo, influenciadas por el contexto cultural particular de cada época*"<sup>(1:107)</sup>. Este incorpora el análisis la cual incluye cuatro operaciones: heurística, las críticas interna y externa, y la hermenêutica. Así, con recurso a la heurística y a la hermenêutica, se pretendió responder a la siguiente cuestión: lo que comían los frares enfermos que estaban en la enfermería del convento de Mafra?

Esta situación nos llevó a buscar documentos antiguos que nos permitieran conocer las prácticas alimentarias en el tiempo en que los frares ahí vivieron. Recurrimos a la *Relación de los principios varios a observar pela comunidad de los Frades Franciscanos de la provincia de Santa Maria de la Arrábida en el Convento de Mafra*<sup>(2)</sup>. El documento en estudio conservado en la Biblioteca del Palacio de Mafra fue aquí parcialmente transcrito y hace referencia a los años de 1746; 1750; 1758 y siendo este año el mejor documentado.

Recurrimos también a autores como Francisco de Fonseca Henriques<sup>(3)</sup>, conocido como Dr. Mirandela, médico de D. João V, que nos dejó una importante obra con orientaciones para preservar la salud, de nombre *Ancora Medicinal* cuyo primero ejemplar fue publicado en 1721.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las dietas de los frares enfermos en la enfermería del Convento de Mafra

Según Frei Cláudio Conceição<sup>(4)</sup> existían tres enfermerías en el Convento de Mafra. A enfermaria dos convallescentes, a enfermaria dos noviços e a enfermaria dos doentes graves, para além de uma pequena sala destinada a "*enfermaria dos doidos*". En julio de 1760 se encontraban en una de estas enfermerías, 18 frares enfermos. Ya la relación de los frares enfermeros contabilizados el día 31 de julio se elevó para 22 frares enfermos. Desconocemos en cuál de las enfermerías (convallescentes, noviços o enfermos graves) se encontrarían estos frares. También desconocemos cual la edad media de los fardes enfermo, que tipo de enfermedad los afectaba, que sintomatología manifestaban o el número de días que ahí permanecieron.

Sabemos, sin embargo, haber cuidados con la alimentación de los enfermos. En el siglo XVIII la alimentación tenía una importancia vital en la conservación de la salud y en la cura de los enfermos. El Dr. Henriques, médico de D. João V, consideraba "... *como si no póde vivir sin aire también si no póde conservar la vida sin alimento*"<sup>(3: 10)</sup>. Luego conservar la salud implicaba tener

en cuenta las seis cosas no naturales como: el aire ambiente, comer y beber, el sueño, la vigilia y el movimiento, lo descanso, los excretas y las pasiones del alma<sup>(3)</sup>.

Defendía que quién respirara los buenos aires, quienes con moderação y prudencia usara los buenos alimentos, quienes durmiera con sossego las horas que batían, quienes hiciera ejercicio como hube debido, quien trajera la naturaleza bien regulada con sus evacuaciones y quién no tuviera pasiones que le quitara la armonía de los humores, no podía dejar de haber buena salud<sup>(3)</sup>. Sin embargo, entendía Dr. Henrique que no podía haber *"alimento tan bueno que para alguna naturaleza no pueda ser malo, ni alimento tan malo que para otros no pueda ser bueno"*, por eso *"El mejor medio para durar poco"* podría deberse a comer muy<sup>(3: 19)</sup>.

También en esta comunidad el enfermo exigía una atención especial de la cual se particulariza el cuidado con la dieta. Las dietas eran diariamente prescritas por el médico. El médico determinaba lo que comer y a que horas lo debían hacer. Esta información era pasada junto al frade enfermo de modo a que este también tuviera conocimiento de la dieta que le había sido prescrita.

Al padre enfermero competía hacer el pedido de dieta para cada enfermo por escrito. La información era dada en receituário propio de modo que el enfermero tomara las providencias necesarias para que nada faltara a los enfermos. Por eso, era necesario providenciar el papel donde eran prescritas las recetas. El papel gasto en el receituário de la enfermería era suministrado con regularidad al padre enfermero. A la época la resma era la unidad de medida usada para comercializar papel. Antiguamente una resma correspondía 480 hojas de papel.

En la enfermería el padre enfermero era ayudado por un moço de la enfermería que asistía también los enfermos durante la alimentación. Según el Dr. Henrique<sup>(3)</sup> el alimento es todo aquello que nutre el cuerpo y lo que lo nutre es para él el mejor alimento. Un buen alimento es aquel que se asimila fácilmente en el estómago. Comer con parsimonia en las cantidades recomendadas es la essência de poderse mantener la salud. Lo pollo es tenido como un buen alimento, tanto para los sãos como para los enfermos. Coze-si rápidamente y digere-si facilmente, Isto hace, según el Dr. Henriques, uno de los alimentos electo para suministrar a los enfermos. Diariamente lo pollo cozido formaba parte de la dieta suministrada a algunos de los enfermos, a pesar de a la época creerse que la carne assada nutría más del que la carne cozida<sup>(3)</sup>. Pero cuáles serían las condiciones de los enfermos a quienes el médico prescribía el caldo de pollo?

A través de la relación de princípios<sup>(2)</sup>, percibimos que la prescripción no tenía a ver con la graduação del frade que estaba enfermo, más parece tener a ver con la situación clínica del enfermo o estado de debilidad del mismo. La cantidad suministrada a la cena andaba a la vuelta de uno arrátel, lo que corresponde a aproximadamente 459 gramos de comida por enfermo. Por la relación de las cantidades registradas en julio de 1760, el pollo era la carne que más se consumía en la enfermería. La relación del mes de julio da cuenta de haber sido consumidas 253 pollos y 50 pollitas.

En consonancia con esta relación cada pollo daba para servir tres comidas, lo que perfaz un total de 859 *"rações"*. Cada pollita daba para servir dos comidas, en un total de 100 comidas servidas a las dos principales comidas, almuerzo y cena. Este número daría para alimentar diariamente 15 enfermos a las dos principales comidas, si fuera a todos suministrada carne de pollo y pollita en las cantidades recomendadas.

Los *"pollos de la enfermería"*, como son designadas en esta relación de princípios<sup>(2)</sup>, eran creadas en el convento y alimentadas con maíz. Según los registros del año de 1760 fueron contabilizadas 174 alqueires de maíz. Para algunos enfermos el médico prescribía xarope de pollita, lo que nos lleva a cuestionar acerca del estado de salud de estos enfermos y de la gana para alimentarse. Serían enfermos con dificultad en deglutir, o existirían otras dificultades?



Más allá de la carne de pollo/pollita era también servido a cada enfermo cerca de 459 gramos de carne de vaca. Por eso a la hora de la comida los enfermeros vigilaban la distribución de las comidas en el sentido de asegurar la correcta distribución en función de la prescripción dependiente de la situación del enfermo.

A través de la relación de las cantidades de arroz compradas, creemos que este integraría la dieta mientras acompañamiento de las de los principales comidas. Lo arroz era considerado por el Dr. Henriques<sup>(3)</sup> como el más noble de todas los cereales y lo que más nutría a continuación a la cebada<sup>(3)</sup>. De ahí ser muy utilizado en la confeção de las dietas de los enfermos de la enfermería.

Usan como grasa la manteguilla, y también el manteca de cerdo y el aceite de oliva. El aceite de oliva era utilizado como laxante, "antídoto a venenos" y en la cura de heridas.

Utilizan la cebada posiblemente para la confeção de pan, dadas las cantidades mencionadas y que eran adquiridas. De la cebada pilada hacían también caldos a los cuales añadían huevos y azúcar<sup>(3)</sup>. El azúcar era también usado en gran cantidad en la enfermería. A la época era frecuente dar al enferma agua con azúcar y limón.

Hace también parte de esta relación, la leche de cabra y la leche de burra, aunque se desconozca cuando era servido. Refiere el Dr. Henriques que la leche de cabra es de consistencia mediana, no tan tenue como lo de burra, sin embargo es un alimento que permite nutrir moderadamente<sup>(3)</sup>. La leche estaba recomendado para los sofreadores con "toses secas y compulsivas", tísicos, con cólicas y problemas renais.

Usan la pimienta y el açafão. Ambas especias con virtudes medicinais. Por las cantidades es posible sean usadas en la confeção de los alimentos o en la preparación de mesinhas para las maileitas de los enfermos. La aguardiente y el vinagre de vino también eran usados en la preparación de terapéuticas. El vinagre al ser añadido a los alimentos aumentaba el apetite y vigoraba el ácido del estómago, sin embargo, como refiere el Dr. Henriques "no permite nutrir bien el cuerpo, pero antes he la causa para no engordar"<sup>(3: 365)</sup>. Es muy utilizado como anti-inflamatório y en la preparación de diferentes remedios caseros, lo que dada la cantidad adquirida, podría haber tenido esta finalidad. De las dietas de los frades enfermos constaba también dulce o fruta, tal como provenga la relación de los principios varios a observar por la comunidad de Frades Franciscanos de la provincia de Santa Maria de la Arrábida residentes en el Convento de Mafra referente al mes de octubre del año de 1759.

A los enfermos se recomendaba el consumo de agua que debería ser tomada caliente para facilitar la digestão y purificar los riõnes.

## CONCLUSIÓN

La alimentación de los frades enfermos de la enfermería del Convento de Mafra es poco diversificada, integrando básicamente proteínas provenientes de la carne de pollo/pollita y vaca y aún huevos. De la relación de los productos adquiridos la leche también está presente, aunque se desconozca cuando era ingerido o integrado en la fabricación de dulces. Tienen por hábito consumir fruta y compotas de fruta, por eso la cantidad de azúcar contabilizado. A pesar de tener una horta, no hay referencia a los legumbres para preparar las dietas, lo que nos lleva a pensar que las dietas de los enfermos de la enfermería serían desequilibradas y poco diversificadas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Marconi M.A., Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 5.<sup>ed</sup> São Paulo : Atlas, 2003.
2. Manuscrito Relação dos princípios vários a observar pela comunidade de Mafra, de Tomás da Costa Neves, datado de 1763, exists in the Mafra National Palace Library.

3. Henriques FF. Ancora medicinal para conservar a vida com saúde, Lisboa Occidental. Na Officina de Manuel Rodrigues; 1731.
4. Conceição C. Gabinete Histórico, Tomo VIII, Lisboa, Imprensa Régia; 1820.



# LA VIDA COTIDIANA DE LOS MONJES ENFERMOS EN EL CONVENTO DE MAFRA (SIGLO XVIII)

## *The monks nurse's daily life in the Convent of Mafra (18th century)*

Cristina Baixinho, Isabel Pereira, Helga Rafael  
Departamento de Fundamentos de Enfermagem  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**PALABRAS CLAVE:** Historia de la Enfermería; Convento de Mafra; Órdenes Religiosas.

**KEY WORDS:** History of nursing; Religious order; Food.

**RESUMEN:** Este estudio tiene como objetivos: Identificar las normas de convivencia de los monjes-enfermeros de las enfermería del Convento de Mafra e describir las funciones de los monjes-enfermeros en este contexto. Se llevó a cabo una investigación histórica, utilizando la hermenéutica y la heurística.

En lo siglo XVIII el Convento de Mafra fue ocupada por dos órdenes religiosas.

Eran funciones de monjes-enfermeros administrar los sacramentos a los enfermos, prestar cuidados físicos y tratarlos de acuerdo con la orden del médico.

Algunos de los religiosos tomaron la función de enfermeros. El papel desempeñado por éstos nace y se desarrolla a partir de los valores religiosos, con una fuerte dependencia del Prelado.

**ABSTRACT:** This study aims: To identify the rules of coexistence of monks nurses that are part of Mafra Convent infirmary and to describe the roles of monks nurses in this context.

We used the historical method, using the hermeneutic and heuristic.

In XVIII centurie the Convent of Mafra was occupied by two religious orders. It was functions of nurses-monks to give the sacraments to the sick, provide physical care and treat the patient according to the physician's order.

Some of the monks took the nurses function. The role played by these rises and develops starting from religious values, in a strong hierarchical dependence from the Prelate.

## INTRODUCCIÓN

Don Juan V, a causa de una promesa que hizo para tener descendencia, ordenó que se construyera el Convento de Mafra en 1717<sup>1</sup>.

Al inicio, el convento se concibió para acoger a 13 frailes de la Orden de San Francisco, pero fue progresivamente ampliado, a lo largo de su construcción, adquiriendo una capacidad final para albergar a trescientos religiosos<sup>2</sup>.

El día 22 de octubre de 1730, ingresaron al convento de Mafra 328 frailes provenientes de Arrábida, originarios de distintos conventos de la región, mientras tanto extinguidos.

En 1771, en el reinado de Don José, dichos religiosos fueron trasladados a otro convento y los Canónigos Regulares de San Agustín fueron transferidos al Convento de Mafra. Veinte años más tarde, ya en el reinado de Doña María I, 200 Franciscanos regresaron una vez más a Mafra<sup>2</sup>.

El edificio original tenía tres enfermerías, con el objetivo de aprovechar a los frailes residentes en el Convento Real de Mafra. Dichas enfermerías estaban organizadas según el tipo de enfermos que acogerían, en *Enfermería de los Convalecientes*, *Enfermería de los Novicios* y *Enfermería de los Enfermos Graves*. Existía además una pequeña habitación destinada a la "enfermería de los locos"<sup>3</sup>.

Don Juan V se preocupó con garantizar la viabilidad económica del Convento y los encargos con las enfermerías, preparándolas con todo lo necesario, como ropa, vajillas de estaño y cobre, armarios y utensilios varios<sup>2</sup>.

La Enfermería de los Convalecientes, ubicada en la tercera planta del Convento, era espaciosa y alegre, con dos conjuntos de ventanas, uno de los cuáles iba del cimacio arriba y otro del cimacio abajo, cumpliendo un total de 28<sup>3</sup>. La función de dichas ventanas, además de permitir la entrada del sol y del aire puro, era la de consentir la salida al exterior y que en los balcones adjuntos los frailes Convalecientes tomaran el sol<sup>4</sup>.

En la segunda planta estaba la Enfermería de los Enfermos Graves. Esta tenía un acceso independiente a través de una puerta al convento, permitiendo por lo tanto el recogimiento en el caso de que hubiera enfermedades contagiosas<sup>3</sup>. De la antecámara de esta enfermería salía una escalera que garantizaba el acceso directo al camposanto, en donde los muertos eran sepultados<sup>4</sup>.

Las enfermerías estaban divididas por tabiques de madera, formando 16 pequeñas alcobas o "beliches", designación que se daba a las habitaciones de los enfermos<sup>2</sup>.

Cada "beliche" tenía una cama, una mesa con cajón, en la que se guardaba el cubierto y la servilleta, y una percha para colgar el hábito<sup>4</sup>.

## MÉTODO

Este estudio de abordaje cualitativo tuvo como objetivos: identificar las pautas de convivencia entre frailes enfermeros de las enfermerías del Convento de Mafra y describir sus funciones en este contexto. Empleamos el método histórico para rellenar los huecos de los hechos y sucesos, reconstruyéndolos para garantizar la percepción en continuidad y del cruce de los fenómenos<sup>5</sup>.

El recorte temporal del estudio se estableció entre 1717 y 1834, tiempo en el que el convento es incorporado a la Hacienda Pública, después de la expulsión de las órdenes religiosas.

La recoja de datos se hizo mediante la consulta de fuentes primarias, de las que destacan los estatutos de las órdenes religiosas presentes en el Convento del Palacio Real de Mafra. Para la crítica de las fuentes primarias se definieron criterios de inclusión: estatutos de las órdenes religiosas presentes en el convento del palacio entre 1717 y 1834, documentos legales sobre la construcción de las enfermerías, documentos que describen las actividades desarrolladas por los frailes, iconografías alusivas a los frailes de la enfermería. Se hizo además una visita a la enfermería que todavía existe en el convento.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Entre 1717 y 1834, las órdenes religiosas presentes en el Convento del Palacio Real de Mafra fueron la Orden de San Francisco y los Canónigos Regulares de San Agustín<sup>1</sup>.

Las dos órdenes poseían estatutos propios, que permiten inferir sobre las actividades desarrolladas por los frailes que ejercían las funciones de enfermero.

Los primeros Franciscanos llegaron a Portugal en 1217 y fueron fray Gualter y fray Zacarías de Roma y sus compañeros. Su venida a este territorio fue decidida después del Capítulo de la Orden realizado en Asís, en la fiesta de Pentecostés de aquel año, y que determinó la salida de los frailes, en misiones fuera de Italia, con el objetivo de que realizaran la predicación de la pobreza y de la penitencia<sup>6</sup>.

Los estatutos de la Orden de San Francisco establecían una serie de condiciones que necesitaban no solamente las determinaciones de la Regla Franciscana, sino que creaban además normas de vivencia en grupo. Cabe subrayar que la regla franciscana estaba adecuada a las coyunturas en que cada una de las Provincias fue creada. En dicha regla estaban reglamentadas las funciones de los frailes, según la jerarquía religiosa, la vida de los novicios y de los estudiantes, la vida cotidiana de las comunidades y la edificación de los inmuebles en los que vivían<sup>7</sup>.

Su rol más activo fue el de ofrecer formación teológica al clero, incluso al clero secular, en conjunto con los predicadores, y no tanto el de suministrar cuidados sanitarios. Hay quienes consideran que la actitud de aquellos hermanos los limitaba a la esfera del poder espiritual, factor importante en una sociedad en la que los malentendidos resultantes de la intromisión del espiritual en la esfera de lo temporal y viceversa eran constantes<sup>6</sup> y que indisputablemente hacía que fueran inofensivos frente al poder temporal de los nobles y del mismo clero.

Los Conventos de los Menores, como eran conocidos, crecieron con el paso de los años, tal y como el número de frailes y la importancia de las misiones que se les fueron confiadas. Sin embargo, el apartamiento de las actividades manuales hacía que la subsistencia de los frailes menores fuera garantizada tan sólo por la limosna. Para algunos historiadores, esta podrá ser una de las causas para el apartamiento de los servicios directos a los pobres y enfermos<sup>6</sup>. Por el mismo motivo, los autores consideran que los frailes empezaron a dedicarse más a los estudios, y menos a una vida escueta, en las calles, en los eremitorios, en los hospitales y en las albergarías<sup>8</sup>.

En los estatutos de esta Orden se puede leer, en el capítulo 2, en lo que atañe a la caridad para con los hermanos mayores y los enfermos, que hay la necesidad y la obligación de proveer sus necesidades, en términos de asistencia sanitaria<sup>7</sup>. Para ello, cada Provincia determinaba las formas particulares de asistencia<sup>7</sup>.

En el caso específico del convento de Mafra, los frailes enfermos eran aquí asistidos por frailes enfermeros, recibiendo la visita diaria del médico, del cirujano y del sangrador. Se les solicitaba que realizaran dos visitas cada día, incluyendo el sangrador para saber si había alguien a quien sangrar<sup>4</sup>.

No había médicos o cirujanos instalados en el convento, solamente en la villa de Mafra, de donde no podían alejarse sin la previa autorización del Guardián del Convento. Estos profesionales tenían la función de visitar el convento por la mañana y por la tarde, existieran allí enfermos o no. *"Puesto que en este lugar hablamos de Médico y Cirujanos, será efecto de nuestra curiosidad que labremos sus obligaciones y lo que cobran por su trabajo"*<sup>4</sup>.

Ellos eran asalariados. "El médico tiene de sueldo cada año 200\$000. El de Torres [Vedras], que es llamado para algunas comisiones que son necesarias, cobra cada año 30\$000. El cirujano tiene el sueldo de 80\$000 al año, y el sangrador de 50\$000. [...]"<sup>3</sup>.

La obligatoriedad de visita del médico, del cirujano y del sangrador estaba prevista, bien como la multa que deberían pagar en caso de que faltaran: *"en el caso de que sean hallados en algunas*

*faltas sin justificadas causas, son multados en sus sueldos [...] Sus pagos son hechos por la Hacienda Real y satisfechos con mucha prontitud*"<sup>3</sup>.

La existencia de enfermeros frailes en esta orden no es específica del Convento de Mafra.

Según los Estatutos de la Provincia de Santa Maria da Arrábida, el nombramiento de los enfermeros era de la responsabilidad del ministro y debería respetar algunos criterios, como se transcribe: "*Nombrará el Hermano Ministro Enfermeros para la sobredicha enfermería, buscando siempre los religiosos de más conocida religión y caridad, como para dicha obra es necesario*". Así, asistían en la enfermería un enfermero mayor, que era religioso laico y dos otros laicos enfermeros "*que ayudan al mayor en estas tareas*"<sup>7</sup>.

En las enfermerías del convento se fijaba sobre cada cama la receta dejada por el médico para orientar el trabajo del fraile enfermero, pero también para que el enfermo supiera si el enfermero seguía correctamente las instrucciones del médico<sup>4</sup>.

Los Canónigos Regulares de San Agustín permanecieron en Mafra por un periodo de veinte años (1771-1791). Esta Orden cobra expresión en el centro de Europa en el siglo XI y en Portugal a partir del XII<sup>8</sup>. En el análisis de los estatutos de la Orden queda expresa la clara dedicación al oficio divino y a los votos de humildad, de pobreza y de castidad<sup>9</sup>.

Por el análisis de la documentación disponible, concordamos con otros autores que refieren que la acción de estos frailes estaba inclinada hacia la sociedad, y es ahí que reside su gran fuerza innovadora<sup>8</sup>.

En lo que atañe a la cuestión asistencial, los Canónigos Regulares revelan, a este nivel, un rol determinante, con la fundación de albergarías y hospitales y la asistencia a peregrinos, pobres, enfermos y viajeros<sup>8,10</sup>.

A un canónigo, auxiliado normalmente por un converso, le tocaba cuidar, en el hospital, de los pobres, mendicantes y desfavorecidos, y se consideraba incluso más caritativa la obra de dejar bienes a los hospitales o vivir allí y servir a los pobres que renegar a la vida mundana para venir a vivir al monasterio<sup>11</sup>.

Durante el periodo en análisis, los frailes enfermeros tienen una función específica en la vigilancia y asistencia a los hermanos enfermos que no puede dejar de relacionarse con los valores religiosos. En ese sentido, hay recomendaciones para que no falten a los que lloran y para que no tengan pereza de acompañar a los enfermos, porque eso permite elevarse en caridad<sup>12</sup>. Otro ejemplo ilustrativo de esta afirmación es la transcripción "*horas ordenadas, digan tres veces el Padre Nuestro, y los enfermos no sean obligados a rezar estas horas si no lo quieren*"<sup>12</sup>.

Para promover la adecuada administración de terapéutica, existía en el convento una botica, con su responsable máximo, que disponía de una guía escrita en donde se compilaba todo lo que era necesario hacer<sup>13</sup>, existía también una "casa de fuego", en la cual, además de la confección de la comida, era posible realizar la destilación para la preparación de las medicinas<sup>4</sup>.

Eran además funciones de los frailes enfermeros administrar los sacramentos a los enfermos, suministrar cuidados físicos y cuidarles según la orientación del médico<sup>13</sup>.

Las funciones de los frailes en los conventos señalan desde luego algunas especificidades, tales y como el registro de prescripciones, la posología y la orden que deberían seguir en la administración de las medicinas y tratamientos<sup>14</sup>. Cerca de la cabecera se colgaba una toalla y, sobre la cama, un clavo en el que el médico dejaría un papel que enseñara a cada enfermo las medicinas que debería tomarse, a qué hora, así como la indicación del horario de las comidas<sup>4</sup>. Estas orientaciones permitirían la prosecución de cuidados y permitían al mismo tiempo que el enfermo supiera si el enfermero cumplía sus instrucciones<sup>4</sup>.

Había además instrucciones para los procedimientos a observar en el caso de que surgiera alguna hemorragia o cuando se sometía un enfermo a la sangría, cuidados en el control de las en-

fermedades infecto-contagiosas, asistencia espiritual para aquellos cuya muerte se acercaba y una preocupación con el tratamiento y remoción del cuerpo del muerto de la enfermería<sup>14</sup>. La campana de la enfermería era conocida normalmente por *campana de la agonía*, pues sonaba siempre que alguno de los hermanos estaba a las puertas de la muerte<sup>4</sup>.

Los mismos estatutos denotan preocupaciones éticas, deontológicas<sup>7, 9</sup> y religiosas. A dichas preocupaciones no es ajena la arquitectura de la enfermería, que permitía que las camas se quedaran vueltas hacia el altar, al fondo de la sala, para que los enfermos pudieran asistir a la celebración de la misa.

Durante este periodo aparece en Portugal aquel que es considerado el libro más antiguo en lengua portuguesa dedicado a la teoría y a la práctica de la enfermería, "Postilla Religiosa e a Arte dos Enfermeiros", escrito por fray Diogo de Santiago, en 1741<sup>15</sup>. Esta obra posee orientaciones para la práctica clínica de los frailes de la Orden de San Juan de Dios, además de la descripción de los tratamientos que se deberían emplear en situaciones de enfermedad. No pudimos identificar si la obra tuvo influencia sobre la práctica de los frailes de las enfermerías del Convento de Mafra. Fray Diogo propone, sin embargo, cuidados a nivel físico y espiritual que se pueden asociar en muchos aspectos a los que fueron los cuidados suministrados por los frailes de las dos órdenes presentes en Mafra.

## CONCLUSIONES

En un tiempo en que los hospitales portugueses escaseaban, los conventos asumían un rol importante en el suministro de cuidados de sanidad a la población y a los mismos religiosos.

Las enfermerías del Convento de Mafra se destinaban exclusivamente a la comunidad de frailes y, esporádicamente, a nobles y otros elementos del clero, invitados por el Rey. Fueron construidas para que fueran independientes del resto del palacio y del convento. Los frailes enfermeros residían en la misma ala de la enfermería, eran los responsables por los cuidados del cuerpo y del alma de los enfermos, bien como de la atención a los moribundos. El análisis de sus prácticas nos permite inferir ya la existencia de un corpus de conocimientos específico para estos hermanos, aunque su selección fuera definida en principio por sus virtudes y no por los conocimientos demostrados. Eran funciones de los frailes, de las dos órdenes religiosas, la ejecución de las prescripciones del médico, la asistencia a los enfermos, la preparación y administración de medicinas, la identificación de complicaciones, la alimentación, la higiene del cuerpo y la manutención de las condiciones de salubridad de las enfermerías.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Santa'Anna, FJ. Real Edifício Mafrense, visto por fora e por dentro. Mafra: Palácio Nacional de Mafra; 1828.
2. Conceição, FC. Gabinete Histórico, Tomo VIII, Lisboa: Torre do Tombo; 1820.
3. Bandeira, GC. Relação do Convento de Santo Antônio de Mafra: 1730 a 1744. Ms., coleção particular. Manuscrito na propriedade de E. Medeiros, Mafra; 1734.
4. Oliveira, IY, Cordeiro, MG, Santos, MF. As Casas da Enfermaria do Convento de Mafra. Mafra: Palácio Nacional de Mafra; 2008.
5. Boas, F. Os métodos da etnologia. In: Castro (Org.) Antropologia Cultural. 6. ed. Rio de Janeiro: Zahar, BOAS, Franz. Os métodos da etnologia. In: Castro (Org.). Antropologia Cultural. 6. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2010, p. 31-40.
6. Duarte, TM. Os Franciscanos e o ensino da teologia na universidade, em Portugal, ao tempo de D. Dinis. Anais do VI Congresso Luso-Brasileiro de História da Educação; 2006, p. 2553-2562.



7. Ribeiro, B. Os Terceiros Franciscanos Portugueses: sete séculos da sua História. Braga: Tipografia Missões Franciscanas; 1952.
8. Fernandes, AG. Os Cónegos Regrantes de Santo Agostinho no norte de Portugal em finais da idade média: dos alvares de trezentos à Congregação de Santa Cruz. Tese de Doutoramento. Coimbra: Faculdade de Letras; 2011.
9. Santa Maria, FN. Chronica da Ordem dos Conegos Regrantes do Patriarcha Sancto Agostinho, 2 tomos, Lisboa: Na Officina de Joam da Costa; 1668.
10. Caeiro, G. A assistência em Portugal no séc. XIII e os cónegos regrantes de Santo Agostinho, in A pobreza e a assistência aos pobres na Península Ibérica durante a Idade Média, Actas das 1a Jornadas Luso-espanholas de História Medieval, Lisboa: Tomo I; 1972.
11. Martins, M. (O Livro da Ordem dos Cónegos Regrantes e Crasteiros in Martins, AA. Estudos de Literatura Medieval, Braga, Livraria Cruz; 1956, p. 230-231.
12. Oliveti, MM. Regra dos irmãos terceiros. Lisboa: Na Officina de Joam da Costa; 1669.
13. Santos, E. O homem português perante a doença no século XVIII: atitudes e receituário. Revista da Faculdade de Letras : História, 2(1); 1984, p.187-201.
14. Costa, AFL. Assistência ao doente moribundo no Século XVIII. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa; 2012.
15. Santiago, FD. *Postilla religiosa, e arte de enfermeiros*. Lisboa: Lisboa Occidental; 1751.

# CONEXIONES DE SENTIDO: PARACELSO Y EL ARTE DE CURAR Y CUIDAR

## *CONNECTIONS and MEANING: Paracelsus and THE ART OF HEALING AND CARING*

Ramón del Gallego Lastra, Paloma Posada Moreno,  
Francisca J. Hernández Martín

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería, Paracelso, Cuidados.

**KEY WORDS:** Nursing, Paracelso, Care.

**RESUMEN:** Nuestros objetivos son: mostrar el interés que para Enfermería puede representar la figura de Paracelso y fundamentar una línea de investigación que contemple el análisis de grandes personalidades de la historia de la humanidad. Se trata de una investigación histórica descriptiva utilizando el análisis cualitativo de documentos escritos. Las fuentes se centran principalmente en:

1.- Laín Entralgo P. Historia Universal de la Medicina. Tomo IV. Medicina moderna. Salvat editores, Barcelona. p-114. 2.- Esteban S. Paracelso el médico, Paracelso el alquimista. Anales de la Real Sociedad Española de Química. 2003, 99(4):53-60. 3.- Lugones M, Ramírez M, Miyar E. Paracelso. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2013, 29(1):105-110.

Los resultados obtenidos nos muestran a Paracelso como una de una de las grandes figuras del Renacimiento. Quizá por lo controvertido de su vida, hay aspectos que han pasado casi desapercibidos y consideramos que la Enfermería debe conocer. En este sentido Lain Entralgo (1) presenta la posibilidad de que hubiera utilizado medidas como "dejar entrar aire fresco en la habitación del enfermo", practica rechazada por la medicina tradicional en los casos quirúrgicos y fundamental para el cuidado.

**ABSTRACT:** Our main goals are: to show the interest of the influence of Paracelsus to the nursing profession and justify a line of research that includes the analysis of large personalities in the history of humanity. This is a cross-sectional historical study using qualitative research of historical documents. Sources have focused primarily on:

1.- Laín Entralgo P. Historia Universal de la Medicina. Tomo IV. Medicina moderna. Salvat editores, Barcelona. p-114. 2.- Esteban S. Paracelso el médico, Paracelso el alquimista. Anales de la Real Sociedad Española de Química. 2003, 99(4):53-60. 3.- Lugones M, Ramírez M, Miyar E. Paracelso. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2013, 29(1):105-110.

The results obtained from these research show that Paracelsus is one of the great figures of the Renaissance. Perhaps the controversy of his life, there are aspects that have passed almost unnoticed and we believe that nursing should know about.

In this side, Lain Entralgo (1) presents the possibility that measures had been used as "let fresh air in the sickroom" practice rejected by traditional medicine in surgical and critical care cases.

## 0.- PUNTO DE PARTIDA

Si bien la formación de las enfermeras es un tema de los últimos siglos y su historia no ha tenido interés para los historiadores, hoy nosotros, enfermeros investigadores queremos no sólo investigar-la, sino buscar las conexiones de sentido con la propia historia, para comprenderla mejor y también para introducir la enfermería dentro del momento histórico, sobre todo el socio-sanitario, así como también en la historia en general y, cuando definimos o nombramos una etapa de la misma, podamos y puedan saber que hubo unos enfermeros que cuidaron de la salud de los ciudadanos y gracias a ellos pudieron vivir más o mejor o morir acompañados y cuidados. Por eso, un examen atento de textos como "Instrucción de enfermeros" o "Directorio de enfermeros" (Primeros manuales en España) nos ofrece pistas para ver cómo estas fuentes documentales están centradas en las coordenadas de la historia y del saber médico y farmacológico, de los problemas de salud de la población de ese momento y, aplicando los tratamientos médicos y los cuidados básicos o especiales, han contribuido a la salud de la humanidad y dado respuesta a las necesidades de salud en cada contexto.

En esta búsqueda de conexiones de sentido, desde nuestro proyecto de investigación, tomamos hoy como referente a una de las grandes figuras del Renacimiento, Paracelso, que con su saber nos abre las puertas a los procesos químicos en el organismo humano y cómo resolver los problemas de salud aplicando los tratamientos en las dosis adecuadas para evitar los efectos nocivos por exceso, produciendo una intoxicación y, por defecto, al administrar menores cantidades haciendo inútil el tratamiento, por no tener experiencia de ello. Pero ¿quién es Paracelso y cuál su aportación o su relación con el mundo del cuidado?. Este segundo aspecto es el que queremos investigar para ver las conexiones de sentido en la Historia y en las Profesiones. Un personaje tan lejano, tan importante para la Farmacología, la Medicina y la Química y quizás también para la Enfermería.

Nuestros objetivos son mostrar el interés que para la Enfermería puede representar la figura de Paracelso y fundamentar una línea de investigación que contemple el análisis de grandes personalidades de la historia de la humanidad. Se trata, por tanto, de una investigación histórica descriptiva en la que hemos utilizado el análisis cualitativo de documentos escritos. Las fuentes para su estudio, después de revisar múltiples trabajos sobre Paracelso, se han centrado principalmente en las indicadas al final del trabajo.

## I.- ASPECTOS DE SU BIOGRAFÍA.

**Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim** nace en 1493 en Einsiedeln, Suiza, en pleno Renacimiento europeo. Su padre era médico; le hizo conocer y admirar la naturaleza, especialmente aspectos relacionados con la mineralogía, la alquimia, le enseñó las virtudes de las plantas y lo inició en los fundamentos teóricos del arte médica, de la medicina popular. Philippus desde su infancia acompañó a su padre en las visitas a los enfermos.

A los catorce años de edad se une al grupo de estudiantes que recorre Europa buscando profesores famosos en distintas universidades. Estudia artes liberales (trívium: gramática, retórica, dialéctica, cuadrivium: geometría, aritmética, música y astronomía) junto a la medicina, teniendo una formación básicamente autodidacta. Más tarde, siguiendo la costumbre de la época, latiniza su nombre eligiendo el de Paracelso.

Paracelso estaba convencido de que el arte de sanar había que buscarlo en la naturaleza; en la observación y la experiencia que proporciona el permanecer al lado del lecho del enfermo. Había que recorrer el mundo para conocer las enfermedades y las medicinas naturales que usaban los campesinos, los artesanos, los barberos y las mujeres del pueblo. Esta creencia le lleva a realizar un largo viaje, por Europa llegando a España y Portugal, a Asia Menor y a Egipto. Practica la cirugía, como cirujano militar, en las guerras holandesas y cirujano-barbero, en Italia en 1521.

La aportación más importante de Paracelso a la medicina fue la introducción de un nuevo concepto de enfermedad. Hasta entonces la enfermedad era considerada como un desequilibrio hu-

moral. Paracelso reconoce la existencia de una causa externa para cada enfermedad por lo que su tratamiento debe dirigirse a contrarrestar la acción del agente y no a restaurar el equilibrio humoral, por ello busca compuestos químicos activos (la quinta esencia) principalmente en el mundo vegetal.

En 1526 obtiene la Cátedra de Física, Medicina y Cirugía de la Universidad de Basilea y el puesto de médico municipal. Paracelso con 33 años empieza a enseñar, a transmitir su experiencia. Ahora bien, esta actividad dura apenas un año. Su forma de enseñar, introduciendo innovaciones muy significativas como por ejemplo: invitar no solo a estudiantes sino a cualquier persona que quisiera escucharle; revelarse contra la medicina académica y el utilizar el alemán, una lengua vulgar, en lugar del latín, le crea numerosas enemistades. Paracelso no reconoce ninguna autoridad médica por encima de él que no sea la naturaleza; obtuvo resultados favorables con sus tratamientos lo que desesperaba a la clase médica de su tiempo. No obstante su fama creció y su nombre se difundió por todo el mundo. Paracelso muere a los 48 años en Estrasburgo.

## II.- SU OBRA

La obra escrita de Paracelso es muy amplia; está constituida por textos autógrafos y por manuscritos de sus discípulos, dictados por él o tomados de sus lecciones. Entre sus obras autógrafas se encuentran *Paramirum* y el *Opus Paragranum*, ambas sobre medicina; sus textos sobre la peste, su tratado sobre la sífilis, su *Chirurgia Magna*, acerca de los procedimientos quirúrgicos y *Archidosis* dedicada a la alquimia.

La mayor parte de sus obras se publicaron después de su muerte tras ser recopiladas y revisadas. En efecto, en 1894 Sudhoff recopila en una obra la bibliografía paracelsiana que complementa en 1932. En 1963 Weimann publica el periodo 1932-1960 aportando 1180 referencias bibliográficas adicionales a las consideradas por Sudhoff así como un catálogo de nuevos manuscritos de Paracelso descubiertos en el periodo 1900-1960.

El hecho de que sus obras se publiquen después de su muerte nos muestra que a sus observadores, bien porque no conocían sus escritos directamente o bien por lo extravagante de su personalidad, les dejó un gran interrogante, vieron algo más en sus planteamientos y en la forma de afrontar el tema de la enfermedad y sus tratamientos. La medicina de Galeno no respondía a los nuevos planteamientos de la ciencia y lo sorprendente es ver el número de seguidores y estudiosos de sus obras que logró crear escuela. El llamado movimiento iatroquímico que fundó la denominada Escuela Iatroquímica en Europa.

## III.- ASPECTOS RELACIONADOS CON EL MUNDO DE LA MEDICINA Y EL CUIDADO.

De acuerdo con las fuentes utilizadas tenemos que afirmar que Paracelso como otros humanistas, son a la par médicos, cirujanos, alquimistas, cuidadores... Aunque en España como en otros países al médico se le exigen estudios universitarios, sabemos que ese mundo de las profesiones médicas tarda en ponerse en claro. Desde la Edad Media el médico es considerado como doctor, intelectual; sin embargo, aquellos otros saberes prácticos, como la cirugía, quienes la practican se catalogan como médicos de segundo rango y más conforme ese campo, entre profesiones de barberos, cirujanos flebotomistas, etc. son considerados entre charlatanes, embaucadores...; de ahí que Paracelso sea algo más que un médico y más que un charlatán.

Sus aportaciones prácticas a la medicina están claras; él es a la par médico-cirujano de ahí que se centre en la curación de heridas y úlceras crónicas que habían sido mal tratadas, con exceso. Son numerosos sus hallazgos relativos a la aplicación de la química a la medicina como su conocimiento de la acción diurética del mercurio en la hidropesía y de las propiedades narcóticas de derivados del éter.

Las descripciones que ofrece de las enfermedades reflejan a menudo un conocimiento avanzado de sus características y causa: la antracosis y la silicosis; asocia el cretinismo con el bocio endémico debido al contenido mineral del agua potable en determinados lugares.

Otro tema de su interés son las aguas minerales. Pone de manifiesto la acción benéfica de las "aguas balnearias" que contienen "ácido" sobre el proceso de la digestión gástrica y en la prevención de la litiasis.

Rechaza el galenismo, pero no tanto el Hipocratismo, por eso apela a los poderes naturales de la curación. Sin embargo su forma de interpretarlos es bien distinta. Buena parte de la medicina de Paracelso era tradicional y basada en ingredientes vegetales, pero ya no aplicados como tales, sino que apela a sus componentes "activos" que logra aislar. Comprobó que las dosis que se aplicaban no eran las adecuadas y se esforzó en utilizar preparaciones químicas atóxicas.

Los elementos de los antiguos no se hallaban totalmente ausentes del mundo de Paracelso. Perteneció a una época de Reforma y de profundos cambios en todos los campos de la vida y del pensamiento humano. Desde sus ideas religiosas y reformadoras abogó también por la redistribución y reparto de la riqueza acumulada.

Si bien las teorías de Paracelso tuvieron éxito en su época, podemos decir que por su controvertida forma de vida creó muchas sospechas. Después de su muerte, fueron sus seguidores, creadores de la escuela o movimiento iatroquímico, los que estudiaron a fondo y publicaron sus obras. Algunas de ellas, sus principios fundamentales, han estado vigentes y sobre todo lo referente a la aplicación de la química a la medicina.

En 1591, la Universidad de Valencia crea la única cátedra de medicamentos químicos "*Remedii morborum secretis, et eorum usu*" (Remedios secretos de las enfermedades y su utilización) cuyo titular fue una de las personalidades médicas más destacadas de la ciudad, Lorenzo Cózar, un convencido paracelsista. Dicha cátedra representa la incorporación del movimiento paracelista a una institución académica.

Un año más tarde, en 1592, la difusión alcanzada por la técnica de la destilación condujo a Felipe II a promulgar una ordenanza que reglamentaba los medicamentos de uso interno obtenidos mediante esta técnica. Además, dicho monarca hizo construir en el monasterio de El Escorial un taller de destilación considerado como el más importante de Europa. Lo mismo que la cátedra de medicamentos químicos de Valencia, el laboratorio de El Escorial desapareció prácticamente durante el Siglo XVII.

En Europa, en 1618 se publica la *Pharmacopoeia Londinensis* que incluye secciones de "sales", "metales", "minerales", "aceites químicos", y de las "preparaciones químicas más usuales". Además, los miembros del *Royal College of Physicians* tenían sumo interés en demostrar que no habían olvidado los remedios tradicionales y contribuiría decisivamente a la tarea de conseguir una actitud de respeto hacia los preparados de los iatroquímicos en toda Europa.

#### **IV.- RESULTADOS: CONEXIONES DE LOS ASPECTOS DEL CUIDADO Y LOS PRIMEROS MANUALES DE FORMACIÓN DE LOS ENFERMEROS.**

Todo el ejercicio de la obra de Paracelso se debe a la formación, al conocimiento que tiene de diversas disciplinas y a su puesta en práctica en el ejercicio de curar y cuidar. Son varios los aspectos de sus principios aplicados al cuidado y por ello hoy nosotros los retomamos en nuestra investigación: aspectos científicos y humanísticos en los que se pone en juego no sólo la aplicación sino que exige una comprensión del fenómeno humano.

Este tema lo observamos ya en los primeros manuales ( la primera edición de "Instrucción de Enfermeros" aparece en 1617), en los que los autores se dan cuenta del campo tan amplio que abarca el cuidado, no sólo aplicar los medicamentos, sino tener en cuenta a la persona del Enfermo.

Su primer objetivo es recoger cuanto realizan para enseñar a quienes se dediquen a cuidar a los enfermos y sepan cómo hacerlo. Pero van más allá ven que para ello es necesario no sólo conocer las diversas disciplinas para interpretar aquello que observan sino proponer y realizar, si es preciso, cambios que puedan contribuir a la mejora de la salud y al bienestar de los enfermos.

Este interés por el conocimiento no sólo hace relación a los aspectos teóricos, sino a la propia investigación. Vemos en esta obra la presencia del uso del método llamado “ensayo error”, utilizado en el momento actual.

Nos centramos en este trabajo en estos dos textos porque nos ponen en camino para comprender cómo éstos, los enfermeros, han ido jalonando la Historia con pequeñas aportaciones que han contribuido a testimoniar en textos su aprendizaje desde la experimentación y posteriormente a regular su formación.

A continuación esquematizamos las conexiones encontradas en el estudio.

PARACELSO/ SEGUIDORES	INSTRUCCIÓN DE ENFERMEROS
Es enemigo de los rigores de la dieta y permite a sus pacientes que satisfagan su apetito	Aparecen numerosas referencias acerca de los alimentos que se deben de tomar
Aconseja a quien quiera enriquecer el arsenal terapéutico con nuevas drogas que las ensaye y verifique su efecto a fin de determinar si es realmente eficaz para la curación).  Es defensor del método experimental, prodiga la necesidad de experimentar y de observar los fenómenos con un sentido crítico.  Propugna que el conocimiento sobre las enfermedades se conseguía por la observación y la experimentación que proporciona el permanecer al lado del lecho del enfermo.  Esta idea de que el médico se hace a la cabecera del enfermo y que no hay medicina sin ciencia natural fue establecida anteriormente por Arnaldo de Villanova (1238-1311) al que Paracelso considera su precursor.	Aplican compuestos terapéuticos como fruto de sus observaciones a lo largo de años de experiencia. Trabajó como enfermero visitando asiduamente las distintas salas del hospital de día y de noche
Andreas Libavius (1540-1616), conocido como Libau, médico alemán seguidor de Paracelso. Su obra Alchemia escrita en 1597 constituye probablemente el primer libro no alquímico consagrado a la enseñanza de la química.	Se manifiesta la necesidad de formación de los enfermeros. Escriben el primer manual pensado, ideado para las personas que iban a dedicarse a prestar cuidados de Enfermería
Puede ser que hubiera utilizado medidas como “dejar entrar aire fresco en la habitación del enfermo”, practica rechazada por la medicina tradicional en los casos quirúrgicos y fundamental para el cuidado .	Tenían como práctica ventilar las dependencias teniendo en cuenta las distintas estaciones del año.
Opina que “que el entorno del enfermo y su actitud y fe ante la enfermedad eran tan importantes para sanar como las mismas medicinas” y que él potencia	Se preocupan por el entorno, por ejemplo, manteniendo la humedad de la habitación mediante el uso de fuentes de calor.  Utilizan oraciones y ritos para ayudar al enfermo así como la cercanía y las relación humana
“Las siete reglas de Paracelso” que coinciden en parte con las “sex res non natura” descritas por los antiguos .	Cuidan de elementos como la comida, la bebida, el descanso, el sueño, básicos en el cuidado

Los resultados obtenidos de estas fuentes nos muestran que quizá por lo controvertido de la vida de Paracelso hay aspectos que han pasado casi desapercibidos y consideramos que la Enfermería debe conocerlos.

## V.- CONCLUSIONES

- Paracelso atacó el arte de curar pero practicó y potenció el arte de cuidar.
- En las grandes figuras de la historia como Paracelso encontramos aportaciones clave para los cuidados, lo demuestra en su visión panvitalista de la vida en la que algunos autores han extractado las "7 reglas de Paracelso".

## VI.-FUENTES

- Codorniu y Nieto A y De la Rubia JM. Compendio de la historia de la medicina. Volumen 1. Madrid, Boix, 1839. pag: 166-175.
- Delgado H. Paracelso. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas. Tomo XXIV, Nº 2, Lima , 1941. pag: 133-176.
- Laín Entralgo P. Paracelso y los paracelsistas. Historia Universal de la Medicina. Tomo IV. Medicina moderna. Barcelona: Salvat editores, 1973. p: 107-129.
- Pérez-Bustamante JA. De la Cosmofísica panvitalista paracelsica a la autoafirmación de la Química como nueva ciencia. 1995, Lull, Vol. 18. p:183-212.
- García Martínez AC, García Martínez MJ, Hernández Martín FJ, Pérez Melero A y Pinar García ME. Presentación y análisis de la obra Instrucción de enfermeros. Madrid, Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería, 1998.
- Esteban S. Paracelso el médico, Paracelso el alquimista. Anales de la Real Sociedad Española de Química. 2003, 99(4):53-60.
- López S. Directorio de Enfermeros y artífice de obras de caridad para curar las enfermedades del cuerpo. Edición transcrita por Antonio M<sup>a</sup> García Martínez y Manuel Jesús G<sup>a</sup> Martínez. C.G.E., 2001 Madrid

## VII.-BIBLIOGRAFÍA

- Pérez-Bustamante JA. Paracelso (1493-1541): insólito revolucionario renacentista. Química e Industria, 1993, Septiembre:61-65.
- Domenech X. Paracelso: el principio del fin de la alquimia. Mundo Científico 1993. Nº 134:346-349.
- Gesner C. Tesoro de los Remedios Secretos de Evónimo Filiatro. Madrid: Estudios superiores del Escorial, 1996.
- López-Piñero JM. La medicina en la historia. Madrid, La esfera de los libros, 2002. p:262-273.
- Esteban S. La química en el renacimiento. Anales de la Real Sociedad Española de Química. 2004, 100(3): 60-67.
- Lugones M, Ramírez M, Miyar E. Paracelso. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2013, 29(1):105-110.

# FRAY FARFÁN: PRIMER MANUAL DE ENFERMEDADES DE LA NUEVA ESPAÑA 1592. CUIDAR CON PLANTAS

*Fray Farfán: First diseases handbook in New Spain (1592).  
Caring through plants*

Fraile Bravo, M.

Universidad de Extremadura

Hernández Neila, LM.

Universidad de Extremadura

Feria Lorenzo, DJ.

Universidad de Huelva

**PALABRAS CLAVE:** Manuales Cuidados, Cuidados América, Fray Farfán

**KEY WORDS:** Hand Care, Care New Spain, Fray Farfán

**RESUMEN:** Fray Agustín Farfán, Médico sevillano se establece en México practicando la llamada medicina novohispana, apoyada en los tratados de Hipócrates, Galeno y Avicena. Allí publica en 1592 el que es considerado el primer tratado de Medicina, el Tratado Breve de Medicina y de todas las enfermedades que a cada passo se ofrecen.

Considera como el primer tratado de Medicina, este tratado podía ser utilizado incluso por personas no doctas. Establece el uso de plantas como remedios caseros, y es uno de los primeros en añadir remedios y plantas indígenas como fenómeno de aculturación.

**ABSTRACT:** Fray Agustin Farfán, Seville is set to Mexico Medical practicing medicine called New Spain, supported by the treaties of Hippocrates, Galen and Avicenna. All published in 1592 which is considered the first treaty of Medicine, Tratado Breve de Medicina y de todas las enfermedades que a cada passo se ofrecen.

Considered the first treaty of Medicine, could be used even by people not learned. Sets the use of plants as home remedies, and is one of the first to add remedies and indigenous plants as a phenomenon of acculturation.



## INTRODUCCIÓN

La colonización de América a partir de 1492 supone la traslación de las formas de vida imperantes en España en esa época. El fenómeno de la Evangelización en Nueva España (México) se vio influenciada de una manera importante por el catolicismo, en la figura de misioneros españoles, concretamente la congregación Agustina quien desplegó su influencia en este territorio americano, y más concretamente en regiones remotas donde el acceso a los médicos era, en la mayor parte de los casos, inexistente.

La Biblia establece dentro de los actos de Piedad a las necesidades del cuerpo, el cuidado de los enfermos, Cuidado que se llevó a cabo por misioneros religiosos (Agustinos) como parte de sus Obras de Misericordia.

Esta forma, la de la realización de Cuidados como Obras de Misericordia, fue la principal forma de atención sanitaria que recibieron los pueblos indígenas, haciendo que se desarrollara la que fue llamada medicina novohispana.

## OBJETIVOS

Son objetivos de este trabajo:

- 1- Estudiar el Manual Tratado Breve de Medicina y de las enfermedades hecho por el padre Fray Luis Agustín Farfán
- 2- Conocer los comienzos de los cuidados aplicados en la Nueva España a través del Manual de Fray Agustín Farfán 1592.
- 3- Establecer los métodos de curación utilizados en la Nueva España establecidos en el manual de Farfán.

## METODOLOGÍA

Método heurístico en el manejo de fuentes escritas y método Hermenéutico deductivo, Submétodo cronológico, geográfico.

Se han utilizado Fuente escritas impresas.

- 1- Fuente Primaria: Facsímil del "Tratado Breve de Medicina y de las enfermedades hecho por el padre Fray Luis Agustín Farfán Impreso en Nuevo Méjico 1592
- 2- Fuentes secundarias: libros y artículos de revistas

## RESULTADOS

No se ponen muy de acuerdo los autores para establecer una fecha y un lugar de nacimiento para Fray Agustín Farfán. Se acepta por la mayoría de los autores el año de 1532<sup>1 2 3</sup> Aunque hay quien difiere del lugar<sup>4</sup>, también se acepta Sevilla.

---

1 López Piñero, JM Fresquet Febrer JL. Y medicina de la conversión: Fray Agustín Farfán El Mestizaje cultural y la medicina novohispana del S XVI. Universidad de Valencia 1995

2 Pardo Tomás, J. Pluralismo Médico y medicina de la conversión: Fray Agustín Farfán y los agustinos en Nueva España, 1533-1610 Hispania, Vol. 74, Nº 248 (2014): 749-776

3 Coria López. Medicina cultura y alimentación: La construcción del Alimento indígena en el imaginario médico occidental a través de la visión del Doctor Francisco Hernández. Anales antropología, 48-I (2014): 59-77

4 Nicolás León señala la misma fecha de nacimiento, pero sostiene que nace en Méjico, de madre sevillana

Pedro García Farfán estudió medicina en las Universidades de Alcalá y Sevilla. Viene a aceptarse por todos los autores que estudió medicina en Sevilla y se doctoró en la Universidad de México en 1567<sup>5</sup>

Fue médico de Cámara de Felipe II, cargo que abandonó por quedarse sordo. Pasa a Nueva España en 1557, con su esposa y sus tres hijos. Cuando muere su esposa toma los hábitos en 1569. Muere en 1604.

El primer tratado que Fray Farfán publica en 1579 es *Tractado Breve de Anathomía y Chirurgia. México*. En la Imprenta de Antonio Ricardo<sup>6</sup>

Fruto de la ampliación de este tratado surge el que nos ocupa, que se publica en 1592 por Pedro Ocharte. Las fuentes en las que se basa

El verdadero Objetivo de Fray Farfán con la publicación de este tratado es la de *ayudar a la gente pobre y ausente que carece del socorro de médicos para remedio de las enfermedades que padecen las gentes que habitan pueblos de indios*<sup>7</sup> especialmente en aquellos lugares en los que hubiera falta de médicos y boticas. La idea es que el tratado pueda ser utilizado por todo buen cristiano. No tiene intención de escribir para los médicos, aunque pueden leer este su tratado<sup>8</sup>.

Fray Farfán pretende utilizar un lenguaje muy claro para ser entendido por cualquier persona. Los remedios serán los más caseros precisamente para poder ser usados de forma universal facilitando que puedan ser hallados y utilizados fácilmente por personas no doctas en medicina.

Fray Farfán es llamado *el primer médico genuinamente mexicano*<sup>9</sup> de hecho este tratado, junto con otras fuentes coetáneas, llegan a conformar la llamada "medicina *tequitqui*" donde el mestizaje y la fusión cultural inclina la balanza hacia las prácticas médicas autóctonas.<sup>10</sup> el hecho de ser uno de los primeros manuales que suma a la botánica europea tanto los remedios caseros como las plantas autóctonas de México, le convierte en uno de los primeros exponentes del fenómeno de aculturación inversa<sup>11</sup>

Manual dividido en 5 libros, con sus capítulos correspondientes, dedicados a diferentes patologías específicas: estómago, curas y cuidados de bubas y calenturas, Cirugía (libro IV) y Libro V a la Anatomía.

na. En Los agustinos en el Kollasuyo Arteaga Cabrera W. Tratado breve de medicina por Fray Agustín Farfán de la orden de San Agustín. Obre Impresa en México por Pedro Ocharte en 1592. Archivos bolivianos de historia de la medicina. Vol 7 N°1 enero-junio 2001.

5 Arteaga Cabrera.

6 Cid-Carmona, VJ. Antonio Ricardo: aportaciones a la tipografía médica mexicana del siglo XVI. Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina. Vol 8 N° 2 septiembre 2005.

7 Farfán Fray Agustín. Tratado Breve de Medicina y de todas las enfermedades que a cada passo se ofrecen. En México con Privilegio en casa de Pedro Ocharte de 1592 años. Edición facsímil Edit Maxtor Valladolid 2003. Pag 1

8 Ibidem Libro Primero. Capitulo Primero.

9 Cruz, S. Medicina española renacentista en al Biblioteca novohispana de Melchor Pérez de Soto (1655). Boletín del Instituto de Investigaciones bibliográficas. Tomo I, N° 1. Enero-junio 1965. Universidad Nacional autónoma de México

10 Somolinos, G Los impresos médicos mexicanos (1553-1628), en Comas et alt. El mestizaje cultural y la medicina novohispana del siglo XVI. Pp 145-296 Valencia. Instituto de estudios documentales e Históricos sobre la ciencia.

11 Rey Bueno, M. Herbolaria de Indias. Apuntes para una materia médica del Nuevo Mundo (1516-1626). Azogue Vol 7: 251-259. 013.

Explica la existencia de cuatro humores en el cuerpo: sangre, flema, cólera y melancolía, estableciendo una cosmovisión con una dualidad frío/caliente. (Libro I)

Establece un alegato a favor de los estilos de vida saludables en los que el vino está total y absolutamente denostado, no así el agua de cerveza, donde la alimentación es el eje de la curación a través de remedios caseros.

Dentro de los estilos de vida, la alimentación actúa como causa principal en el *Mal del estómago*, sobre todo en gente joven y robusta se deben al mal orden y a la mala regla que tenemos en comer y beber... "Nos mata la gula", afectando incluso a la sexualidad, ya que la lujuria y el desenfreno después de comer y cenar es lo peor para la flojera del estómago.

En la cura de la tos (L I CAP X) recomienda no seguir a aquellos que se hacen médicos sin serlo y recomiendan beber vino "el vino los degüella". El agua cocida es terapéutica y dormir después de comer hace que *se encienda mucho la sangre y es muy dañino... Y es verdad que a muchos les he quitado el vino, y les mando que cenar poco les he dado la vida*.

Paradójicamente, sí que utiliza el vino para macerar pasas, y luego beber el vino para "corregir" el estómago. Incluso tomar una vez al mes cuatro onzas de vino cocido, confortan el estómago y dan ganas de comer.

En este capítulo, Farfán establece un listado de alimentos de todo tipo agrupándolos en alimentos dañinos para el estómago y alimentos bondadosos.

En la primera parte de la obra relaciona la manera en la que afectan de forma negativa a la salud diversos alimentos y su forma de preparación: -comer fruta verde y comer alimentos aun a sabiendas de que sienten mal.

También ayuda, en el estilo de vida, ponerse la mano sobre el estómago para dormir, así como acostarse del lado del hígado, ayudando a la digestión.

En su Libro II hace referencia a la buena y mala praxis médica, por existencia de *médicos que curan y médicos matasanos, que prometen a los enfermos que se van a curar en 15 días y a los que no matan los dejan peor que antes* (LII CAP III).

El Libro II dedica varios capítulos a la cura de las Bubas: El papel que juega la zarzaparrilla en la cura de las bubas y otros males, el Guayacán para las bubas y la manera en la que se han de aplicar las unciones y sahumerios para el tratamiento de las bubas.

Los cuidados parten del establecimiento de remedios caseros basados en la flora mejicana y en sus características botánicas, sus propiedades medicinales y alucinógenas<sup>12</sup>

## CONCLUSIONES

El primer objetivo del Manual de Fray Farfán al escribir este manual, es que sirva de Guía de actuación para médicos, pero sobre todo en aquellos lugares remotos de la Nueva España donde no los hay.

Fray Farfán es llamado *el primer médico genuinamente mexicano* de hecho este

El Tratado Breve de Medicina y de todas las enfermedades que a cada passo se ofrecen, recoge toda la patología imperante en ese momento y Farfán aprovecha los recursos existentes en el contexto, ya que emplea la botánica endémica utilizando tanto la nomenclatura española como indígena para poderlo diferenciar, configurando un elemento importante del fenómeno antropológico de la aculturación inversa.

---

12 Galeote. Nombres indígenas de plantas americanas en los tratados científicos de Fray Agustín Farfán BFUCh XXXVI (1997): 119-161

Manual fuertemente influenciado por el Catolicismo y la concepción hipocrática y Galénica, así como por los tratados de Botánica datados en época del Imperio romano concretamente los de Plinio y Dioscórides, gran detractor de la toma de vino, suprimiéndolo de forma general, lo utiliza para formar parte de remedios q confortan el estómago, eso sí, casi siempre elaborado.

A juzgar por la dedicación, las bubas eran una patología muy frecuente en la época y su tratamiento tenía varias versiones.

## BIBLIOGRAFÍA

- López Piñero, JM Fresquet Febrer JL. Y medicina de la conversión: Fray Agustín Farfán El Mestizaje cultural y la medicina novohispana del S XVI. Universidad de Valencia 1995
- Pardo Tomás, J. Pluralismo Médico y medicina de la conversión: Fray Agustín Farfán y los agustinos en Nueva España, 1533-1610 *Hispania*, Vol. 74, Nº 248 (2014): 749-776
- Coria López. Medicina cultura y alimentación: La construcción del Alimento indígena en el imaginario medico occidental a través de la visión del Doctor Francisco Hernández. *Anales antropología*, 48-I (2014): 59-77
- Nicolás León. Los agustinos en el Kollasuyo Arteaga Cabrera W. Tratado breve de medicina por Fray Agustín Farfán de la orden de San Agustín. Obra Impresa en México por Pedro Ocharte en 1592. *Archivos bolivianos de historia de la medicina*. Vol. 7 Nº1 enero-junio 2001.
- Cid-Carmona, VJ. Antonio Ricardo: aportaciones a la tipografía médica mexicana del siglo XVI. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*. Vol. 8 Nº 2 septiembre 2005.
- Farfán Fray Agustín. Tratado Breve de Medicina y de todas las enfermedades que a cada passo se ofrecen. En México con Privilegio en casa de Pedro Ocharte de 1592 años. Edición facsímil Edit. Maxtor Valladolid 2003. Pág. 1
- Cruz, S. Medicina española renacentista en la Biblioteca novohispana de Melchor Pérez de Soto (1655). *Boletín del Instituto de Investigaciones bibliográficas*. Tomo I, Nº 1. Enero-junio 1965. Universidad Nacional autónoma de México
- Somolinos, G Los impresos médicos mexicanos (1553-1628), en Comas et al. El mestizaje cultural y la medicina novohispana del siglo XVI. pp 145-296 Valencia. Instituto de estudios documentales e Históricos sobre la ciencia.
- Rey Bueno, M. Herbolaria de Indias. Apuntes para una materia médica del Nuevo Mundo (1516-1626). *Azogue* Vol. 7: 251-259. 013
- Galeote. Nombres indígenas de plantas americanas en los tratados científicos de Fray Agustín Farfán *BFUCh XXXVI* (1997): 119-161.



# INSTRUMENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS EN LAS PROVINCIAS DE LA HISPANIA ROMANA

## *Medical and surgical instruments in roman Hispania Provinces*

Eladio J. Rolo Carrón, Elena Pérez Martín  
Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla"

**PALABRAS CLAVE:** Instrumental médico, quirúrgico, Hispania romana. medical and surgical instruments, Roman empire.

**RESUMEN:** Se describen materiales médico-quirúrgicos romanos como parte esencial del estudio de la salud, la enfermedad y del sistema sanitario romano, encontrados en la que fue entonces la Hispania romana. Los primeros hallazgos de este tipo de material se remontan al año 1919 por J.R. Mélida, el objeto en cuestión era un "especulum magnum matricis". Así pues, los yacimientos que se han estudiado principalmente son Emerita Augusta, Segobriga, Carmona y Osuna, dado su estudio reciente (en los últimos 30 años). La tipología de los materiales son: estiletes, sondas, sondas de oído, escalpelos y por supuesto pinzas de disección, el material de fabricación era el bronce, la procedencias probablemente de Talleres en la propia Hispania y con una cronología imperial.

Describe packaging materials Roman as an essential part of the study of health, illness and the Roman health system, found in what was then the Roman Hispania. The first finds of this type of material dating back to the year

**KEY WORDS:** medical and surgical instruments, Roman empire.

**ABSTRACT:** Roman medical and surgical materials are described as an essential part of the study health, disease and the Roman health system. The objects themselves contained in the Spanish museum catalogs, reports of excavations in the late twentieth and early twenty-first century, epigraphic sources that accompanied these materials, articles Roman literature and history of medicine were reviewed. Were analyzed and classified the different types of materials, compared with sites of the Lusitania, the Tarraconensis and Baetica, and its contextualization if any. Materials medical and surgical sites were present in many of the Iberian peninsula, the former Roman Hispania, the early twentieth century has the first reference this type of material, a "speculum magnum matricis" in 1919 by JRMélida.

Thus, the sites that have been studied are mainly Emerita Augusta, Segobriga, Carmona and Osuna, given its recent (last 30 years), as the existence of archaeological contextualization of the first two. The types of materials

1919 by J.R. Mélida, the object in question was a "magnum matricis Speculum". So, the sites have been studied mainly are Emerita Augusta, Segóbriga, Carmona and Osuna, given its recent (in the past 30 years). The types of materials are: styli, probes, ear, and scalpels and of course dissection tweezers, probes the manufacturing material was bronze, the origins probably own Hispania and a chronology of the imperial workshops.

are: stiletos, probes, ear probes, scalpels and dissecting forceps course, the manufacturing material was brass, the likely sources of Workshops in Hispania own and with imperial chronology. In conclusion, treatment of diseases and health care spread throughout the Roman Empire, drinker of Greek and Egyptian knowledge but creating a solid infrastructure either military or civilian as evidenced by the material objects of this study.

## INTRODUCCIÓN

El material médico-quirúrgico romano es una tipología aparte en la arqueología referida a la historia romana, como bien es sabido, la historia de Roma se divide en dos épocas fundamentales que son la Roma republicana y la Roma imperial. Los objetos recuperados en las muchas excavaciones no son aclaratorios sobre como entendían los romanos la salud, la vida, la enfermedad y la muerte, todos estos descubrimientos deben ser estudiados no solo en su morfología, estructura y composición sino que deben de tener un estudio intenso del contexto donde fueron descubiertos y relacionarlos con las fuentes literarias y epigráficas principalmente.

No se pretende abarcar la inmensidad de materiales recuperados, así que nuestro universo se limita a las provincias romanas imperiales.

Son imprescindibles para iniciar un estudio sobre este tipo de material las publicaciones de BOROBIÁ MELENDO, E 1988 sobre material en la Hispania Romana y de MONTEAGUDO GARCÍA, L 2000 sobre la cirugía en el Imperio Romano, si bien los estudios revisados son sobre excavaciones o materiales recuperados en yacimientos puntuales de la Península Ibérica.

## HISPANIA ROMANA

Antes nos hemos referido al punto de inflexión que supone el paso de la República al Imperio, esto es principalmente obra de Augusto y que tiene su máximo exponente en tierras Hispánicas con las Guerras Cántabras. Tras la pacificación de las tierras de norte peninsular entre el 24 -19 a.C. se inicia la estructuración de las tierras de la Hispania, se vertebró con una red viaria y se procedió a cambios en las estructuras políticas y de ordenación del territorio para obtener la progresiva romanización total, esta es obra también de la dinastía Julio -Claudia.

## MATERIALES MEDICO- QUIRURGICOS

Los tipos de materiales encontrados en las diferentes excavaciones se clasifican en varias categorías y los encontramos en los catálogos de los museos y publicaciones que se han revisado, con respecto a los catálogos son de esencial interés los del Museo Arqueológico Nacional en Madrid y el Museo Nacional de Arte Romano de Mérida.

Es intención de este trabajo mostrar desde la humildad los diferentes tipos de materiales, donde se encontraron, a quien pudieron pertenecer, cuál era su uso y la vida y patologías de las personas que trataban esas enfermedades así como su estatus jurídico en el mundo romano.

## LAS PINZAS DE DISECCIÓN O QUIRÚRGICAS



(1)



(2)



(3)

Las pinzas podrían utilizarse para fines médicos u ornamentales pero queda claro que las pinzas con dientes eran exclusivas de utilidad quirúrgica muy similar a las actuales pinzas de disección, estas tres imágenes proceden de excavaciones en Emerita Augusta (Mérida), el nº 1 es una pinza de disección encontrada en los almacenes del anfiteatro romano y el nº 2 y 3 de ajueres de tumbas de médicos que ejercieron en Emerita.

Lo significativo de estos hallazgos es que de las 4 pinzas con dientes encontradas en la Península Ibérica tres de ellas están en Mérida. Todas ellas son de época imperial

## SONDAS



La sonda responde al término latino *speculum* y era una pieza utilizada para medicina como para la preparación de medicamentos, aunque en la imagen vemos una espátulada en uno de sus extremos las había de diferentes tipos para explorar oídos, fosas nasales y sobre todo para explorar heridas. Este tipo de material se ha encontrado en yacimientos de Emerita Augusta al que corresponden las imágenes, en Segóbriga y en Carmona.

## ESCALPELOS





Los escalpelos u hojas de bisturí, el objeto corresponde a la hoja y podría llevar ajustada un mango de madera sujeto con cuerda para evitar el movimientos, este es un objeto determinante pues si inclusión o no en los diferentes catálogos revisados nos hace pensar en la diferencia de ajuares de cirujanos o de medicaes, como demuestra los materiales de Carmona y Segobriga.

## CONCLUSIONES

Los materiales médico-quirúrgicos son un abundantísimo tipo de material arqueológico de época imperial romana lo que nos lleva a la existencia de medicaes y cirujanos que se ocupaban de la salud y de la enfermedad. Según los estudios epigráficos se constatan no solo que esta profesión la desarrollasen hombres sino también mujeres, aunque no queda determinada la especialidad que desarrollaban pues podía estar dirigida al ámbito materno-infantil. El estatus jurídico en su mayoría era el de Libertos aunque también encontramos siervos.

Estos materiales se utilizaban para la exploración de cavidades, tumores, abscesos, heridas y para realizar drenajes; las sondas espatuladas podrían tener un fin farmacológico y en la administración de medicamentos o unguentos así como utilizarlas de depresor.

Muchas de las pinzas de disección, un total de 64 en la Península, podría ser de finalidad cosmética.

Solían ser generalmente de bronce y no queda claro, pero podrían haberse fabricado en talleres locales de la Hispania lo que implica una clara importancia de este tipo de actividad económica.

## BIBLIOGRAFÍA

- BOROBIA MELENDO, E.L. (1998): "*Instrumental médico-quirúrgico en la Hispania romana*" Madrid.
- BLANCO CORONADO, F.R. ET AL (2005): "*las pinzas quirúrgicas del instrumental médico de Avgvsta Emerita*" *Centro de Estudios Extremeños. Badajoz*.
- SANTAPAU. M.C. (2003): "*Instrumental médico-quirúrgico de Segóbriga (Saelices, Cuenca). Hallazgos de las campañas de 1999-2002*", *Bolskan*, 20: 287-295.
- MONTEAGUDO GARCÍA, L. (2002): "*La cirugía en el Imperio romano*", *Anuario brigantino*, 23: 85-150.
- MARTIN RUIZ, J. A. ET AL (2013): "*Instrumental médico de época romana procedente de Carmona conservado en el museo municipal de Pizarra*."
- ALONSO ALONSO, M. A. (2011): "*Medicae y obstetrices en la epigrafía latina del Imperio Romano. Apuntes en torno a un análisis comparativo*".
- BLÁZQUEZ, J.M. (1995): "*HISTORIA DE LA ESPAÑA ANTIGUA*" TOMO II. Ed. Cátedra.

# LA TERAPIA MUSICAL COMO INTERVENCIÓN ENFERMERA

## *Musical therapy as a nurse care*

Lorena Oterino Faundez  
Isabel Gómez Muñoz  
Rosana Revuelta Arroyo

Hospital Comarcal Sierrallana / Tres Mares. Torrelavega Cantabria

**PALABRAS CLAVE:** Música, terapia, enfermería.

**KEY WORDS:** Music, therapy, nursing.

**RESUMEN:** El objetivo de esta revisión es describir el uso de la música en los cuidados enfermeros.

Desde el comienzo de los tiempos la música ha sido utilizada para expresar sentimientos y realizar ritos mágicos y religiosos. Se ha empleado con fines terapéuticos en diferentes épocas y culturas.

Encierra un gran potencial terapéutico que radica en los efectos tanto a nivel fisiológico como psicológico.

El actual concepto multidimensional de salud requiere un abordaje holístico, lo que justifica el uso de la musicoterapia como disciplina creciente y su inclusión en la taxonomía enfermera.

**ABSTRACT:** The objective of this review is to describe the use of music in nursing care. From the beginning of time music has been used to express feelings and perform magic and religious rituals. It has been used for medicinal purposes in different times and cultures. Has great therapeutic potential that lies in the effects both physiological and psychological level. The current multidimensional concept of health requires a holistic approach, which justifies the use of music therapy as a growing discipline and inclusion in the nurse taxonomy.

## INTRODUCCIÓN

El concepto de música como terapia ha existido en la mayor parte de las culturas y en todas las épocas, ya sea de forma explícita o implícita.

### 1-CULTURAS PRIMITIVAS

Los brujos y los chamanes empleaban la música en los ritos mágicos y religiosos para inducir estados de conciencia. La música tenía un origen divino por ello los médicos practicaban gran número de cantos, gritos y bailes para expulsar los efectos malignos y atraer los benignos.(1)

Las canciones se asociaban a momentos importantes de la vida de los hombres: nacimientos, ritos funerarios, cosechas, bodas...



*Danza ritual de Arqueros.*

### 2-ANTIGUA GRECIA - EDAD MEDIA

En muchas culturas previas al Cristianismo, se interpretaba la enfermedad como un efecto del pecado y la música se empleaba en las ceremonias religiosas para aplacar la ira de los Dioses.

En Grecia se desarrolló la Teoría de los Humores (sangre, flemas, bilis negra y amarilla) para explicar la salud (equilibrio entre los humores) y la enfermedad (desequilibrio). Teoría que se mantuvo durante casi dos milenios. La música se adaptó a esta teoría para explicar su acción terapéutica por su capacidad de normalizar los humores desequilibrados por la enfermedad. (2)

Pitágoras, describe la música como medicina del alma. Platón creía en su carácter divino y que esta podía dar placer o sedar. Pero el primero en teorizar sobre la influencia en los seres humanos fue Aristóteles. A él se debe la Teoría de Ethos o de los Modos que cree que la música provoca distintos estados de ánimo y que cada uno de los elementos de la música (melodía armonía y ritmo) ejercían unos efectos sobre la parte fisiológica emocional, espiritual y sobre la fuerza de voluntad del hombre. (3)

Galeno habla de como podía contrarrestarse los efectos de las picaduras de serpientes de la depresión o de los estados de tristeza utilizando la música. (2)

En la Edad Media, el Canto Gregoriano se estudiaba por su capacidad de generar paz y sosiego, pre-dispone a la meditación trascendental y previene la caída del cabello. (2)

En España el teórico más importante es Bartolomé Ramos de Pareja con su libro "Música Practica" (1482).



*Partitura de Canto Gregoriano.*

### 3- SIGLOS XVI-XIX

Se inicia el estudio de los efectos de la música desde un punto de vista científico. Se comienza a hablar de 3 elementos fundamentales en su aplicación terapéutica: la naturaleza del trastorno a tratar, las preferencias musicales del paciente y la relación terapeuta/enfermo. (4)

Richard Brown escribió "Medicina Musical" donde se estudia la aplicación de la música

en las enfermedades respiratorias, descubriendo que cantar perjudica en casos de neumonía y de cualquier otro trastorno inflamatorio de los pulmones. Sin embargo, defendía su uso en los enfermos de asma crónico demostrando que los ataques se espaciaban en el tiempo si cantaban (5)

1853-1856 Guerra de Crimea: Florence Nightingale es la primera enfermera que describe el efecto beneficioso de la música y la utilizó como parte de los cuidados que prestó a los soldados. Narró como las enfermeras usaban la voz y la música de las flautas para provocar efectos beneficiosos en soldados con dolor. (6)



*Enfermeras en la Guerra de Crimea.*

Este hecho fue fundamental para el comienzo de la generalización de su uso en el tratamiento de las funciones físicas y psíquicas. (6)

En 1950, se funda la "National Association for Music Therapy" en EEUU que define la Musicoterapia como el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental". (1)

Está descrita en nuestra disciplina como intervención enfermera en la taxonomía Nursing Interventions Classification (NIC) desde su primera edición en 1992, en la que se describe como "utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o a nivel fisiológico" (7)

## OBJETIVOS

Describir la evolución del uso de la música en los cuidados enfermeros.

## METODOLOGÍA

Revisión de la literatura existente, accediendo a distintas bases de datos y plataformas: MEDLINE, PUBMED, Google Académico.

Se ha consultado también la web [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com).

## CONCLUSIONES

El actual concepto multidimensional de salud requiere un abordaje holístico, lo que justifica la contribución de la musicoterapia como disciplina creciente y su inclusión en la taxonomía enfermera.

La musicoterapia constituye una terapia alternativa como complemento a la medicina tradicional.

## BIBLIOGRAFÍA

1- Betes del Toro M. Fundamentos de musicoterapia (2000) Ed Morata Madrid.

- 2- Poch Blasco, Compendio de Musicoterapia (I, II) (1999) Biblioteca de Psicología .Textos Universitarios, Ed. Herder. Barcelona.
- 3- Alvin J. Musicoterapia (1967) Paidos .Buenos Aires
- 4- Valderrama Hernández R, Patiño Tovar H, Vázquez Rojas V, La historia de la musicoterapia en la antigüedad (2010) Revisión teórica.
- 5- Palacios Sanz J.I. El Concepto de la musicoterapia a través de la Historia (2001) Revista Universitaria de formación del profesorado N° 42 PP19-23.
- 6- Nightingale F. Notas sobre enfermería. (1990), Ed Salvat, Barcelona
- 7- Bulneck GM , Butcher HK , Mccloskey JC Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC) 5º 2009 Ed. Elsevier Barcelona.

# IDENTIFICACIÓN DEL LENGUAJE TRADICIONAL DEL CUIDADO EN LOS TEXTOS BÍBLICOS

## *Traditional language identification of care in biblical texts*

Carmen Goday Arean  
Alexandra González Acuña  
Marta Fernández Batalla  
SERMAS

**PALABRAS CLAVE:** Biblia, Enfermería y Lenguaje.

**KEY WORDS:** Bible, Nursing and Language.

**RESUMEN:** En Los últimos años estamos asistiendo a la incorporación en nuestro ámbito profesional de lenguajes del cuidado que han sido desarrollados en lengua inglesa, y por lo tanto, incorporamos en nuestro medio, no solo una forma de denominar el cuidado, sino también una cultura y una tradición cultural diferente.(NANDA-NOC-NIC)

Por lo que para poder aplicar estos lenguajes en nuestro ámbito, es necesario adaptarlos y traducirlos a la lengua española.

En nuestro estudio planteamos que las bases conceptuales del cuidado, en nuestro ámbito, pivotan entre dos aspectos: Por un lado, la base cultural del cuidado, pertenece a la tradición judeo-cristina-católica, con una clara influencia sobre el desarrollo conceptual del cuidado y la institucionalización del mismo en España.

Por otro lado y como medio de expresión cultural, tenemos la Biblia, como fuente del conocimiento del cuidado y que denominaremos "lenguaje tradicional".

**ABSTRACT:** In the last years we are witnessing the incorporation in our professional field of languages of care that have been developed in English, and therefore, we incorporate in our environment, not just another name for the care, but also a culture and different cultural tradition. (NANDA-NOC-NIC)

So to apply these languages in our area, it is necessary to adapt and translate them into Spanish.

In our study we argue that the conceptual basis of care in our area, pivot between two aspects: First, the cultural basis of care, belongs to the Judeo-Christian-Catholic tradition with a clear influence on the conceptual development of care and institutionalization of it in Spain.

On the other hand and as a means of cultural expression, we have the Bible as a source of knowledge of what we call "traditional care".

## INTRODUCCIÓN

La comunidad científica enfermera ha definido al cuidado como el objeto de su disciplina, por lo tanto el análisis de este constructo y su relevancia es un campo de análisis propio de la enfermería. Pero este análisis no puede estar separado de cómo este "cuidado" es simbolizado y categorizado a través del lenguaje en un contexto determinado, es decir como se elabora y reelabora el cuidado, tanto en nuestro que hacer en la práctica como en la trasmisión de conocimiento y su elaboración filosófica.

Con la llegada del Cristianismo la idea de cuidado se modifica, así como la necesidad e importancia de la atención a los enfermos, cobrando ésta especial relevancia y convirtiéndose así en una de las principales obligaciones del buen cristiano, la caridad y la atención al enfermo y al necesitado, favoreciéndose la institucionalización del cuidado enfermero basado en el concepto de ayuda al otro, pero relegados a un lugar secundario y sin necesidad de explicación. (1; 2; 3; 4)

La institucionalización del cuidado, esta propiciado por la aparición de hospitales (dirigidos por religiosos/as) para pobres y enfermos, así como el desarrollo de Monasterios y Conventos dedicados a socorrer al peregrino y al pobre o necesitado. En esta etapa, lo verdaderamente importante de las personas (fundamentalmente monjes y monjas) dedicadas al cuidado de los enfermos, eran las actitudes que debían mostrar y mantener, debían de actuar en nombre de Dios, permanecer en el seno de la Iglesia, hacer votos de castidad, obediencia y sumisión y tener un gran sentido de la religiosidad y la caridad. Por lo que como dice Kerouac (5), citando a Collière." Las motivaciones espirituales y humanitarias son las que influyen profundamente los cuidados enfermeros. Este cuidado que se dedica a la envoltura corporal, tiene como finalidad el cuidado del alma".

Dentro de las normas, que debían cumplir las personas que se dedicaban a la atención del pobre y el necesitado se encuentra el rechazo al contacto corporal con el enfermo, por tanto "la enfermera" basaba sus cuidados en la palabra y en los consejos morales. Estas enfermeras tenían muy pocos conocimientos teóricos y los procedimientos que realizaban eran muy simples. Por lo tanto el significado que tiene el cuidado en este momento, está inscrito en el dogma cristiano de pobreza, obediencia y castidad. (2) (4)

La Reforma protestante trae como consecuencia un cambio en la orientación de los "cuidados enfermeros". En el mundo protestante se abandona la idea de caridad y salvación, que fundamenta el cuidado en el mundo católico. Debiendo ser asumido este por la comunidad, por lo que se cierran los hospitales dirigidos por religiosos. Por lo que estos cuidados en el mundo protestante, van a ser asumidos por personas "de la calle" (ex convictas, prostitutas, mujeres con necesidad de trabajo). (2) (3) (4). Este periodo donde se abandona el cuidado institucionalizado por las órdenes religiosas provoca un deterioro en la asistencia a los enfermos importante, que durara tres siglos y será denominado por la Dra. Conesa como "Época oscura de la Enfermería" en el mundo protestante (2). Que propiciara una evolución diferente con respecto al cuidado.

En el mundo protestante se produce la secularización de los cuidados, mientras que en los países de influencia católica, la administración de los cuidados sigue en manos de religiosos tanto hombres como mujeres (2) (4). Esta secularización del cuidado, trajo como consecuencia la necesidad de tener personas formadas para poder administrar cuidados a los necesitados, generándose así las primeras escuelas de formación de enfermeras en Inglaterra en el siglo XIX, o en EE. UU. En palabras de la Dra Conesa:

"La aparente contradicción, que sobre los cuidados que reinaba en el ámbito Protestante, favoreció el desarrollo de los mismos, alejándolos de la actividad caritativa y acercándolos a la "profesionalización", lo que obligara a la sistematización y la construcción disciplinar" (2).

Va a ser en el mundo Anglosajón donde se desarrollen los diferentes modelos y teorías enfermeras más importantes de nuestra disciplina.

Tomando la definición de Ciencia como el conocimiento atravesado por la observación, el pensamiento, el lenguaje y la habilidad práctica. Este conocimiento acerca del mundo y contextualizado en un determinado momento, toma relevancia en este contexto, el lenguaje. Entendiendo el lenguaje como una realidad social (6), cuya capacidad de simbolización tiene un gran peso en la transmisión del conocimiento y como elemento comunicador principal, por lo que no podemos entender la cultura sin el lenguaje, con lo que esto supone a la hora de la transmisión de conocimientos, pautas sociales, valores y creencias. Por lo tanto introducir el análisis del lenguaje en relación con el cuidado es uno de los aspectos importantes para conocer como pensamos el cuidado y que tipo de práctica desarrollamos en función del lenguaje utilizado.

Si volvemos la mirada a nuestra historia reciente como profesión, podemos observar que en los últimos años se están incorporando en nuestro ámbito profesional, lenguajes del cuidado que han sido desarrollados, fundamentalmente en lengua inglesa,

Esta incorporación de diferentes lenguajes, son tanto modelos teóricos como modelos profesionales. Importando de esta manera una forma de denominar el cuidado, como por ejemplo la taxonomía (NANDA-NOC-NIC); incorporando de esta manera una cultura y una tradición diferente a la nuestra.

Por lo que para poder aplicar estos lenguajes en nuestro ámbito, es necesario adaptarlos y traducirlos a la lengua española.

En nuestro estudio planteamos que las bases conceptuales del cuidado, en nuestro ámbito, pivotan entre dos aspectos:

- 1-La base cultural del cuidado, perteneciente a la tradición judeo-cristina-católica, con una clara influencia sobre el desarrollo conceptual del cuidado y la institucionalización del mismo en España.
- 2-La expresión cultural de este cuidado, planteamos que esta expresión cultural, estaría contenida en la Biblia, como fuente del conocimiento del cuidado y al que denominaremos "lenguaje tradicional".

Se ha utilizado el modelo teórico de Orem, su teoría del autocuidado, para la traducción de lenguajes tradicionales del cuidado, en este caso como elemento de traducción del lenguaje del cuidado contenido en los textos bíblicos.

Hipótesis: En la Biblia podemos identificar un "lenguaje tradicional" del cuidado y su modelo implícito; y relacionarlo con un modelo teórico del cuidado más actualizado

Objetivos:

- 1.- Identificar el lenguaje tradicional del cuidado en los textos bíblicos
- 2.- Relacionar este lenguaje tradicional, identificado en la Biblia con el modelo conceptual de Orem
- 3.- Validar con expertos el lenguaje tradicional y su relación con el modelo conceptual de Orem

Fuentes: Los textos Bíblicos del canon católico. El Modelo conceptual de Orem

Método: Relacionar el lenguaje del cuidado en la Biblia con la teoría del autocuidado de Orem, y validar el proceso con expertos

## RESULTADOS

Se han identificado 383 citas en los textos Bíblicos, con un total de 1.610 versículos. Corresponden al A. Testamento: 207 citas y 176 citas para el N. Testamento.

Relacionando las citas con los constructos del cuidado del modelo de Orem, tenemos:

- 1- Factores Condicionantes Básicos: Un total de 231 citas y 1640 versículos:



- 107 citas para el A. T. que corresponden a 678 versículos
- 124 citas para el N. T. que corresponden a 962 versículos
- 2- Requisitos de Universales de Autocuidado: un total de 89 citas y 565 versículos
  - 62 citas para el A. Testamento, que corresponden a 352 versículos
  - 27 citas para el N. Testamento, que corresponden a 213 versículos
- 3- Requisitos de autocuidado del desarrollo: 23 citas con 104 versículos.
  - 13 citas para el A. Testamento, que corresponden a 57 versículos
  - 10 citas para el N. Testamento, que corresponden a 47 versículos
- 4-Requisitos de Autocuidado de desviación de la salud es: 42 citas con 328 versículos:
  - A. Testamento: 34 citas con 254 versículos
  - N. Testamento: 8 citas con 74 versículos

Con respecto a la validación de la propuesta, los resultados generales han sido los siguientes:  
Donde:

- A: aceptación del criterio de autocuidado propuesto
- C: No se acepta el criterio de autocuidado propuesto
- D: Criterio de autocuidado que no se había propuesto

#### Validación de la propuesta

	A	C	D	PROPUESTA
FCB	96.1.7%	5.5%	5.4%	229
RUA	90.4%	9.7%	12.4%	89
RAD	95.6%	4.3%	13%	23
RADS	96.4%	3.5%	15.4%	42

La aceptación de las diferentes propuestas está por encima al 90%, de aceptación.

## CONCLUSIONES

La Biblia muestra un alto contenido acerca del cuidado, lo que ratifica su utilidad como fuente del saber ancestral del cuidado, del "lenguaje tradicional" heredado.

El método de traslación elaborado, permite la comparación del saber tradicional del cuidado judeo-cristiano y los modelos del cuidado integrados en la academia actualmente. Además, abre la posibilidad a futuros estudios bajo esta misma metodología con libros de referencia distintos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Donahue, P. *Historia de la enfermería*. Barcelona: Doyma, 1993.
2. Hernandez Conesa, Juana. *Historia de la enfermería: un analisis historico de los cuidados de enfermería*. Madrid : McGraw-Hill, interamericana, 1999.
3. Siles Gonzalez, Jose. *Historia de la enfermería*. Valencia: Consejería de enfermería de la comunidad de Valencia, 2004.
4. Sellan Soto, MC. *La profesion va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporanea*. Madrid: FUDEN, 2009.
5. Kerouac, S, y otros. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson S. A., 1996.
6. Hernandez Martin, Francisca. *Historia de la enfermería en España, desde la antigüedad a*

- nuestros días*. Madrid: Síntesis, 1996.
7. **J. Treballe Barrera y Sanchez Caro, J. M.** *El texto de la Biblia: introducción al estudio de la Biblia, I La Biblia y su entorno*. Estella: Verbo Divino, 1990.
  8. **J. Hernandez Conesa, M, Esteban.** *Fundamentos de la enfermería, teoría y método*. 2ª. Madrid : McGraw-Hill, interamericana, 2000.
  9. **Kozier, Barbara, Erb, Glenora y Blais, Kathleen.** *Conceptos y temas en la práctica de la enfermería*. Mexico : Interamericana McGraw- Hill, 1995.
  10. **Marriner Tomey, A y Raile Alligood, M.** *Modelos y teorías en enfermería*. 6ª. Madrid : Elsevier España S. A., 2011.
  11. **Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.** *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el sistema nacional de salud*. 2012.
  12. **Santamaria Garcia Jose Mª.** *Apuntes sobre el cuidado, por qué es y cómo es*. Madrid : Observatorio de metodología enfermera. FUDM, 2008.
  13. **Tabet, Miguel Angel.** *Introducción general a la Biblia*. madrid : Ediciones Palabras, 2004.
  14. **Gonzalez Acuña, Alexandra.** Red asociativa de los lenguajes normalizados del cuidado: base para la triangulación taxonómica a propósito de la gripe A/H1N1. *Trabajo fin de master*. Alcala de Henares : Universidad de Alcala. Escuela técnica superior de ingeniería informática, 2113.
  15. **Medina, Jose Luis.** *la pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona : Laertes S. A. , 1999.
  16. **Nanda, North American Nursing Diagnos.** *NANDA internacional. Diagnosticos enfermeros.. Definición y clasificación*. Madrid : Elsevier, 2012.
  17. **Orem, D.** *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona : Masson, 1993.
  18. **Santamaria, Jose Maria.** Investigación deductiva, representación lógica e implementación computacional sobre las limitaciones de acción del Autocuidado según el modelo de Dorotea Orem. *Tesis doctoral*. Alcala de Henares : U. Alcala, 2008.
  19. **Schökel, Luis Alonso.** *La Biblia del Peregrino*. s.l. : Ediciones mensajero, 1996.
  20. **OMS.** [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/). [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/). [En línea] [Citado el: 1 de Octubre de 2013.] <http://www.who.int>.
  21. **Konow, Irene & Perez, Gonzalo .** *Métodos y técnicas de investigación prospectiva para la toma de decisiones*. Chile : Fundación de Estudios Prospectivos. Universidad de Chile., 1990.
  22. **Hall, Stuart.** *Representation: Cultural representation and signifying practices. Cap. I*. Londres : Sage publications, 1997.
  23. **Cantera, Francisco y Iglesias, Manuel, [trad.].** *La sagrada Biblia*. s.l. : Biblioteca de autores cristianos, 1975.
  24. **Browning, W. R. F.** *Diccionario de la Biblia. Guía básica sobre los temas, personajes y lugares bíblicos*. Barcelona : Paidós Ibérica , 2006.



# CONTROL DE LA NATALIDAD EN DIFERENTES ÉPOCAS Y CULTURAS: EDAD MEDIA

## *Birth control at different times and cultures: middle ages*

Minerva Velasco Abellán

Servicio de Salud de Castilla la Mancha. (SESCAM)

Sagrario Gómez Cantarino

Universidad Castilla la Mancha. (Campus. Toledo)

Ana M<sup>a</sup> Carrobles García

Universidad de Castilla la Mancha. (Campus de Talavera de la Reina)

**PALABRAS CLAVE:** Anticoncepción, Edad Media, relaciones sexuales.

**KEY WORDS:** Contraception, Middle Ages, sex.

**RESUMEN:** El objetivo de este artículo es el de ahondar en la Época Medieval, conocer los hábitos de vida y conocimientos científicos en ese periodo y describir los métodos anticonceptivos utilizados acorde a ellos.

La búsqueda fue realizada por Internet en los portales de ciencias de la salud: PubMed y Cuiden, Google académico, Medline y Cochrane Reviews.

La idiosincrasia de la sociedad de la Edad Media hace que el uso de anticonceptivos se produzca sobre todo por intereses económicos y morales.

La represión moral que existe en la Edad Media con respecto al sexo hace necesaria la existencia de métodos anticonceptivos.

**ABSTRACT:** The aim of this paper is to deepen the Medieval Era, meet the lifestyle and scientific knowledge in that period and describe contraceptive methods used according to them.

The search was conducted online within the portals of health sciences: and Cuiden PubMed, Google Scholar, Medline and Cochrane Reviews.

The idiosyncrasy of the society of the Middle Ages makes contraceptive use occurs mainly by economic and moral interests.

The moral repression that exists in the Middle Ages about sex requires the existence of contraceptive methods.

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Contexto histórico-sanitario**

La Edad Media es un período histórico que comienza en el siglo V con la caída del Imperio Romano en Occidente a manos de los bárbaros y finaliza en el siglo XV con el descubrimiento de América y la caída del Imperio Romano en Oriente.

Es considerada una época oscura, atrasada cultural y socialmente, aunque en el Medievo y el Feudalismo se sentaron las bases del desarrollo de la posterior expansión europea, el nacimiento del capitalismo y la modernidad.

En la Edad Media, en el mundo occidental, conviven tres culturas, la islámica, la judía y la cristiana, cada una con sus peculiaridades en el aspecto sanitario.

Durante la Edad Media, la alimentación era una parte muy importante del tratamiento de las enfermedades. La mal nutrición y la pobreza de gran parte de la población, hacía que poder alimentarse bien les ayudara a superar algunas enfermedades.

Mientras avanza la Edad Media los trabajadores se agrupan en gremios para proteger sus intereses. La enfermería no se constituyó nunca como gremio porque era considerada un trabajo con base religiosa.

Había curanderas y brujas, sobretodo en las zonas aisladas, que eran las encargadas de velar por la salud de la población. Sus actuaciones se basaban en remedios naturales y conjuros. Fueron perseguidas entre los siglos XIV y XVIII, y muchas acabaron en la hoguera.

En el siglo XIII se crean las primeras universidades. Esto permitió que la enseñanza se desligara un poco de la Iglesia, y el pensamiento empezara a dar un tímido giro hacia la independencia y el rigor científico.

Las grandes epidemias de peste fueron producidas por los malos hábitos higiénicos, tanto a nivel personal como urbano, y provocaron un descenso muy importante de la población. Algunos países perdieron hasta un 50% de su población. Al principio creían que las epidemias eran castigos que Dios les enviaba pero con los siglos fueron tomando medidas más o menos acertadas de aislamiento, higiene, y control de mercancías y barcos.

## **2. MATERIAL Y MÉTODOS**

El método utilizado para escribir este artículo, de naturaleza observacional descriptivo, ha sido una revisión bibliográfica sobre los métodos anticonceptivos a lo largo de la Historia, para, desde el estudio ampliado, acotar el momento histórico de la Edad Media.

La búsqueda fue realizada por Internet (en los portales de ciencias de la salud: PubMed y Cuiden, y en Google académico). Otros artículos fueron pedidos mediante la Biblioteca del Hospital Virgen de la Salud a otras instituciones como el Colegio de enfermería canario. Y por último también fueron revisados los libros relativos a este tema en las Bibliotecas de la Comunidad de Madrid.

## **3. RESULTADOS**

En la Edad Media se recuperan textos de la antigua Grecia y Roma que aportan los conocimientos que se conocían entonces sobre los métodos anticonceptivos. La idiosincrasia de la sociedad de la Edad Media hace que su uso se produzca sobre todo por intereses económicos y morales. Las relaciones sexuales fuera del matrimonio eran frecuentes en la Edad Media por lo que es fácil adivinar que había gran interés en conocer los métodos anticonceptivos, los cuales eran transmitidos generalmente oralmente y a través de las mujeres curanderas. La mayoría de ellos carecían

de lógica científica pero fueron usados de manera frecuente. Aparte existía gran temor fundado al parto y al aborto.

A todo esto se sumaba que las pésimas condiciones de vida de las familias de las clases sociales más bajas en la Edad Media, hizo que tuvieran que tomar medidas para controlar el número de embarazos y asegurar de este modo la supervivencia de sus miembros. Era tanto su interés que las mujeres se sometían a increíbles e innumerables prácticas para llevar a cabo los métodos anticonceptivos utilizados en aquella época. La gran mayoría nacían de un razonamiento mágico y supersticioso, pero había otros que, aunque igual de ineficaces que los anteriores, sí poseían algún tipo de lógica científica.

### 3.1. Relaciones sexuales en la edad media

“Las relaciones sexuales durante la Edad Media debían circunscribirse al rígido guión marcado por la voluntad divina que establecía el orden natural de las cosas, fuera del cual, todo proceder era considerado contra natura y en consecuencia, punible. La única unión carnal posible era la heterosexual y con fines procreativos”<sup>1</sup>.

Durante la Edad Media era condenada la utilización de métodos anticonceptivos ya que éstos intervenían en el fin procreativo de las relaciones sexuales.

En la Edad Media existía un alto grado de relaciones extraconyugales, debido a varias razones, llevaba a una búsqueda de métodos para no quedar en cinta cuando no fuera adecuado que se supieran las relaciones entre un hombre o una mujer, ya que, el adulterio dentro de la moral cristiana “supone perpetrar un vil y horrendo hurto y homicidio”.

Existieron también relaciones sexuales sin matrimonio de personas solteras que compartían mesa, cama, crianza de los hijos y propiedad de bienes. Algunas de estas parejas suscribieron un acuerdo mediante notario con unas determinadas cláusulas que regulaban la vida en común. Este documento tuvo cierto carácter legal y se denominaba “barraganía”, “barragana” a la mujer y “abarraganado” al hombre. En ocasiones en lugar de un hombre soltero o viudo se trataba de un clérigo.

Otro tipo de relación existente en la Edad Media era la “mancebía” entre mujeres solteras y hombres casados o, sobre todo, clérigos.

### 3.2. Conocimiento sobre metodos anticonceptivos

Solemos pensar que en la Edad Media no se conocían los métodos anticonceptivos, pero la realidad es que se conocía bastante bien el mecanismo de la concepción humana. Las mujeres que no deseaban la concepción, utilizaban todo tipo de métodos anticonceptivos, algunas verdaderas torturas.

Todos los intentos de no quedarse embarazadas se realizaban de forma clandestina ya que la Iglesia Católica los sancionaba, pudiendo condenar a pena de muerte a la protagonista y a severos castigos a los que hubieran colaborado. Aunque la Iglesia ya admitía dos supuestos: la extrema pobreza y la vergüenza.

### 3.3. Diferencia de clases, diferentes metodos

La mujer era la que se preocupaba de su embarazo y su parto y por tanto, también de buscar un método anticonceptivo. Por el contrario, el hombre sólo se preocupaba de su placer. En la Edad

---

1 Bazán, I., Córdoba de la Llave, R., Pons C. Sexo: Edad Media y Renacimiento. Biblioteca Gonzalo de Berceo.

Media llegó a ser habitual, aunque prohibido, utilizar un método anticonceptivo, sobre todo en las clases sociales bajas.

Las campesinas y las mujeres de la clase social baja de la urbe, eran las que más utilizaban los métodos anticonceptivos para intentar limitar su familia y poder permitir sobrevivir a sus miembros debido a la extrema pobreza en la que se encontraban.

En las clases sociales altas se utilizaban en menor medida ya que era esencial que la mujer diera más de un hijo varón para asegurar la supervivencia de al menos uno, debido a la alta mortalidad infantil.

Las prostitutas por su parte, por miedo a quedarse embarazadas y no poder seguir ejerciendo, utilizaron métodos anticonceptivos con mucha frecuencia. La prostitución tuvo un gran auge en la Edad Media ya que se produjo un renacimiento de la pasión erótica entre la gente. Los maridos estaban muy interesados en tener diferentes y numerosas experiencias sexuales y las mujeres por miedo a la autoridad marital se lo consentían. Como existía mayor demanda que oferta, las prostitutas se multiplicaron. Los métodos que utilizaban, descritos por algunos clérigos, confesores y teólogos, fueron drogas abortivas o tinturas esterilizantes, junto con ciertas prácticas mágicas, como el uso de amuletos.

### **3.4. Metodos anticonceptivos utilizados por el hombre**

Coitus interruptus, preservativos, aceite de cedro<sup>2</sup>.

### **3.5. Metodos anticonceptivos usados por la mujer**

Bola de algodón o lana, espermicidas, píocimas, movimiento rítmico de las caderas, estornudar, pimienta en el cuello uterino, hueso del costado derecho de un gato negro, huesos y testículos secos de comadreja, cera de la oreja de un mulo, ratas muertas y garrapatas, dispositivos intrauterinos, lavados vaginales

Existían también terapias farmacológicas para eliminar el deseo sexual en la mujer.

### **3.6. Metodos conocidos por hombres y mujeres**

#### 3.6.1. La castidad

La forma más fácil para evitar una familia numerosa era abstenerse de practicar el coito. Estaba muy bien vista en la clase alta. La Iglesia recomendaba la continencia periódica.<sup>3</sup>

#### 3.6.2. Tener relaciones durante la lactancia, la menstruación o el embarazo.

Los cristianos condenaban cualquier método de control de la fertilidad que permitiera el placer, pero impidiera la concepción. Por lo tanto tampoco eran bien vistas las relaciones durante la menstruación, la lactancia o el embarazo,<sup>32</sup> ya que cualquier medio para prevenir la concepción era una señal de lujuria cruel.

### **3.7. Interrupción voluntaria del embarazo**

Si aún con los métodos anteriormente citados, la mujer quedaba embarazada en contra de su deseo, sólo le quedaba recurrir a los métodos abortivos, que eran frecuentes en la Edad Media.

La doctrina cristiana, al ejercer más presión para esconder la evidencia de relaciones ilegíti-

---

2 Sexólogos Valencia. Historia del preservativo o condón.

3 McLaren Angus. Historia de los anticonceptivos. Madrid: Minerva Ediciones, S.L.;1990.

mas, podría haber provocado un aumento en el abandono de niños y en el infanticidio. La Iglesia, por otra parte, condenaba el abandono de los niños y el infanticidio.

### 3.7.1. Vaciado del útero por medios mecánicos

Representaba uno de los métodos más cruentos de la época. Los médicos de la Edad Media tenían prohibido realizar esta técnica y la evitaban por miedo a ser acusados de encubrir un adulterio, aparte del delito que suponía por parte de la Iglesia.

Así que era realizado por personas inexpertas. Solían provocar hemorragias intensas en la mujer que, en ocasiones, le provocaban la muerte.

### 3.7.2. Siete saltos hacia atrás

Este era tan método sencillo e inócuo para la mujer como ineficaz. Consistía en saltar siete veces hacia atrás y expulsaría el embrión o el feto.

### 3.7.3. Ciclamino

Con ciclamino, manzanilla, cantárida y cicuta se elaboraba una poción abortiva muy eficaz según la escuela de Salerno.<sup>4</sup>

## 4. CONCLUSIONES

- La represión moral que existe en la Edad Media con respecto al sexo y la posibilidad de tener un problema de herencia o de sangre al concebir un hijo en adulterio, hace necesaria la existencia de métodos anticonceptivos que oculten aquellas relaciones sexuales que no convienen sean fructíferas o no conviene que sean sabidas.
- El poco conocimiento científico y las creencias mágico-religiosas de la época lleva a las mujeres a utilizar métodos anticonceptivos poco eficaces e incluso peligrosos para su vida
- La mayoría de los métodos anticonceptivos utilizados en la Edad Media no tienen base científica.
- La preocupación de los métodos anticonceptivos recae fundamentalmente en las mujeres que son consideradas las responsables y las encargadas del embarazo y del parto.
- Las clases sociales más bajas tenían mayor preocupación por limitar su natalidad en defensa de la supervivencia de los miembros de la familia.
- Las concepciones de la Iglesia sobre la sexualidad repercutieron directamente en la en los hábitos sexuales de la sociedad cristiana de la Edad Media.
- Los métodos anticonceptivos naturales más conocidos hoy en día como el método Ogino-Knaus y el método Billings, a diferencia de lo que pudiéramos pensar no datan de la antigüedad ni de la Edad Media. Aunque existe alguna referencia al momento de concebir con respecto al ciclo endometrial, no se estructuran como tal hasta el siglo XX, en los años 20 el primero y en los años 50 el segundo.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

1. Bazán, I., Córdoba de la Llave, R., Pons C. Sexo: Edad Media y Renacimiento. Biblioteca Gonzalo de Berceo.
2. McLaren Angus. Historia de los anticonceptivos. Madrid: Minerva Ediciones, S.L.; 1990.

---

4 Rol de enfermería. Sánchez Criado, Vicente; López Medina, Isabel Maria. Métodos anticonceptivos en la Edad Media. 2001; 24(1):34-36



3. Sexólogos Valencia. Historia del preservativo o condón. Valencia. 2007; URL disponible en: <http://www.anticonceptivos.eu>
4. Sánchez Criado, Vicente; López Medina, Isabel Maria. Métodos anticonceptivos en la Edad Media. Rev: Rol de enfermería. 2001; 24(1):34-36.

# UN RECORRIDO HISTÓRICO DE LOS CONCEPTOS DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA A TRAVÉS DE LOS TIEMPOS

## *A historical tour of the concepts of climacteric and menopause throughout the ages*

Ana M<sup>a</sup> Carrobles García

Universidad de Castilla la Mancha. (Campus de Talavera de la Reina)

Minerva Velasco Abellán

Servicio de Salud de Castilla la Mancha. (SESCAM)

Sagrario Gómez Cantarino

Universidad Castilla la Mancha. (Campus. Toledo)

**PALABRAS CLAVE:** Climaterio, menopausia, cuidados enfermeros.

**KEY WORDS:** Climacterium, menopause, nursing cares.

**RESUMEN:** En el siglo XX el conocimiento enfermero provenía de unas teorías fundamentalmente biomédicas. Pero en la actualidad en el siglo XXI se están poniendo en práctica nuevas técnicas basadas en la evidencia científica y se ha visto que los factores sociales condicionan el concepto del climaterio y el acceso a la salud de la mujer. Por ello es necesario investigar sobre el recorrido histórico de los conceptos de climaterio y menopausia a través de los tiempos y los docentes de las facultades y escuelas de enfermería tenemos mucho que hacer en este tema.

**ABSTRACT:** In the 20th century nurse knowledge came from a mainly biomedical theories. But now in the 21st century they are putting into practice new techniques based on scientific evidence and it has been that social factors determine the concept of the climacterium and access to women's health. It is therefore necessary to investigate the historical tour of the concepts of climacteric and menopause through times and teachers of schools and nursing schools have much to do on this issue.

## INTRODUCCIÓN

Es necesario remontarse a la historia de la humanidad. El Climaterio no puede ser separado de la historia de las mujeres.

Las diferentes culturas patriarcales, que aún hoy prevalecen en nuestra sociedad, no olvidemos que se diseñan y organizan las normas y valores determinados que la mujer debe interiorizar por vivir en un determinado lugar ya será tanto rural como urbano, la cultura produce, reproduce y promueve valores asociados a los diferentes sexos, y el hecho de nacer mujer te va a determinar de una u otra manera.

En la Grecia antigua hasta fines del siglo XVII, los hombre y de la mujer eran considerados similares. La sangre menstrual era considerada impura, si tenía contacto con el vino, el líquido se ponía agrio y las cosechas entraban en proceso de podredumbre. Así la menstruación era una vía para limpiar el cuerpo de esta sangre sucia.

Ya en la época de Aristóteles se reconocía que la menopausia ocurría alrededor de los 50 años. Hipócrates (460 – 377 a de C.) en su escrito acerca de “las mujeres” desarrollaba la hipótesis de que la menstruación era indispensable para el equilibrio interno de las mujeres. Se pensaba que la menstruación purificaba el organismo, se temían los efectos de la amenorrea; la sangre podría subir a la cabeza produciendo calores y acabar en locura.

En el siglo XVII se consideraba la menstruación y la menopausia como procesos incómodos e incluso una forma de dolencia. Tanto la menstruación como la menopausia pasaron a ser utilizados como una forma de control científico del cuerpo de las mujeres.

La fecundidad y la femineidad se mezclaban a partir de esta mirada “ética” científica. Si la mujer deja de ser fecunda ella estaría perdiendo su femineidad y su propia identidad. Con este enfoque la sexualidad es inseparable de la reproducción, y así la mujer menopaúsica es un ser asexuado e inútil.

Los siglos XIX y XX trajeron nuevos descubrimientos en el área de la salud, la esperanza de vida promedio de la mujer pasó a más de 75 años, en muchos países del mundo, superando a los hombres en 4 a 6 años más de vida.

Muchas mujeres llegan al climaterio angustiadas, temerosas de envejecer y presionadas por los aspectos negativos que la sociedad que la sociedad tiene respecto de éste proceso. Se queja de la incomprensión a la que se enfrenta diariamente, principalmente de parte de sus parejas que las acusan de haber cambiado negativamente, reforzando así una imagen social fantasmal del climaterio. Al terminar el rol como reproductoras las mujeres pierden su valor en el mercado de trabajo y ven disminuida su importancia en la sociedad.

Durante años se han ido construyendo e internalizando valores sociales bajo la visión masculina, atribuyéndose roles específicos para el segundo sexo y funciones diferenciadas para mujeres y hombres y jerarquizando las relaciones de género. Así se crean imágenes simplistas de la realidad y los ciclos biológicos como la menstruación, la reproducción y la menopausia cercados de mitos, creencias y tabúes.

## OBJETIVOS

- **Analizar**, la evolución del concepto de **climaterio** y **menopausia** en la historia.
- **Definir** el significado del climaterio y menopausia, en la mujer.
- **Identificar** los problemas de salud de la mujer en esta etapa.

## METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica descriptiva, Estudio detallado, selectivo y crítico que integra información esencial sobre la mujer climaterica. En el que se analiza, define, e identifica y muestra la exploración de la naturaleza de un fenómeno social concreto.

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva, objetiva y reproducible de los trabajos originales sobre el tema. En las principales bases de datos de ciencias de la salud, Medline/Pubmed, Cinahl, Cuiden, Dialmet, Cuadatge y Escopus. Las palabras claves utilizadas para la búsqueda fueron; climaterio, menopausia, evolución del concepto de climaterio, historia de la vida reproductiva de la mujer, síndrome climaterico.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: artículos de libre acceso, artículos en español e inglés, artículos sin conflictos de intereses a destacar y artículos publicados durante la última década. Los criterios de exclusión empleados fueron: artículos anteriores al año 2000, artículos de escasa fiabilidad, artículos de otros idiomas diferentes a los mencionados anteriormente.

El periodo de la recogida de artículos se estableció entre el 1 de enero de 2014 hasta el 31 de enero de 2015. El equipo de investigación estuvo compuesto por las tres autoras y revisoras que realizaron la búsqueda en función de los criterios de inclusión/exclusión previamente mencionados. Cualquier discrepancia surgida fue resuelta mediante discusión entre las revisoras.

## RESULTADOS

La primera consideración de esta revisión es una aclaración sobre los términos menopausia y climaterio. La menopausia según la OMS es el "Cese permanente de la menstruación producido por la detención ovárica" <sup>(6)</sup>. Y el climaterio constituye un periodo en la vida de la mujer, caracterizado por cambios no solo físicos sino también psicológicos, en los que la mujer pasa de la madurez a la vejez. Por lo que la menopausia es sólo un signo más del conjunto de fenómenos que caracterizan el periodo climaterico <sup>(10)</sup>.

En el ámbito mundial, se han generado diversas líneas de investigación principalmente referidas a la evolución del término climaterio, ya que no se ha dado importancia a la historia de la enfermería.

El Climaterio es un periodo de la vida el incremento del periodo de vida en la tercera edad está acompañado de una pérdida de calidad de vida, debido al desarrollo de deficiencias y enfermedades crónicas, algunas como la descalcificación, se encuentran relacionadas con los cambios hormonales y el climaterio. Podemos describir una serie de "desventajas" que trae esta etapa para la mujer, pérdida o adquisiciones de posiciones sociales negativas: pérdida de la feminidad, problemas familiares, pérdida del atractivo físico y la juventud, la adquisición de ofensas, y el desinterés sexual de la pareja. En el factor de "ventajas" hay factores referentes a vitalidad, plenitud en la relación con la pareja y otro tipo de ventajas. En el factor "fisiológico" aparecen cambios físicos en el climaterio, entre los que figuran las alteraciones y enfermedades en la tercera edad, la afectación del sistema cardiaco, el aumento de la presión arterial, y una posible relación entre el climaterio y la enfermedad de Alzheimer. En el factor "psicológico" en su gran mayoría se refieren a estados emocionales negativos, como la irritabilidad, la depresión las molestias <sup>(11)</sup>. El climaterio para la vida de las mujeres está constituido por: un factor fisiológico, uno social y uno psicológico. Por eso debemos entender el síndrome climaterico desde un punto biopsicosocial, que incluye tanto síntomas físicos y emocionales como situaciones sociales que aparecen en la menopausia y continúan durante el climaterio <sup>(12)</sup>. - La OMS señala que la mujer alcanza el climaterio entre los 47 y los 50 años. Un grupo de científicos de la OMS para la investigación de la menopausia, coinciden en que existen variaciones en el rango de edad de su aparición. Y que hay que tener en cuenta que

tanto la cultura, las diferentes formas de enfrentar la vida, el estado conyugal, y que la relación que exista con la pareja resulta fundamental para que el climaterio aparezca en una edad u otra. Existe una correlación entre la edad de la menarquía, el número de hijos y los años que haya sido fumadora. También se ha planteado que la edad de la menopausia se adelanta en las fumadoras y que un número importante de embarazos retrasa su edad de aparición <sup>(13)</sup>.

## CONCLUSIÓN

Los profesionales de enfermería han desarrollado históricamente actividades que incluyen la historia de la enfermería, por la necesidad de clarificar el papel de la enfermera en la sociedad. Aunque la investigación en el campo de la enfermería sea algo muy novedoso ya que por el perfil biomédico de la sociedad en la que vivimos la investigación era un campo únicamente médico. Hemos conseguido hacernos camino en este mundo lleno de retos y trabajo, toda una oportunidad para esta época de crisis que el campo de la investigación nos da todo un mundo por descubrir y mucho trabajo por hacer. Hace falta un cambio de mentalidad en nuestra sociedad para que reconozcan nuestro trabajo incansable y acepten que somos una profesión llena de actitudes y aptitudes maravillosas para desarrollar este tipo de estudios.

Se debe investigar más sobre estos temas, necesitamos saber de donde venimos y hay pocos estudios sobre estos temas.

Es necesario fomentar la formación de nuevos investigadores, desde las universidades y nosotros como docentes tenemos mucho trabajo por hacer. Ya que los planes de estudios vigentes en la actualidad no dan la importancia que se merecen a la historia.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Perandones M, Larroy C. Intervención grupal para la mejora de la respuesta sexual y la calidad de vida de mujeres en climaterio: un estudio piloto. *Rev. Psicop y Psicol Clin* 2011; 6 (3): 159-68.
- (2) Delgado, A., Sánchez, M.C., Galindo, I., Pérex, C., y Duque, M.J., Actitudes de las mujeres ante la menopausia y variables predictoras. *Rev. Atención Primaria*. 2001; 27 (1) 27-41.
- (3) Gutiérrez E. Las mujeres, el climaterio y sus percepciones. *Rev. Obstetricia y Ginecología Colombia*. 2003; 9 (4) 24-37.
- (4) García-Viniegras, V., Regina, C., y Porta, M., Salud. Climaterio y bienestar psicológico. *Rev Cubana Obstétrica Ginecológica*. [online]. sep.-dic. 2003; 29 (3) 87-96.
- (5) Molina Vilchez, R., Velásquez, N., Fernández G.E., Diagnóstico y seguimiento clínico durante el climaterio y la menopausia. En Terán Dávila J, Febres Balestrini F. editores. *Medicina del climaterio y la menopausia*. Caracas. Ediciones Ateproca; 1999; 15-34.
- (6) Organización Mundial de la Salud OMS 1981; "Investigación sobre la menopausia". Serie de informes técnicos nº 670. Ginebra: OMS.
- (7) Agramonte A, Navarro D. Domínguez E. Menopausia, Sexualidad Mujer de edad mediana con Diabetes Mellitus. *Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia* 2005; 11(2) 25-29.
- (8) Navarro D., Prieto M., González .S Menarquía y menopausia en la vida de la mujer. *Revista Avances Médicos* 2004; 1 35-37.
- (9) Regidor E, Martínez D, Astasio P, Ortega P, Calle ME, Domínguez D. Evolución de las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades en la percepción de la salud en España. *Gac Sanit* 2006; 20(3) 1-5.
- (10) Martín Casado A.M., La sexualidad femenina durante el climaterio. Representaciones, símbolos y estereotipos *Metas enferm*. 2010; 13(3) 50-55.

- (11) Cuesta C de la. Estrategias Cualitativas más usadas en el campo de la Salud. Nure Investigación (edición digital), nº 25, noviembre-diciembre, 2006.
- (12) American Society for Reproductive Medicine. The menopausal transition. Fertility and Sterility, 2008; 90 (3) 61-65
- (13) Nuevo Lugones Botell, M., Valdés Domínguez, S. Pérez Piñero, J. Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio Rev. Cubana Obstet. Ginecol. 2001; 27 (1): 16-21.





CAPÍTULO 8

*Metodología de la investigación  
histórica en Enfermería*





**Comunicación:**  
**ABORDAJES DE LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA**  
*Approaches to the history of nursing*

**Amparo Nogales Espert**  
Universidad Rey Juan Carlos

La investigación en Historia de la Enfermería ha realizado avances espectaculares. Han surgido en España multitud de enfermeras investigadoras de nuestra historia, atraídas por la pasión hacia la investigación, que es tremendamente contagiosa. El Seminario Permanente de Historia de la Enfermería, en sus más de veinte años de existencia, ha sido un vehículo fundamental para transmitir interés por la investigación histórica.

El objetivo de estas breves palabras es el de comentar el interés de la interpretación en el análisis de textos en la investigación en Historia de la Enfermería.

En esta comunicación nos referiremos a los siguientes apartados:

1. Breve recordatorio sobre la Historia
2. Estructura metafísica de la persona como ente histórico
3. Vigencias en la historia
4. Historia comparada
5. Interpretación de la historia. Ejemplos de enfermería en la medicina hipocrática
6. Conclusiones

### **1.- BREVE RECORDATORIO SOBRE LA HISTORIA**

El Diccionario de la Lengua Española nos dice de la Historiografía la siguiente definición: Es "el arte de escribir la historia. El estudio bibliográfico y crítico de los escritos sobre historia y sus fuentes, y de los autores que han tratado de estas materias".

Profundizando en la presentación de la historia Laín Entralgo la muestra así: "Es el recuerdo de lo que en el pasado fue al servicio de una esperanza de lo que en el futuro puede ser"<sup>1</sup>.

Laín Entralgo va más allá, y presenta la historia de la medicina, que podríamos aplicar a la historia de enfermería, como "la sucesión de las tentativas emprendidas por los médicos originales para la solución de los problemas teóricos y técnicos que plantea la ayuda al enfermo"<sup>2</sup>.

---

1 Laín Entralgo, Pedro.- Esperanza en tiempo de crisis. Circulo de Lectores. Barcelona, 1993, p 279

2 Laín Entralgo, Pedro.- La historia clínica. Triacastela Madrid, 1998, p 5

El ser humano es historia, y se va constituyendo como historia a lo largo del tiempo, es decir, crea la historia mientras realiza la tarea de su vida. En mi opinión, la historia es, en cierto modo, el estudio de las posibilidades con las que se ha encontrado el hombre y lo que ha hecho con ellas, es decir, el análisis de lo que fue la vida humana, lo que es, lo que pudo ser, y lo que tal vez será.

Por tanto la búsqueda histórica nos lleva a investigar la estructura de la persona que hace la historia.

## 2.- ESTRUCTURA METAFÍSICA DE LA PERSONA

En esta búsqueda de la interpretación en investigación histórica, seguimos a Julián Marías, en su análisis de la estructura metafísica de la persona, que nos interesa como autora de la historia, para mirarla en su extensión más profunda. El hombre vive rodeado de cosas exteriores a él, que se le imponen, a veces para facilitar y otras para crearle problemas, y para darle recursos con que resolverlos.

El ser humano hace proyectos, en un quehacer que es su realidad proyectiva. Al hablar del hombre se fija la atención en lo más evidente, su corporeidad. A primera vista pensamos: Yo soy mi cuerpo. Julián Marías añade:

“Yo no tengo un cuerpo, ni soy mi cuerpo, con el cual me encuentro como con el resto de la realidad: yo soy corpóreo; si se prefiere, alguien corporal”<sup>3</sup>.

Es decir, yo no soy solo cuerpo; soy alguien que proyecta y vive, imagina, interroga y duda, desde mi cuerpo, desde mi corporeidad que me representa en el conjunto de lo que soy. Toda persona está asociada a un cuerpo, y se muestra a lo largo de la vida, a través de él. Esto es evidente.

Surge a continuación otra evidencia. Cuando veo a una persona, no me refiero únicamente a su cuerpo, sino que a través de él veo a un tú que es único, veo a un quién inconfundible.

Marías muestra a la persona como una realidad distinta de sus actos, que arrancan de ella porque son suyos. Pero además de realidad, como atributo inseparable de la persona está la inseguridad.

Todo ser humano lleva en sí un apriorismo, una suerte de anticipación de sí mismo, por lo cual en la persona está presente singularmente, el futuro. Por lo tanto, no vemos al hombre ampliamente si lo reducimos al simple organismo.

El hombre es un misterio siempre inseguro de descifrar. La interpretación histórica, partiendo de las fuentes, parece un medio de aproximarnos a su realidad, siempre sin abandonar la dudosa incertidumbre de la vida humana.

La realidad humana está hecha también de irrealidad. El hombre está conformado por el pasado y el presente, pero también es la posibilidad de lo futuro, lo que puede ser y, acaso, no sea nunca. Al estudiar la historia, hemos de ver la situación en concreto, la circunstancia en la que se movió la enfermera al realizarse en su historia, y tratar de interpretarla.

El hombre en su realidad, proyecta hacia el futuro, proyecta algo que no es aún, pero que podría ser. Al investigar en historia de la enfermería encontramos hechos, lo que las enfermeras hicieron y pudieron hacer en sus circunstancias. Pero en ellas se encontraba también el arranque de su futuro, tal vez lo que iniciaron y no llegaron a fijar en la realidad.

---

3 Marías, Julián.- Persona. Alianza Editorial. Madrid, 1997, p 135

### 3.- VIGENCIAS E HISTORIA

La vida humana se realiza en medio de ciertos condicionantes, dentro de circunstancias concretas. Lo difícil es saber hasta qué punto esas condiciones son o no son determinantes. Este es un problema a la hora de comprender e interpretar la historia.

Las vigencias sociales son las que determinan como ha sido, y como es una sociedad, constituyendo su fondo de realidad histórica, y por lo tanto obligan al historiador a tenerlas en cuenta, a no desentenderse de ellas. Además, las vigencias son movедizas, lo que esta vigente en una época, cambia, movilizándose hacia otra realidad. Los hombres aceptan, se resisten, y modifican sus actuaciones, según las dificultades, según la comodidad y según la libertad y la energía con que cuentan para ejercerla.

La conducta humana, que es un asunto moral, porque lleva al hombre ante la experiencia de hacer o no hacer lo que cree que debe hacerse, muestra lo que aquél ha hecho en su existencia biográfica.

En un intento de comprensión, hay que evaluar el contenido de las vigencias de una época, cual fue su grado de vigor, si estaban en fase incipiente, declinante o en plenitud, cuáles fueron los recursos con los que dispuso el hombre para situarse frente a ellas. No obstante, el hombre es, en última instancia, responsable. Así lo expresa Marías:

“No se puede prescindir de la sociedad y el tiempo histórico en que se vive; pero no resuelven la cuestión, no constituyen una suficiente justificación moral. A última hora, es la vida individual la que es responsable, la que, dentro de las limitaciones de su circunstancia, se realiza desde la libertad que la constituye”<sup>4</sup>.

El hombre es un misterio, y la investigación histórica, cuenta con ser una aproximación a la realidad humana.

### 4.- HISTORIA COMPARADA

Con no poca frecuencia los historiadores practicamos una historia narrativa con escaso análisis de las fuentes. John H. Elliot propone realizar otro modo de investigación, por ejemplo una historia comparada que lleve, más allá de recoger los hechos relevantes, a realizar un planteamiento analítico, definiendo cuál es el propósito de la investigación, para introducirse en el análisis y la explicación de los contenidos hallados.

Se trataría de elegir los elementos de comparación, buscar una historia de las similitudes y contrastes, y las posibilidades creativas derivadas de aprovechar la oportunidad de contrastar realidades. El resultado puede ser esclarecedor.

Realizar comparaciones es una forma de progresar en la comprensión histórica, identificando nuevas cuestiones y tal vez desterrando ideas erróneas. Por eso Elliot hace referencia a este estilo de investigación, aunque, en su opinión, no constituya un área tan firmemente establecida como otras, dentro de la exploración de la histórica.

Opina Elliot, “Toda exposición y análisis histórico es en esencia una búsqueda del mayor grado posible de probabilidades en la exploración e interpretación del pasado”<sup>5</sup>.

Se trataría de estimular el debate sobre cuestiones más amplias en relación con la historia de la enfermería, a través de la comparación y/o la interpretación histórica.

4 Marías, Julián.- Tratado de lo mejor. Alianza Editorial. Madrid, 1995, p 57

5 Elliot, Hohn H.- Haciendo historia.- Taurus. Madrid, 2012, p 216

Se trata, igualmente, de llegar a nuevas percepciones que proporcionan inesperadas interpretaciones sobre las actitudes humanas, en este caso en relación con la historia de la enfermería y de los cuidados, y de las actitudes de las personas enfermeras que se vieron afectadas por otras conductas y situaciones en su momento histórico.

Todos los historiadores nos enriquecemos con la aportación de los que trabajamos en la empresa común de desvelar la extensa historia de la enfermería. Este Congreso de Historia es un buen ejemplo de las posibilidades de enriquecimiento que aportan los participantes en este foro. Y por tanto, somos deudores de ellos.

Elliot de nuevo, manifiesta que el saber se adquiere con la investigación, pero así mismo, con la lectura y reflexión de la obra de otros historiadores que nos han precedido:

“La buena historia seguirá dependiendo, como siempre ha dependido, de algo más que acumulación de información y el despliegue de conocimiento. La aproximación de todo historiador al pasado viene condicionada por su temperamento y experiencia personal, pero ningún historiador es una isla y la sabiduría se adquiere, al menos en parte, de la lectura y reflexión sobre la obra de historiadores pasados y presentes y participando conscientemente en una empresa colectiva que abarca generaciones y está comprometida con lograr una mejor apreciación tanto del mundo que ya ha desaparecido como del mundo tal como lo conocemos hoy día”<sup>6</sup>

## 5.- INTERPRETACIÓN HISTÓRICA

En esta propuesta de interpretación histórica nos valemos de algunos ejemplos de textos del corpus hipocrático recopilados por Pedro Laín Entralgo, que invitan, a través de las referencias médicas, a interpretar en qué se basó la enfermería para ejercer su oficio, la dureza de su trabajo, el valor de la palabra en la relación humana, la necesaria disposición para los cuidados y cómo debía ser la conducta y la apariencia de los cuidadores, en tiempos del nacimiento de la ciencia médica, 450 años a. C, para que el lector realice, si lo desea, sus propias interpretaciones.

1. “Donde hay amor al hombre, hay amor al arte”. (Los Preceptos)<sup>7</sup>.
2. “El sujeto deberá ser visitado cada día, en el mismo lugar, a la misma hora y preferentemente cuando el sol acaba de salir, porque es sobre todo a esta hora cuando el explorador tiene la inteligencia y los ojos más penetrantes”<sup>8</sup>. (Predicciones II ).

La primera nota implica la equiparación del saber necesario al médico y sus ayudantes, tanto del conocimiento de la *tékne*, la ciencia, como del conocimiento sobre el amor humano. De tal forma que ambos son por igual necesarios en la formación de estos dos grupos asistenciales. Y si no se ama al hombre, no hay vocación, no hay amor profesional.

La segunda cita muestra la prevalencia del interés del enfermo por encima de los intereses médicos. Si médicos y ayudantes precisaban madrugar por el bien del enfermo, lo hacían por encima de sus conveniencias.

3. “Hay actos que son benéficos para los que de ellos se sirven, pero penosos para quienes los poseen; entre ellos está la medicina: El médico tiene la vista contrastada, el tacto ofendido, y en los dolores ajenos sufre penas propias, mientras que los enfermos, por obra del arte, escapan a los mayores males, enfermedades, sufrimientos, penas, muerte, porque

---

6 Elliot, Hohn H.- Haciendo historia.- Taurus. Madrid, 2012, p 240

7 Laín Entralgo, Pedro.- La medicina hipocrática. - Alianza Editorial. Madrid, 1970, p 111

8 Laín Entralgo, Pedro.- La medicina hipocrática. - Alianza Editorial. Madrid, 1970, p 242

contra todas ellas halla remedio la medicina”<sup>9</sup>. (Sobre las ventosidades).

4. “La palabra es un poderoso soberano, porque con su cuerpo pequeñísimo y del todo invisible, ejecuta las obras más diversas. Tiene, en efecto, el poder de quitar el miedo, remover el dolor, infundir la alegría y aumentar la compasión”<sup>10</sup>. (Gorgias).

En la cita tres se da buena cuenta del riesgo y el esfuerzo de la asistencia médica: vista, tacto y olfato de los cuidadores se resintieron en los cuidados desagradables; espaldas dobladas junto al enfermo, serían objeto de molestias; el sufrimiento del enfermo afectaría seriamente a los asistentes, y el riesgo a contagiarse, se convertiría en enfermedad. La dureza de los cuidados aparece reflejada en este texto.

La nota cuatro muestra la necesaria experiencia de los asistentes en practicar la palabra como efecto terapéutico, por enseñanza de los médicos y por experiencia personal.

5. “Si el médico no llega a hacerse comprender de los profanos y si no pone a sus ayudantes en esta disposición de espíritu, no alcanzará a conocer lo que las cosas son”<sup>11</sup>. (Sobre la medicina antigua).
6. “Es preciso no solo hacer uno mismo lo debido, más también que el enfermo, los asistentes y las cosas externas concurren en ello”<sup>12</sup>. (Aforismos).

La exposición cinco presenta la existencia de cuidadores de los enfermos y asistentes del médico hipocrático. Su reconocimiento desecha cualquier duda al respecto y permite interpretar la necesaria preparación de estos asistentes; no puede imaginarse un médico preocupado por la buena asistencia al enfermo, sin que estuviera a su lado un cuidador debidamente formado.

Otra interpretación surge de esta lectura: El médico enseñaba a sus ayudantes la disposición de espíritu para hacerse comprender de los enfermos. La actitud para ayudar, el deseo, la voluntad de servir, aparecen sin duda referenciados. Desde la antigüedad se advierte la necesaria disposición para ser enfermera.

En la nota seis nuevamente hacen su aparición los ayudantes, de los que la medicina hipocrática espera cumplan con sus obligaciones. Es decir, las responsabilidades y cuidados asistenciales estaban bien delimitados, y el ayudante conocía sin duda las actividades correspondientes a la enfermería.

## CONCLUSIONES

- 1.- El hombre, es historia y, haciéndose en la historia, precisa de la historia para saber acerca de sí mismo. La enfermería necesita explorar su pasado histórico, su presente, y mirar hacia el futuro para intentar comprenderse.
- 2.- La historia puede ser interpretada en una aproximación razonable. Por tanto la hermenéutica se encuentra en la historia de la enfermería, aun sabiendo que nunca se llegará a la total comprensión, pues el ser humano es un misterio.

9 Laín Entralgo, Pedro.- La medicina hipocrática. - Alianza Editorial. Madrid, 1970, p 384

10 Laín Entralgo, Pedro.- La curación por la palabra en la antigüedad clásica. Anthropos. Barcelona, 1987, p 102

11 Laín Entralgo, Pedro.- La curación por la palabra en la antigüedad clásica. Anthropos. Barcelona, 1987, p 126

12 Laín Entralgo, Pedro.- La curación por la palabra en la antigüedad clásica. Anthropos. Barcelona, 1987, p 182

- 3.- Destacar el interés de caminar hacia una aproximación a la filosofía de la historia de enfermería. Es decir, pensar adecuadamente la vida humana y hacerse preguntas radicales sobre el ser humano y la persona enfermera.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Elliot, Hohn H.- Haciendo historia.- Taurus. Madrid, 2012,  
Laín Entralgo, Pedro.- La medicina hipocrática. - Alianza Editorial. Madrid, 1970  
Laín Entralgo, Pedro.- La historia clínica. Triacastela Madrid, 1998  
Laín Entralgo, Pedro.- La curación por la palabra en la antigüedad clásica. Anthropos. Barcelona, 1987  
Laín Entralgo, Pedro.- Esperanza en tiempo de crisis. Círculo de Lectores. Barcelona, 1993,  
Marías, Julián.- Tratado de lo mejor. Alianza Editorial. Madrid, 1995  
Marías, Julián.- Persona. Alianza Editorial. Madrid, 1997.

# LA ENFERMERÍA EN LAS MONEDAS DEL MUNDO

## *Nursing in world coins*

**Manuel Herrero Montes**

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Maques de Valdecilla. Santander.  
Cantabria

**Paula Parás Bravo**

Departamento de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería "Casa de Salud  
Valdecilla". Universidad de Cantabria. Santander. Cantabria

**Encarnación Olavarría Beivide**

Servicio de Cirugía General. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria

**PALABRAS CLAVE:** Historia de la Enfermería; Numismática; Enfermería.

**KEY WORDS:** History of Nursing; Numismatics; Nursing.

**RESUMEN:** El objetivo del trabajo fue identificar monedas del mundo con representaciones referidas a la Enfermería.

Se realizó una revisión de las bases de datos bibliográficas y de los catálogos numismáticos y se entrevistó a numismáticos.

Se encontraron un total de 17 monedas diferentes entre los años 1901- 2014, acuñadas principalmente en: Reino Unido (3), Australia (2), Islas Salomón (2) y Cuba (2). Los motivos de la edición fueron mayoritariamente: aniversarios o conmemoraciones de diferentes guerras (7), especialmente la Guerra de Crimea (3) o alusiones a enfermeras relevantes (3).

**ABSTRACT:** The objective of this work was to identify world currencies representations regarding nursing.

A review of bibliographic databases and numismatic catalogs was performed and interviewed numismatists.

United Kingdom (3), Australia (2), Solomon Islands (2) and Cuba (2): 17 different currencies between the years 1901- 2014, mainly minted were found. The reasons were mostly edition: anniversaries and commemorations of various wars (7), especially the Crimean War (3) or references to relevant Nurses (3).



## INTRODUCCIÓN

El Diccionario de la lengua española de la RAE (Real Academia Española)<sup>1</sup> define numismática como “*Ciencia de las monedas y medallas, principalmente de las antiguas*”. El término castellano deriva del latín numismatis, genitivo de numisma, variante de nomisma («moneda») y latinización del griego νόμισμα (nómisma, «moneda corriente, costumbre»).

Las monedas son una fuente histórica que nos sirve para estudiar aspectos políticos, jurídicos, religiosos, estéticos, paleográficos, etc. de los pueblos que las emitieron.

Actualmente son muy escasos los estudios acerca de la Numismática y la Enfermería<sup>2,3</sup> por lo que se plantea interesante realizar una breve descripción de las diferentes representaciones de enfermeras o relacionadas directamente con la Enfermería en las monedas, como primer paso para posteriores estudios en este campo.



Fig. 1. Suiza 1963. 100 aniversario de la Cruz Roja.

## OBJETIVOS

Identificar las monedas, a nivel mundial, con representaciones referidas a la Enfermería.

Describir el valor, el país, el año, el motivo de la moneda y el motivo de edición de cada uno de los ejemplares encontrados.

## METODOLOGÍA

Con el fin de identificar el mayor número de monedas posibles, se realizaron:

1. Revisión bibliográfica en las bases de datos (Cuiden, Pubmed y Google Scholar),
2. Búsqueda en los catálogos numismáticos que abarcan las monedas editadas entre los años 1901 y 2013 publicados por Michael T. et al<sup>4,5</sup> utilizando los términos: nurse o nursing.
3. Entrevista con profesionales numismáticos preguntándoles sobre monedas en las que aparecen enfermeras o temas relacionados con la Enfermería.

Posteriormente se realizó una búsqueda en internet para poder describir adecuadamente cada uno de los ejemplares encontrados. Se recogieron datos generales acerca del año de edición, valor facial y país. Así mismo, siguiendo la propuesta Guerra González et al<sup>3</sup>, se identificaron el motivo de la moneda (ilustración que aparece en las monedas que componen las emisiones numismáticas) y motivo de edición (conmemoración del evento, acontecimiento y/o personaje en cuestión por la numismática).

## RESULTADOS

Se encontraron un total de 17 monedas diferentes entre los años 1901- 2014 (TABLA 1), acuñadas mayoritariamente en: UK (Reino Unido) (3), Australia (2), Islas Salomón (2) y Cuba (2). 11 fueron fabricadas posteriormente al año 2000. El motivo de la edición de las monedas fue: aniversarios o conmemoraciones de diferentes guerras (7), alusiones a enfermeras relevantes (3) y el resto fueron acuñadas por diferentes causas (aniversarios de instituciones sanitarias, series personajes ilustres, campaña a favor de las mujeres).

## DISCUSIÓN

La Enfermería tiene principalmente representación en las monedas del mundo con motivo de la conmemoración de acontecimientos o aniversarios militares, así como en series dedicadas a personajes ilustres. En cuanto a los países de edición encontramos que en su mayoría son producidas en el Reino Unido o en naciones históricamente vinculadas a este estado.

Que Florence Nightingale (Florencia, Gran Ducado de Toscana, 12 de mayo de 1820-Londres, 13 de agosto de 1910) fuera de nacionalidad británica creemos que está relacionado con la gran cantidad de monedas que el Reino Unido ha emitido con motivos alusivos a ella.

Las guerras han tenido una gran importancia en la historia de los diferentes pueblos por lo que parece lógico que las monedas sean un reflejo de ello. El papel de los sanitarios en los conflictos bélicos es de vital importancia y esa visión se ve reflejada en el número de alusiones a la labor de la Enfermería en las series relacionadas con las actividades de las fuerzas armadas o con los aniversarios de las diferentes luchas.

En la revisión de bases de datos bibliográficas, únicamente se encontraron dos artículos relacionados con la Numismática y la Enfermería: en el primero de ellos, Moreira et al<sup>2</sup>. realizan una análisis de una moneda brasileña de 400 reales y en el segundo Guerra González et al<sup>3</sup>. proponen a la Numismática como una ciencia válida para realizar estudios relacionados con la Historia de la Enfermería.

Este trabajo es una aproximación al estudio de la Enfermería a través de las monedas y puede ser una continuación del segundo artículo (Guerra et al.). Sería interesante ampliar los estudios en este campo con investigaciones más exhaustivas, que aumentaran el número de catálogos consultados o que realizaran entrevistas a un mayor número de expertos para aumentar el volumen de monedas analizadas.

## CONCLUSIONES

La mayoría de las monedas con motivos relacionados con la Enfermería han sido acuñadas en Reino Unido o en países históricamente vinculados a este. El tema de la edición de las monedas está relacionado con guerras, especialmente la Guerra de Crimea o con enfermeras ilustres, mayoritariamente con Florence Nightingale.



Fig. 2. Malta. 2015. 150 aniversario comienzo Primera Guerra Mundial.



Fig. 3. Cuba 1988. 40 Aniversario OMS.

TABLA 1. RESUMEN MONEDAS IDENTIFICADAS

Año	Valor	País	Motivo moneda	Motivo emisión
1938	400 reales	Brasil	La lámpara griega	Serie brasileños ilustres
1963	5 francos	Suiza	Enfermera de pie, paciente en camilla, con motivos en forma de cruz	100 aniversario de la Cruz Roja

Año	Valor	País	Motivo moneda	Motivo emisión
1984	100 chelines	Tanzania	Enfermera de rodillas sosteniendo al bebé en el aire	Década para las mujeres
1988	1 peso	Cuba	Enfermera con el bebé, construcción en el fondo	40 aniversario OMS
1988	5 pesos	Cuba	Enfermera con el bebé, construcción en el fondo	40 aniversario OMS
2001	10 dólares	Gibraltar	Florence Nightingale con lámpara	Época Victoriana. Guerra de Crimea
2004	5 libras	Reino Unido	Cabeza de Florence Nightingale	Florence Nightingale
2004	5 libras	Reino Unido	Cabeza Florence Nightingale por encima de una escena de la Batalla de Inkerman	150 aniversario Guerra de Crimea
2006	10 dólares	Islas Salomón	Florence Nightingale con la lámpara	Época Victoriana
2006	25 dólares	Islas Salomón	Reina Isabel II	Reina Isabel II y la Cruz Roja en la II Guerra Mundial
2009	20 centavos	Australia	Enfermera mirando a soldado	Enfermeras
2009	10 dólares	Estados Unidos	Margaret Taylor. Enfermera atendiendo soldado en las Guerras Semínolas	Serie primeras damas
2009	5 pesos	México	Busto Carmen Sedán	Centenario de la Revolución de México
2010	2 libras	Reino Unido	Manos tomando el pulso bajo los rayos de luz	100 aniversario muerte de Florence Nightingale. 150 aniversario publicación Notas de Enfermería
2012	1 dólar	Australia	Enfermera atendiendo a soldado	Día de ANZAC (Australian and New Zealand Army Corps)
2013	10 euros	Finlandia	Sophie Mannerheim cuidando de los niños	150 aniversario del nacimiento de Sophie Mannerheim
2014	5 euros	Malta	Enfermera administrando medicamentos a un soldado herido	150 aniversario comienzo Primera Guerra Mundial

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diccionario de la lengua española | Real Academia Española [Internet]. [cited 2015 Mar 29]. Available from: <http://lema.rae.es/drae/?val=numismatica>
2. Moreira A, Porto F, Oguisso T, De Souza Campos PF. Marcas simbólicas de la historia de la enfermería: el caso de la moneda brasileña de 400 reales (1936). *Enfermería Glob.* 2009;(16):1–11.
3. Guerra González JE, Martínez Sánchez CM. La Numismática. Fuente de Investigación para la Historia de los Cuidados. *Temperamentvm* [Internet]. 2009 [cited 2015 Mar 29];10. Available from: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn10/t7227.php>
4. Thomas M, Miller H, McCue D. *Standard Catalog of World Coins 1901 to 2000*. 40th ed. Cuhaj GS, editor. Iola: Krause Publications; 2012.
5. Thomas M, Miller H, McCue D. *Standard Catalog of World Coins 2001 to Date*. 7th ed. Cuhaj GS, editor. Iola: Krause Publications; 2013.



# CONTRIBUYENDO A LA SOCIALIZACIÓN DEL ALUMNADO MEDIANTE EL APRENDIZAJE REFLEXIVO DE LA HISTORIA ENFERMERA

## *Contributing to socialization among students through reflective learning of the history of nursing*

Olivé-Ferrer, M. Carmen

Escuela de Enfermería, Universidad de Barcelona

Hernández-Grima, Victoria

Escuela de Enfermería, UB e Instituto Clínic de Oftalmología

**PALABRAS CLAVE:** aprendizaje reflexivo de la historia enfermera, carpeta de aprendizaje, evaluación con rúbrica.

**KEY WORDS:** reflective learning of the history of nursing, learning folder, evaluation with rubric.

**RESUMEN:** Se describe el proceso de enseñanza/aprendizaje, mediante Carpeta de Aprendizaje (CA), de la Historia, en la asignatura *Fonaments històrics, teòrics i metodològics d'infermeria*, de un grupo, de la UB. Pretende describir su organización y contrastar los resultados de la elaboración teórica con los de la reflexión crítica. Se hacen sesiones teóricas y trabajos en grupo por temáticas, durante siete semanas, dos clases de hora y media y se evalúa el trabajo autónomo en CA. Se dispone de 85 CA en las que se aprecia los resultados de la elaboración teórica y la reflexión crítica, como elementos de aprendizaje significativo.

**ABSTRACT:** Describes the process of teaching/learning through Learning Folder (LF), of history, in the subject *Fonaments històrics, teòrics i metodològics d'infermeria*, of a university (UB) group. Intended to describe their organization and contrast the results with theoretical elaboration of critical reflection. Theoretical work done in group sessions by subject, for seven weeks, two and a half hour classes and self-employment is assessed in LF. It has 85 LF where difficulty in critical reflection in relation to the theoretical development is appreciated.

## INTRODUCCIÓN

Se presenta la experiencia del proceso de enseñanza/aprendizaje de la historia en el contexto de la asignatura *fonaments històrics, teòrics i metodològics d'infermeria*, de un grupo, de la Universidad de Barcelona. Se organiza mediante sesiones presenciales y trabajo autónomo en carpetas de aprendizaje (CA) evaluando ésta con rúbrica validada en la que se contempla la reflexión crítica con un valor igual al de la elaboración teórica.

El aprendizaje reflexivo y crítico en los estudios de enfermería es esencial y la evaluación con CA estimula la perspectiva crítica, facilita un aprendizaje significativo y contribuye a la socialización (1). Consideramos también que la contextualización de los cuidados de enfermería y el estudio de los mismos a través de la historia contribuye a dar valor al trabajo anterior, a la vez que a reforzar la identidad profesional y la socialización.

El estudio de la historia de la enfermería, aunque sea de forma general, según Siles contribuye a conocer el desarrollo de la disciplina enfermera desde sus orígenes y hasta la actualidad, por lo que debe ser estudiada para alcanzar un desarrollo teórico y metodológico de la enfermería. Su utilidad es amplia, nos da una perspectiva de la técnica y de los métodos utilizados; una mirada de los cuidados ligados a las concepciones del momento estudiado; la posibilidad de obtener datos globales a la vez que profundizar en historias locales; también el describir los sistemas de transmisión de saberes y técnicas o procedimientos (2).

Por lo que se refiere a la socialización profesional es aquel proceso en el cual los individuos adquieren, durante su formación, además de conocimientos y habilidades propias de la profesión, normas, valores, comportamientos, actitudes y la cultura que le es propia. Si hablamos de los profesionales de la enfermería, entendemos que el inicio de la socialización se hace durante los estudios y, por nuestra parte, diferentes rituales, hechos de manera deliberada, pretenden esta socialización. Es así que podemos unir el proceso de socialización con el de identidad profesional, que se considera como la integración de la identidad personal y social-cultural de la profesión y de la diferenciación de lo que sería *trabajar de enfermera* a la *experiencia y el sentirse enfermera* (3), sentimiento que es vivido por el estudiantado, a menudo, con el símbolo de *ponerse las gafas enfermeras*.

### 1. OBJETIVOS.

Describir la organización de la docencia de la *historia de la enfermería* en la asignatura de *fundamentos históricos teóricos y metodológicos* en un grupo de tarde.

Contrastar los resultados, de la evaluación en CA correspondiente a *Historia de la enfermería*, referentes a la elaboración teórica y la reflexión crítica.

Evidenciar la utilidad de la CA para un aprendizaje reflexivo y crítico.

### 2. METODOLOGÍA.

Las clases presenciales de Historia se desarrollan a lo largo de siete semanas a razón de dos sesiones de hora y media cada una; al inicio son magistrales de contextualización y posteriormente se hace trabajo en grupos por temáticas, con exposiciones en el aula.

Paralelamente hay un trabajo autónomo de cumplimentación de CA, que se evalúa mediante rúbrica, que diferencia la elaboración teórica y la elaboración reflexiva.

Para esta comunicación se ha trabajado con la evaluación de 85 CA referente a la Historia de la enfermería, en el curso académico 2014-15. El estudiantado colgaba la CA en el Campus Virtual (CV) y la reflexión crítica se entregaba escrita a mano, conjuntamente con la ficha en la que se esta-

blece *feedback* complementario al del CV. Se han incluido las CA del CV en primera convocatoria y reevaluación. Se han desestimado las CA que han sido entregadas por correo electrónico, en papel o memoria USB, por su dificultad en la recuperación de la rúbrica cumplimentada.

Se han considerado los apartados de la rúbrica: a) elaboración teórica (rigor y lenguaje científico, contenido) y b) reflexión crítica final (síntesis de aprendizajes; incluye: qué sabía, qué he aprendido y qué me falta por aprender y me interesa). La leyenda en ambas: muy mal, insuficiente, bien, muy bien y excelente.

Para el análisis se ha utilizado el programa Microsoft Office Excel 2007.

### 3. RESULTADOS

Atendiendo a las tablas 1 y 2 se muestra que 12 del total de 85 CA tienen excelente en ambas elaboraciones, lo que representa el 40% de los excelentes de la elaboración teórica; 17 excelente en la elaboración teórica y muy bien en la crítica (57%) y 28 comparten muy bien en ambas elaboraciones (78%).

Cabe destacar que no hay ninguna elaboración teórica muy mal y 2 insuficientes en ambas.

Elaboración teórica		Reflexión crítica				
		Muy Mal	Insuficiente	Bien	Muy Bien	Excelente
Muy Mal	0	0	0	0	0	0
Insuficiente	4	0	2	1	1	0
Bien	15	0	4	7	4	0
Muy Bien	36	0	0	4	28	4
Excelente	30	0	0	1	17	12

Tabla 1 Elaboración teórica / reflexión crítica, cifras absolutas

Elaboración teórica		Reflexión crítica				
		Muy Mal	Insuficiente	Bien	Muy Bien	Excelente
Muy Mal	0	0%	0%	0%	0%	0%
Insuficiente	4	0%	50%	25%	25%	0%
Bien	15	0%	27%	47%	27%	0%
Muy Bien	36	0%	0%	11%	78%	11%
Excelente	30	0%	0%	3%	57%	40%

Tabla 2 Elaboración teórica / porcentaje

Atendiendo a las tablas 3 y 4 hay 6 insuficientes en la reflexión crítica que se corresponden con 2 insuficiente, y 4 bien en la elaboración teórica. Bien 13 que se corresponden con 1 insuficiente, 7 bien, 4 muy bien y 1 excelente en la elaboración teórica. 50 muy bien que se corresponden con 1 insuficiente, 4 bien, 28 muy bien y 17 excelente. Para finalizar hay 16 excelentes en la reflexión crítica que se corresponden a 4 muy bien y 12 excelentes en la elaboración teórica. Remarcar que 2 de 84 muestran insuficiente en ambas elaboraciones.



Reflexión crítica		Elaboración teórica				
		Muy Mal	Insuficiente	Bien	Muy Bien	Excelente
Muy Mal	0	0	0	0	0	0
Insuficiente	6	0	2	4	0	0
Bien	13	0	1	7	4	1
Muy Bien	50	0	1	4	28	17
Excelente	16	0	0	0	4	12

Tabla 3 Reflexión crítica / elaboración teórica, cifras absolutas

Reflexión crítica		Elaboración teórica				
		Muy Mal	Insuficiente	Bien	Muy Bien	Excelente
Muy Mal	0	0%	0%	0%	0%	0%
Insuficiente	4	0%	33%	67%	0%	0%
Bien	15	0%	8%	54%	31%	8%
Muy Bien	36	0%	2%	8%	56%	34%
Excelente	30	0%	0%	0%	25%	75%

Tabla 4 reflexión crítica / elaboración teórica, porcentaje

Durante las siete semanas en que se desarrolla el estudio de la Historia de la enfermería se percibe un claro interés en los orígenes del cuidado, un asombrarse por los fenómenos ligados a la profesión i que relacionan con el conocimiento de la Historia estudiada con anterioridad, también con las diferentes figuras, instituciones y en general otorgan valor a sus antecesores, lo que les lleva a sentirse parte integrante de un colectivo profesional.

#### 4. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos podemos decir que el estudio de la Historia de la enfermería contribuye a crear un sentimiento de pertenencia a la profesión, favorece la construcción de la identidad personal y profesional a la vez que colabora en la socialización.

Referente a los aprendizajes:

La evaluación continuada en CA evita calificaciones finales, tanto de elaboración teórica como de reflexión crítica, de muy mal.

La elaboración teórica se percibe como más asequible que la reflexión crítica, aunque ambas se pueden considerar adecuadas: 61 de 85 están en la franja muy bien y excelente en ambas elaboraciones.

La CA se muestra como estrategia adecuada para fomentar un aprendizaje reflexivo y crítico.

#### 5. BIBLIOGRAFÍA

- Olivé, M C. El portafolio o la carpeta de aprendizaje en enfermería como instrumento para un aprendizaje reflexivo y crítico: una experiencia exportable a otras disciplinas. Recuperado 01/04/2015, en <http://www.raco.cat/index.php/RIDU>
- Siles, J. Historia de la enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (Grupo Paradigma), 2011.
- Fagermoen MS. Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice J Adv Nurs. Mar; 25(3):434-41. 1997.

# LOS REGISTROS DE TÍTULOS UNIVERSITARIOS. UNA FUENTE PARA LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA DESDE EL ÚLTIMO TERCIO DEL XIX

## *Degree Registration Books. A historical source for Nursing History in the later 19th century*

Manuel Jesús García Martínez  
Universidad de Sevilla

**PALABRAS CLAVE:** Libros de registros, Universidad de Sevilla, Historia de la Enfermería.

**KEY WORDS:** Degree Registration Books, University of Sevilla, Nursing History.

**RESUMEN:** El objetivo principal de este trabajo, de fuerte base metodológica, es valorar los Libros de registros de títulos universitarios, relativos a las primeras promociones de practicantes y matronas, formadas en la Universidad de Sevilla tras la aplicación de la Ley Moyano de 1857, como una fuente histórica muy valiosa para la investigación de la Historia de la Enfermería. Los libros de registros de títulos contienen una excelente información sobre los estudiantes de las carreras de practicantes y matronas: lugar de procedencia, edad y otros datos, que nos informan del avance de estas profesiones desde mediados del siglo XIX.

**ABSTRACT:** The main objective of this work, with strong methodological basis, is to assess the Degree Record Books, relative to the first classes of practitioners and midwives, trained at the University of Sevilla after application of Moyano Law, Act of 1857, as a invaluable for investigating the History of Nursing historical source. The Degree Record Books contain an excellent information on student careers practitioners and midwives: birth place, age and other data, informing us of profession progress from the mid-nineteenth century.

## INTRODUCCIÓN. OBJETIVOS

En un Congreso anterior de Historia de la Enfermería, en concreto el celebrado en Sevilla en octubre de 2001, se abordó de forma monográfica el tema de las fuentes históricas para el estudio de la Historia de la Enfermería<sup>1</sup>. En el mismo quedó claro la importancia fundamental que tiene un exacto conocimiento, clasificación, valoración y tratamiento de las fuentes como presupuesto obligado para la labor del historiador en su actividad investigadora del pasado. Afirmaba L. Fèbvre que “La Historia, en cuanto a estudio *científicamente elaborado*, descansa sobre las fuentes”<sup>2</sup>.

La investigación de la historia de la Enfermería española en el último tercio del siglo XIX resulta una tarea apasionante dado que en ese siglo encontramos los antecedentes legales de la profesión de Enfermería: las titulaciones de Practicante y Matrona –sería en 1915 cuando aparecería la de Enfermera-. La de Practicante sería heredera de otras profesiones, como la de sangrador o cirujano menor, por ejemplo. De ahí que la búsqueda y localización de cualquier fuente que pueda aportarnos información sobre esos años resulta especialmente interesante. Entre esas fuentes, creemos de gran relevancia los registros de los títulos universitarios en sus correspondiente libros.

El trabajo que presentamos, de una clara orientación metodológica, se propone como objetivo dar a conocer la información contenida en los Libros de registros de títulos universitarios, fuentes que, en definitiva, nos ayudan a conocer aspectos sociológicos y académicos de las primeras promociones de practicantes y matronas formadas en la Universidad de Sevilla como resultado de la aplicación de la Ley Moyano de 1857.

## FUENTES

Las fuentes consultadas han sido los siguientes Libros de registros de títulos universitarios, conservados en el Archivo Histórico Universitario de la Universidad de Sevilla (AHUUS):

- “Practicantes y Matronas. Expediente de las enseñanzas de Practicantes y Matronas. Años 1881-1887 (Lista de alumnos con notas)”: Libro 645.
- “Registro de Títulos de Practicantes y Matronas. Años 1863-1868”: Libro 1908.
- “Colegio de Prácticos de Medicina de Sevilla. Juntas y grados. Años 1843-1845”: Libro 955.
- Legajo 1070.
- Legajo 1168.

En estos libros se ha obtenido información referente a los títulos de Practicante, Matrona y Sangrador. Igualmente, en el AHUUS se conservan documentos que hacen referencia a la Universidad Libre de Córdoba, que, en su sección de Medicina, recoge información relativa a la titulación de Practicante, en concreto, el Legajo 214 (“Practicantes. Años 1875-1876. Registro”).

La documentación del AHUUS corresponde a un largo período de tiempo, desde la fundación de la Universidad de Sevilla, a principios del siglo XVI (denominado Colegio Mayor de Santa María de Jesús), hasta nuestros días. Esta documentación sigue los avatares de la historia del Colegio-Universidad, que estuvieron unidos hasta 1771, año en que se separan y continúan funcionando ambos independientemente: el Colegio hasta 1836 y la Universidad hasta el momento presente<sup>3</sup>.

---

1 Las actas de este Congreso fueron publicadas por *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, n.º 10 (dos volúmenes). Qalat Chábir, A. C. Alcalá de Guadaíra (Sevilla), 2008. 1.272 pp.

2 Ruiz de la Peña JI. Introducción al estudio de la Edad Media. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.; 1984.

3 Para conocer el desarrollo histórico del Archivo Histórico Universitario de la Universidad de Sevilla, puede consultarse Ysasi-Ysasmendi J, Herráez Sánchez de Escariche J. Guía del Archivo Histórico Universitario. Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Serie Biblioteca Universitaria, n.º 3; 1994.

## METODOLOGÍA

En primer lugar, se ha procedido a localizar las fuentes citadas, los Libros de registro de títulos, conservados en el Archivo Histórico Universitario de la Universidad de Sevilla, seleccionándose la información relativa a las titulaciones de Practicante y Matrona<sup>4</sup>. Tras el análisis de la misma, se realizan algunas reflexiones en torno al objeto de estudio. Por último, se aportan las conclusiones derivadas.

Aunque los Archivos Universitarios Españoles figuran en la Ley de Ordenación Universitaria de 1943, como Archivos Históricos Universitarios, será la Orden Ministerial del 7 de noviembre de 1968 (BOE nº 23 de 25 de noviembre del mismo año) la que, realmente, resalte el carácter histórico, reconociéndolo plenamente como Archivo Histórico Universitario<sup>5</sup>.

## RESULTADOS

Los Libros de registros de títulos contienen una excelente información sobre los estudiantes de las carreras de Practicante y Matrona, creadas a la luz de la Ley Moyano de 1857<sup>6</sup>, y cuyos estudios serían regulados posteriormente por el reglamento de 1861<sup>7</sup> y siguientes. Este reglamento<sup>8</sup> dedica dos artículos del Capítulo IV, Título I, a los “libros de registro que deben llevarse en las Secretarías de las Universidades por lo relativo á esta enseñanza”, indicándose la información que debían contener.

¿Qué tipo de información se recogía en estos libros y que pueden resultar de gran interés para conocer la historia de estas profesiones?

Las Secretarías de las Universidades literarias donde había Facultad de Medicina debían llevar tres libros de registro<sup>9</sup>: uno en que debía anotarse, por orden riguroso de fechas, las designaciones que de establecimientos para la enseñanza de Practicantes y Matronas hiciesen los Rectores, anotándose las condiciones de los locales en donde se impartían las enseñanzas, las autorizaciones preceptivas a los profesores, salas de parto y casas de Maternidad y demás circunstancias administrativas; otro libro, aparte, en que se hiciese constar: nombre y apellidos paterno y materno del estudiante (“discípulos de ambas clases”), su edad, padres, “pueblo de su naturaleza”, y pro-

---

4 Para ello, nos ha sido de gran valor el asesoramiento de la directora del Archivo Histórico Universitario de la Universidad de Sevilla, Dña. Valle Távara Palazón, a quien mostramos nuestro agradecimiento, así como a su personal, y la consulta de la *Guía del Archivo Histórico Universitario*.

5 Parra Faba J. Los testamentos del Hospital Real de Santiago de Compostela (siglo XVI). Catálogo. León: Lulu Enterprises, Inc.; 2004.

6 En la Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857, del ministro Claudio Moyano Samaniego, en sus artículos 40 y 41, se daba legalidad a las titulaciones de Practicante y Matrona, suprimiéndose al mismo tiempo otras como la de *Cirujía Menor* o *Ministrante*, por ejemplo. Atrás quedaban los barberos, topiqueros, hernistas y pronto lo haría la de sangrador, cuyas funciones heredaría el Practicante. En los Libros y legajos consultados aparece información, además, relativa a la titulación de sangrador, cuyas funciones pasarían a ser ejercidas unos años después por el Practicante. Puede decirse que la Ley Moyano no fue una ley innovadora, sino una norma que venía a consagrar un sistema educativo, cuyas bases fundamentales se encontraban ya en el Reglamento de 1821, en el Plan del Duque de Rivas de 1836 y en el Plan Pidal de 1845. Puede consultarse el texto completo de la Ley en: [http://personal.us.es/alporu/historia/ley\\_moyano.htm](http://personal.us.es/alporu/historia/ley_moyano.htm)

7 Publicado en la Gaceta de Madrid nº 332, jueves, 28 de noviembre de 1861.

8 Un estudio sobre el reglamento de 1861 puede consultarse en: Grupo Andaluz para la Investigación de la Historia de la Enfermería (GAIHE). Qalat Chábir. Revista de Humanidades. 1994; 2: 123-131.

9 Artículo 10 del Reglamento.

vincia en que se halla enclavado, el establecimiento y profesor dónde y con quién estudien, "la circunstancia de ir ganando todos los semestres ó tener que repetir alguno, y el día en que hagan el ejercicio de reválida y la calificación obtenida; y, por último, un tercer libro de registro donde debían anotarse los títulos de Practicantes y Matronas expedidos por el Centro.

Información toda ella que nos permite conocer los perfiles del estudiante y futuro profesional Practicante o Matrona, aportando datos de corte sociológico (su edad, procedencia, etc.) hasta datos académicos (titulación elegida, calificación obtenida, cursos realizados, etc.) y administrativos.

Los libros por nosotros consultados en el AHUUS, efectivamente, confirma toda la información que recogía el reglamento de 1861, apareciendo, además, dos apartados: el "Número de orden" y "Fecha del cúmplase". En esos Libros aparece, pues, la siguiente información:

- Núm.
- Apellidos (paterno y materno).
- Nombres.
- Naturaleza (Pueblos, Provincias).
- Edad.
- Grado ó Título.
- Establecimiento donde han hecho los ejercicios.
- Fecha del último acto (Día, Mes, Año).
- Fecha del Título.
- Calificación.
- Fecha del cúmplase.

Citamos a continuación, y dada la limitación espacial que tenemos, a modo de ejemplo, sólo algunos de estos estudiantes que cursaron sus estudios de Practicante, Matrona o Sangrador en el último tercio del siglo XIX.

### TITULACIÓN: PRACTICANTE

1. Arce y Luque. Miguel. Montilla. Id. (Córdoba). 24. Practicante. En la Facultad de Medicina de Cádiz. 11. Marzo. 1871. 20 de junio 1877. """. 14 de julio de 1877<sup>10</sup>.

2. Ambrona y Moreno. Antonio Francisco. Monesterio. Badajoz. 23. Practicante. Facultad de Medicina de Cádiz. 9. Abril. 1878. 9 septiembre 1878. Sobresaliente. 25 septiembre 1878<sup>11</sup>.

3. Arribas y Herrera. José M.<sup>a</sup>. Puebla de los Ynfantes. Sevilla. 22. Practicante. Facultad de Medicina de Cádiz. 11. Diciembre. 1879. 23 agosto 1881. Sobresaliente. 1.<sup>o</sup> de septiembre de 1881<sup>12</sup>.

### TITULACIÓN: MATRONA

1. Alcaide y Berguillos. M.<sup>a</sup> de los Ángeles. Córdoba. Córdoba. 42. Matrona. Facultad de Medicina de Cádiz. 18. Marzo. 1880. 25 de octubre 1881. "" [Sobresaliente]. 12 noviembre 1881<sup>13</sup>.

2. Castillo y Giménez. M.<sup>a</sup> de las Nieves. Arcos de la Frontera. Cádiz. 56. Matrona. Id. de Id. [Facultad de Medicina de Cádiz]. 16. Setiembre. 1870. 10 febrero 1879. Sobresaliente. 22 de febrero 1879<sup>14</sup>.

---

10 Legajo 1070. AHUUS. Número orden: 16.

11 Legajo 1070. AHUUS. Número orden: 43.

12 Legajo 1070. AHUUS. Número orden: 136.

13 Legajo 1070. AHUUS. Número orden: 141.

14 Legajo 1070. AHUUS. Número orden: 103.

3. Contreras de la Vega. María. La Parra. Badajoz. 31. Matrona. Escuela Sevilla. 28. Mayo. 1884. 5 agosto 1884. "" [Sobresaliente]. 16 agosto 1884<sup>15</sup>.

### TITULACIÓN: SANGRADOR

1. Alvarez y Palma. Miguel. Castilblanco. Sevilla. 22. Sangrador. Id. Id. [Universidad de Sevilla]. 11. Agosto. Id. [1859]. 27 de setiembre de 1859. Aprobado. 21 de octubre de id. [1859]<sup>16</sup>.

### CONCLUSIONES

Los Archivos Históricos Universitarios guardan una rica e interesante información, muy útil para conocer el pasado de la Enfermería española. Los Libros de registro de títulos conservados en ellos aportan datos de tipo sociodemográfico y académico de los estudiantes, permitiéndonos ello configurar sus perfiles humano y profesional (procedencia, edad, calificación obtenida, etc.) en una época determinada, en nuestro caso el último tercio del siglo XIX. Por último, las figuras profesionales de practicante y matrona, al quedar adscritas a la universidad, van sentando las bases de una Enfermería de calidad, académica y profesional.



*Ilustración 1. Uno de los Libros de Registro de Títulos consultados en el AHUUS (último tercio del siglo XIX).*

---

15 Legajo 1070. AHUUS. Número orden: 396.

16 Legajo 1168. AHUUS.

N.º	APELLIDOS PADRES Y MATRNAS.	NOMBRES.	NATURALEZA		EDAD.	GRADO O TÍTULO.
			PAISANO.	PROVINCIAL.		
171	Castellanos y Jimeno	Johann	Castellano	Castellano	26	Maestro de Gramática Latina
172	Castellanos y Jimeno	José	Castellano de la Sierra	Castellano	26	Maestro de Gramática Latina
173	Castellanos y Jimeno	José	Castellano	Castellano	25	Maestro de Gramática Latina
174	Castellanos y Jimeno	José	Castellano	Castellano	25	Maestro de Gramática Latina
175	Castellanos y Jimeno	José	Castellano	Castellano	25	Maestro de Gramática Latina
176	Castellanos y Jimeno	José	Castellano	Castellano	25	Maestro de Gramática Latina
177	Castellanos y Jimeno	José	Castellano	Castellano	25	Maestro de Gramática Latina
178	Castellanos y Jimeno	José	Castellano	Castellano	25	Maestro de Gramática Latina
179	Castellanos y Jimeno	José	Castellano	Castellano	25	Maestro de Gramática Latina
180	Castellanos y Jimeno	José	Castellano	Castellano	25	Maestro de Gramática Latina

Ilustración 2. Los Libros contienen una interesante información sobre los estudiantes matriculados en las distintas carreras.

Daraja	17	Matra. elemental
Daraja	17	Matra. elemental
Padre	34	Matrona
		Matrona de parvulos de
		Matrona de parvulos de la Cruz de la
41	29	Matra. elemental

Ilustración 3. En los Libros aparecen las titulaciones impartidas en la Universidad de Sevilla. En la foto, un ejemplo de la de Matrona.

# LOS CURSOS DE VERANO COMO PLATAFORMA FORMATIVA

## *The Summer Courses as Formative platform*

M<sup>a</sup> Inmaculada Torrijos Rodríguez

Unidad de Pediatría y Corta Estancia del Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla"

M<sup>a</sup> Luz Fernández Fernández

E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla" de la U. de Cantabria

Germán Varona Ferrer

Centro de Salud Nansa. Servicio Cántabro de Salud

**PALABRAS CLAVE:** Cursos de Verano; Enfermería; Formación.

**KEY WORDS:** Summer courses; Nursing; Training.

**RESUMEN:** Los objetivos de este trabajo es identificar la participación de los alumnos en el curso de verano "Atención Inicial al niño y adulto en situaciones críticas" y evaluar el índice de satisfacción del alumnado.

Se lleva a cabo un estudio de tipo descriptivo cuantitativo en el que se revisan las memorias de la Universidad. El número total de cursos realizados ha sido de ocho, a los que han asistido 199 alumnos, con edades comprendidas entre 18 y 69 años. El tanto por ciento más elevado corresponde a estudiantes de enfermería el 70%.

El índice de satisfacción de los participantes fue alto o muy alto.

**ABSTRACT:** The objectives of this work is to identify the participation of students in the course of summer 'Initial child care' and adult in critical situations and evaluate the rate of satisfaction of students. A study of quantitative descriptive type which reviews University of memories takes place. The total number of courses has been eight, which attended by 199 students, aged between 18 and 69 years. Percentage more elevated corresponds to 70% nursing students. The rate of satisfaction of the participants was high or very high.



## INTRODUCCIÓN

Los inicios de los Cursos de Verano hay que situarlos en la ciudad de Santander en el marco Palacio de la Magdalena, edificio donado por el Ayuntamiento de Santander en 1908 a los reyes Alfonso XIII y Victoria Eugenia de Battenberg para los veraneos reales y que estuvieron utilizando hasta su exilio, tras la proclamación de la República en 1931. Un año después, en agosto de 1932, se proclamaba una Orden, por la que el entonces Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, Fernando de los Ríos Urruti, creaba la Universidad Internacional de Verano de Santander, publicándose en la Gaceta de Madrid de 24 de agosto.

En la Orden exponía: *“La Universidad de Verano será, un organismo de cultura internacional e interregional que aspira a romper la incomunicación entre profesores y estudiantes de distintas regiones y grados de enseñanza y a proporcionar a nuestros estudiosos un contacto fecundo con los intelectuales extranjeros que concurren a la Universidad”*. Además, una de las cuestiones más importantes que se reflejaban en el texto de dicha Orden era que el espíritu de ésta Universidad es no buscaba solamente la ampliación de los estudios si no *“.....hallar un ambiente humano y cultural que amplifique y enriquezca a todos.....”* (1). El primer Rector fue el historiador y filólogo Ramón Menéndez Pidal.

Es importante reflejar, que entre los años 1933 y 1936, la Universidad Internacional de Verano de Santander desarrolló un gran actividad destacando los cursos de lengua y literatura para extranjeros, que desde 1926 se venían por la Sociedad Menéndez Pelayo y los del Instituto Médico para posgraduados de la “Casa de Salud Valdecilla”. La actividad de la Universidad Internacional se paralizó durante los años de la Guerra Civil, y fue durante el período estival del año 1938, cuando el Ministerio de Educación Nacional encargó a la Sociedad Menéndez Pelayo que se hiciera cargo de los Cursos de Literatura y Lengua para extranjeros. En 1945, por Decreto de 10 de noviembre del Ministerio de Educación Nacional, se crea en Santander, la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, y que estuvo ubicada en el antiguo hospital de San Rafael, actual sede del Parlamento de Cantabria, hasta el 1949 que volvió al Palacio de la Magdalena.(2) (3)

A partir de los años ochenta, las distintas Universidades fueron añadiendo a su oferta formativa cursos de verano, que pretendían ampliar la oferta formativa a los estudiantes más allá de las enseñanzas regladas durante el curso académico, de manera que el alumnado pudiera no solo ampliar o renovar conocimientos, sino también, disfrutar del entorno en el que se realizaban dichos curso aprovechando la oferta cultural.

La Universidad de Cantabria inició en el año 1984 los primeros Cursos de Verano en Laredo, que en esta próxima edición del año 2015, cumplirán treinta y un años de existencia, contando en la actualidad con más de catorce sedes repartidas en las localidades de Laredo; Castro Urdiales; Reinosa; Torrelavega; Santander; Suances; Colindres; Ramales de la Victoria; Camargo; Noja; Polanco; Aguilar de Campoo; Los Corrales de Buelna; Potes; Bareyo; Comillas; Tudanca y Bareyo.

En este contexto, y con el fin de ofrecer a los alumnos y posgraduados de Ciencias de la Salud, y a otros profesionales interesados en incrementar sus conocimientos sobre las pautas y técnicas a seguir en los casos de atención al niño y al adulto en situaciones de crisis, en el curso 2004, desde los Cursos de Verano de la Universidad de Cantabria, se llevó a cabo el primer curso sobre este tema desarrollándose posteriormente otras siete ediciones.

Por ello, los objetivos de este estudio trataron de identificar la participación de los alumnos, y evaluar el índice de satisfacción del alumnado participante en este Curso de Verano.

## METODOLOGÍA

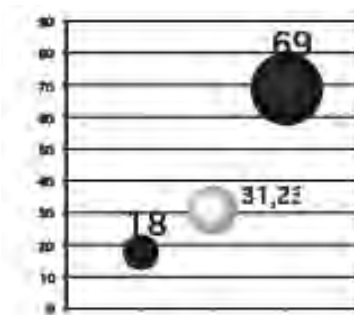
En presente trabajo de tipo descriptivo cuantitativo se revisaron las Memorias de los Cursos de Verano de la U. de Cantabria correspondientes a los años: 2004; 2006; 2007; 2008; 2009; 2011; 2012 y 2013, relacionadas con los períodos de impartición del curso.

Se ha llevado a cabo un estudio de tipo descriptivo cuantitativo en el que se revisan las memorias de la Universidad de los años:

## RESULTADOS

El número total de cursos realizados ha sido de ocho, a los que han asistido ciento noventa y nueve alumnos, con edades comprendidas entre 18 y 69 años, siendo la media de 31,23 (Gráfico 1).

Gráfico 1. Edades de los alumnos participantes: inferior, media y superior



El tanto por ciento de asistencia más elevado corresponde a estudiantes de enfermería el 70% (Gráfico 2), repartiéndose el otro 30% entre alumnos de medicina; fisioterapia; Telecomunicaciones; farmacia; Técnicos; Maestro en Educación Infantil.

Gráfico 2.



Gráfico 3.



El índice de satisfacción de los participantes analizado fue alto o muy alto, superando en algunos casos la encuesta de satisfacción realizada por la Universidad en relación al resto de los cursos.

## CONCLUSIONES

El alto número de participantes, la variedad en su titulación, y el grado de satisfacción mostrado al finalizar el curso, pone en evidencia el interés por adquirir conocimientos relacionados con el abordaje de las personas en situaciones críticas.

Los cursos de verano constituyen una plataforma formativa eficaz, como así lo muestran los resultados de este trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Orden de 23 de agosto de 1932 por la que se crea la Universidad Internacional de Verano de Santander publicada en la Gaceta de Madrid de 24 de agosto.
  - (2) Decreto del 10 de noviembre de 1945 por el que se crea en Santander la Universidad Internacional "Menéndez Pelayo" dependiente del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, publicado en el Boletín Oficial del Estado del 21 de noviembre.
  - (3) Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP). Disponible en: <http://www.uimp.es/institucional/historia.html>
- González Hernando C, Carbonero Martín MA, Lara Ortega F, Martín Villamor P. Aprendizaje Basado en Problemas y satisfacción de los estudiantes de Enfermería Enfer. Global 2014 (35):97-103
- Lorente Gallego AM, García Sánchez C, López Arroyo MJ, Echevarria Pérez P, Morales Moreno I. Satisfacción de los alumnos de Enfermería de la Universidad Católica San Antonio (UCAM) sobre su formación práctica. Seminarios en salas de demostraciones y prácticas clínicas. Enfer. Global 2009 (17):1-11.
- McDonough, Marjorie. Sudden cardiac arrest: Are you ready to respond? Nursing Critical Care 2010;5(1):23-29

# ELABORACION DE UN METODO PARA LA TRADUCION DE LOS LENGUAJES TRADICIONALES DEL CUIDADO

## *Development of a method for the translation of traditional languages of care*

Carmen Goday  
SERMAS

Jorge Gómez  
Universidad de Alcalá

José M<sup>a</sup> Santamaría  
Universidad de Alcalá

**PALABRAS CLAVE:** Biblia; historia; cuidados.

**KEY WORDS:** Bible, History, Care.

**RESUMEN:** Nuestra historia muestra un desarrollo disciplinar, profesional y cultural de clara influencia judeo-cristiana. En la Biblia; libro epítome del cristianismo y manifestación de la cultura cristiana, se pueden encontrar manifestaciones acerca de hábitos de vida, transmitidos de generación en generación; representa una referencia del “lenguaje tradicional” del cuidado.

Por otra parte, los modelos del cuidado (conceptuales y profesionales), estudiados en nuestras universidades, la procedencia es fundamentalmente del ámbito anglosajón.

Por lo que, nos encontramos que en España, existe una divergencia entre el lenguaje legado culturalmente y los modelos reconocidos académicamente para su estudio y aplicación; lo que plantea un campo de estudio.

**ABSTRACT:** Our history shows a clear disciplinary development of Judeo-Christian influence, professional and cultural. The Bible itself; Book epitome of Christianity and manifestation of Christian culture, where you can find statements about lifestyle, transmitted from generation to generation; represents a reference to the “traditional language” of care.

Moreover, models of care (conceptual and professional) that are studied in our universities, whose origin is mainly the English-speaking world.

So, we find that in Spain, there is a divergence between the language legacy culturally and academically recognized models for study and application; This poses a field of study.

## MÉTODO

La hipótesis del presente estudio, es que se puede establecer un método, para traducir lenguajes tradicionales del cuidado, a un modelo disciplinar conceptual y profesional vigente en la actualidad.

El objeto de análisis, en esta investigación son los textos Bíblicos donde vamos a investigar las ideas acerca de la salud contenidas en los mismos. Y el modelo conceptual de Orem, con su teoría de autocuidado como modelo teórico utilizado para la traducción de los textos extraídos de la Biblia.

La primera cuestión que se planteaba en el estudio, era ¿qué lenguaje del cuidado se puede utilizar y que sea susceptible de ser traducido?

La segunda cuestión y no por ello menos importante, era si, en nuestro ámbito cultural, ¿podemos encontrar un modelo de cuidado, en el cual fundamentar nuestra propuesta de traducción?

La influencia de la Biblia en nuestro ámbito cultural, es clara, puesto que la atención y el cuidado, tanto a los pobres y desvalidos, como a los enfermos adquieren especial relevancia e importancia, con la llegada del cristianismo. Convirtiéndose así, la atención a los necesitados, en la principal obligación del buen cristiano (Donahue, 1985; Hernández Conesa, 1995; Siles, 1999; Sellán, 2007). En la propia Biblia; libro epítome del cristianismo y manifestación de la cultura cristiana, se pueden encontrar expresiones acerca de hábitos de vida, que son transmitidos de generación en generación.

Así Collière, en su obra "promover la vida" (1) afirma: "Las motivaciones espirituales y humanitarias son las que influyen profundamente los cuidados enfermeros. Este cuidado que se dedica a la envoltura corporal, tiene como finalidad el cuidado del alma".

Siguiendo esta idea, nos encontramos que La Dra. Sellan, en su obra "*La profesión va por dentro*", también señala la importancia del legado judeo-cristiano, en la expresión del cuidado y dice: "El amor al prójimo, que se manifiesta en el cuidado a los enfermos, rompe las barreras de lo doméstico y favorece la institucionalización del cuidado enfermero, basado en un concepto de ayuda al otro. De esta forma podríamos afirmar que la futura enfermería comienza su proceso de institucionalización de la mano del cristianismo" (2 pág. 31)

Esta institucionalización del cuidado, va a ir de la mano de las ideas y preceptos del cristianismo. Según H. Conesa, la fundamentación de los cuidados enfermeros se formula en la edad media, estando al cargo de estos cuidados las órdenes religiosas, donde se entiende el cuidado como una tarea manual, "*entronizada en el hacer*", y fundamentada en la cualidad individual de aplicación y seguimiento de la norma, esto se mantendrá hasta el siglo XIX. (3)

Por lo que, atendiendo a los autores anteriormente mencionados y teniendo en cuenta la historia, tanto profesional como cultural, de la enfermería; encontramos que, con respecto al cuidado, podemos afirmar la influencia judeo-cristiana

A partir de esta reflexión acerca de nuestra historia cultural y disciplinar, podríamos decir que hay un lenguaje, al que vamos a denominar a partir de ahora "Lenguaje tradicional"; que puede ser susceptible, de ser traducido a un modelo cultural del cuidado más actual.

Este "lenguaje tradicional" estaría contenido en los textos Bíblicos, puesto que ha sido el cristianismo el que ha influenciado el cuidado, de forma fundamental, a lo largo de la historia. (4)

En la Biblia, se pueden encontrar un compendio de saberes y guía para la organización y mantenimiento de la vida, que va a influir directamente en la estructura social y en la organización de la vida social y familiar, y donde tienen que estar recogidos los saberes ancestrales del cuidado. Por lo cual era importante leer la Biblia, en busca de los aspectos relacionados con el mantenimiento de la vida y por lo tanto con los cuidados de salud.

Entendemos por salud, la definición dada por la OMS, definición que ha sido y sigue siendo aceptada por la comunidad internacional: "El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"

La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. (5)

De dicha se han extraído las dimensiones que integran el concepto de salud: bienestar físico, todo lo relativo a mantenimiento de la vida biológica; mental y social, donde están incluidos todos los aspectos relacionados con los modos de vida y sus condiciones, tanto individuales como del grupo o sociedad.

El modelo conceptual utilizado como elemento de traducción, del lenguaje extraído de los textos Bíblicos ha sido el Modelo conceptual de D. Orem, en concreto su teoría del autocuidado. Para demostrar la aplicabilidad de un método de traducción de lenguajes del cuidado.

La elección de este modelo conceptual, es fruto de dos razones, por un lado, es el modelo conceptual propuesto por el ministerio de sanidad, en el desarrollo de la "*Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*" (6) que se fundamenta en el fomento del autocuidado, como modelo sobre el cual, las enfermeras clínicas de nuestro país deben basar sus acciones de cuidado y atención a estos usuarios.

Y además este modelo conceptual de D. Orem, comparte con los demás modelos de su clase, un alto nivel de abstracción, pero se diferencia por su alto grado de aceptación por parte de las enfermeras clínicas. Siendo el modelo conceptual de diferentes tesis doctorales desarrolladas en nuestras universidades.

Orem desarrolla tres teorías: La teoría del sistema de enfermería, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del autocuidado. Constituyentes todas ellas de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado.

La teoría del autocuidado de Orem, es la teoría básica de las tres teorías y la más general. Su idea central es que las personas integradas en grupos sociales y en un contexto determinado, realizan acciones aprendidas para cubrir los requisitos necesarios en el mantenimiento de la vida, de la salud y el bienestar personal. Requisitos que van a estar orientados por la cultura y el grupo social al que se pertenece. Para ello Orem establece las relaciones entre los diferentes constructos del cuidado. (7).

Constructos o requisitos que se utilizaran como elementos de traducción de los lenguajes tradicionales.

## OBJETIVO

Construir un método para la traslación de lenguajes tradicionales del cuidado a modelos conceptuales y profesionales de lenguaje, actualmente vigentes.

## MÉTODO

1.- Análisis de la Biblia: búsqueda de unidad mínima de análisis para el cuidado. Donde vamos a tener en cuenta:

- Los libros de la Biblia incluidos en el canon Católico:
  - Antiguo testamento: compuesto por 47 libros

- Nuevo Testamento: compuesto por 27 libros

- La unidad de análisis: La Biblia está estructurada en versículos y capítulos. La unidad mínima para el análisis es el versículo, que los vamos a agrupar en unidades compuestas por uno o más versículos, a lo que denominamos "cita".

"Cita": Denominación para la agrupación de versículos, para poder mantener así la unidad del sentido del texto elegido.

Es importante reseñar, que la estructuración de los libros de la Biblia en versículos fue realizado por Roberto Estienne, en 1555. (4) y que los mismos no responden a una métrica determinada, por lo que nos vamos a encontrar versículos de diferentes tamaños. Así en la cita del Génesis 21; 4-6, está compuesta por tres versículos y su tamaño responde a dos párrafos.

2.- Análisis del modelo de cuidado de D. Orem: identificación de los constructos fundamentales:

Orem establece tres niveles de requisitos de autocuidado (5): Universales (8 requisitos). R. U. del desarrollo ( 2 requisitos) y R. U. de desviación de la salud (6 requisitos), que se fundamentan en que los seres humanos tienen necesidades comunes para el mantenimiento y el desarrollo de la vida

Según la teoría de Orem, en el cuidado no solo se ve implicado en los requisitos universales, sino que estos también están influidos y mediatizados para la necesidad de cuidados, con lo que denomina Factores condicionantes básicos (5) que son 11 requisitos. Todos estos factores van a condicionar la demanda y necesidad de cuidados, tanto los universales, como los de desarrollo y de las necesidades de cuidados derivadas de estados de salud concretos.

3- Comparación de las unidades mínimas tradicionales y constructos de Orem. Con la elaboración de una tabla de contingencias, donde se recogerán los libros de la biblia por un lado, referenciándolos de la siguiente manera:

Libro+ capítulo+ versículos

Por otro, los requisitos de autocuidado de Orem:

R. U. C.:

F. C.B + favorable o no al autocuidado

R. U. A. + requisito concreto, uno o mas

R. U. D. D. + presencia o ausencia

R. U. D. S. + presencia o ausencia

4- Validación por parte de expertos de la propuesta de concordancia, mediante la metodología Delphi. En la tabla de contingencias se recogerán por parte de los expertos para la validación de la propuesta, siguiendo la siguiente norma:

- A: existe relación
- B: Existe relación en negativo
- C: no existe relación
- D: nueva relación

## RESULTADOS:

- Se han identificado 383 citas en los textos Bíblicos, con un total de 1.610 versículos. Corresponden al A. Testamento: 207 citas y 176 citas para el N. Testamento.

Relacionando las citas con los constructos del cuidado del modelo de Orem, tenemos:

Factores Condicionantes Básicos: Un total de 231 citas y 1640 versículos:

107 citas para el A. T. que corresponden a 678 versículos

124 citas para el N. T. que corresponden a 962 versículos

Tabla de contingencias.

Requisitos de Universales de Autocuidado: un total de 89 citas y 565 versículos

62 citas para el A. Testamento, que corresponden a 352 versículos

27 citas para el N. Testamento, que corresponden a 213 versículos

Requisitos de autocuidado del desarrollo: 23 citas con 104 versículos.

13 citas para el A. Testamento, que corresponden a 57 versículos

10 citas para el N. Testamento, que corresponden a 47 versículos

Requisitos de Autocuidado de desviación de la salud es: 42 citas con 328 versículos:

A. Testamento: 34 citas con 254 versículos

N. Testamento: 8 citas con 74 versículos

## CONCLUSIONES:

La Biblia muestra un alto contenido acerca del cuidado, lo que ratifica su utilidad como fuente del saber ancestral del cuidado, del "lenguaje tradicional" heredado. El modelo de Orem, se muestra adecuado para la comparación de lenguajes tradicionales del cuidado, Por lo que sí es posible comparar el lenguaje de la Biblia con los categorías analíticas descritas por Orem en su Teoría del Autocuidado. Podemos decir que las referencias bíblicas encontradas y que hemos comparado con Orem, son las mínimas referencias que puede haber en el texto Bíblico, es decir, puede haber más referencias pero no menos. El método de traslación elaborado, permite la comparación del saber tradicional del cuidado judeo-cristiano y los modelos del cuidado integrados en la academia actualmente. Además, abre la posibilidad a futuros estudios bajo misma metodología con libros de referencia distintos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Collière, Marie Françoise. *Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. 1º reimpresión. Madrid : McGraw- Hill/ Interamericana de España, 1982.
2. Sellan Soto, MC. *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la enfermería española contemporánea*. Madrid : FUDEN, 2009.



3. **Hernandez Conesa, Juana.** *Historia de la enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería.* Madrid : McGraw-Hill, interamericana, 1999.
4. **Kerouac, S, y otros.** *El pensamiento enfermero.* Barcelona : Masson S. A., 1996.
5. **OMS.** <http://www.who.int.es>. <http://www.who.int.es>. [En línea] [Citado el: 1 de Octubre de 2013.] <http://www.who.int>.
6. **Ministerio nacional de Salud.** *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema nacional de salud.* Madrid : Ministerio de sanidad-servicio de publicaciones, 2012.
7. **Orem, D.** *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica.* Barcelona : Masson, 1993.
8. **Gonzalez Acuña, Alexandra.** Red asociativa de los lenguajes normalizados del cuidado: base para la triangulación taxonomica a propósito de la gripe A/H1N1. *Trabajo fin de master.* Alcalá de Henares : Universidad de Alcalá. Escuela técnica superior de ingeniería informática, 2113.
9. **Santamaría, Jose Maria.** Investigación deductiva, representación lógica e implementación computacional sobre las limitaciones de acción del autocuidado según el modelo de Dorotea Orem. *Tesis doctoral.* Alcalá de Henares : U. Alcalá, 2008.
10. **Abela, Jaime Andreu.** Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. *centro de estudios andaluces.* [En línea] 29 de Julio de 2001. <http://www.centrodeestudiosandaluces.es/index.php?mod=publicaciones&id=2431&cat=2&tip=1&idm>.
11. **Konow, Irene & Perez, Gonzalo .** *Métodos y técnicas de investigación prospectiva para la toma de decisiones.* Chile : Fundación de Estudios Prospectivos. Universidad de Chile., 1990.
12. **Linstone, H., Turoff, M.** « *The Delphi Method. Techniques and Applications* ». s.l. : Addison-Wesley, , 1975.
13. **Aparacio, Idoia, Hernandez, Juana y Beneit, Juan.** *Historia del sistema formativo de las enfermeras visitadoras de la Cruz roja españolas.* Murcia : DM Librero editor, 2011.
14. **Bernabeu Mestre, Josep y Gascon Perez, Maria Encarnacion.** *Historia de la enfermería de salud pública en España (1860-1977).* [ed.] Universidad de Alicante. Alicante : Universidad de Alicante, 2003.
15. **Browning, W. R. F.** *Diccionario de la Biblia. Guía básica sobre los temas, personajes y lugares bíblicos.* Barcelona : Paidós Ibérica , 2006.
16. **Cantera, Francisco y Iglesias, Manuel, [trad.].** *La sagrada Biblia.* s.l. : Biblioteca de autores cristianos, 1975.
17. **Donahue, P.** *Historia de la enfermería.* Barcelona : Doyma, 1993.
18. **J, Trebolle Barrera y Sanchez Caro, J. M.** *El texto de la Biblia: introducción al estudio de la Biblia, I La Biblia y su entorno.* Estella : Verbo Divino, 1990.
19. **Marriner Tomey, A y Raile Alligood, M.** *Modelos y teorías en enfermería.* 6ª. Madrid : Elsevier España S. A., 2011.
20. **Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.** *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el sistema nacional de salud.* 2012.
21. **Nanda, North American Nursing Diagnos. NANDA internacional.** *Diagnosticos enfermeros.. Definición y clasificación.* Madrid : Elsevier, 2012.
22. *La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables.* **Oso-rio, Alejandra Giraldo y al, et.** [ed.] Universidad de Caldas. Colombia. 1, enero-junio de 2010, Hacia la promoción de la salud, Vol. 15, págs. 128-143.
23. **Santamaría Garcia Jose M<sup>a</sup>.** *Apuntes sobre el cuidado, por qué es y cómo es.* Madrid : Observatorio de metodología enfermera. FUEDEM, 2008.

24. Schökel, Luis Alonso. *La Biblia del Peregrino*. s.l. : Ediciones mensajero, 1996.
25. Siles Gonzalez, Jose. *Historia de la enfermería*. Valencia : Consejería de enfermería de la comunidad de Valencia, 2004.
26. Tabet, Miguel Angel. *Introducción general a la Biblia*. madrid : Ediciones Palabras, 2004.



# ENFERMERIA Y CINE, LA HISTORIA DE LA SALUD, LA VIDA Y LA MUERTE

## *Nursing and Cinema, the history of Health, Life and Death*

Elena Pérez Martín,  
Eladio J. Rolo Carrón

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

**PALABRAS CLAVE:** enfermería, cine, historia.

**KEY WORDS:** Nursing, film, history.

**RESUMEN:** Nadie se imagina una vida sin cine, nos transporta más allá de nuestra vida hacia otros escenarios inimaginables, el objetivo de este trabajo es presentarlas múltiples vidas de esas enfermeras encontradas en el celuloide, no todas eran de nuestro agrado, pero son como el cine. Nos hacen percibir sentimientos que no son parte de nuestra vida actual, nos condiciona, nos hacen conocer enfermedades y situaciones nuevas de enfermos y nos enfrenta a la muerte como salida inevitable de los procesos patológicos.

**ABSTRACT:** No one imagines life without film transports us beyond our life to other unimaginable scenarios, the aim of this paper is presenting multiple lives of these nurses found on celluloid, not all were to our liking, but are like the movies. We do perceive feelings that are not part of our current life conditions us, make us acquainted diseases and new situations facing us sick and death as inevitable outcome of pathological processes.



## INTRODUCCIÓN

El cine para todos es una pantalla en blanco, pero para cada uno de nosotros empieza en una película, es la primera que recordamos, la de romanos que cantan, la de John Wayne, Psicosis, la música adorando al arco iris del mago de Oz.

No es por agrado que mi presentación o imagen icónica sea la Jefa de enfermeras Rached, es el cine el que provee de este poder de la imagen, del marketing, de la sugestión, del trato de las personalidades y de la manipulación.

Solo quiero mostrar lo que tienen en común películas muy dispares entre ellas y como son las enfermeras.

## CINE

Una noche me sorprendí viendo una película en blanco y negro sobre la guerra de Corea, el idioma estaba sobreimpresionado en amarillo chillón, creo recordar a un galán de aquellos tiempos como Robert Taylor, o algo así... La siguiente noche fueron muchas más... El programa de Garcí me abrió las puertas a Milos Forman y su magnífico CUCO, de ahí la imagen de la enfermera Rached.

## ENFERMERÍA

¿Porqué enfermería y muerte? Viendo el Séptimo sello pensé en que la enfermera llevaba guadaña bajo su traje; trabajando me convencí de esta realidad absoluta, la muerte está en nuestro ser, como en el cine.



## CINE

Conocí a Remy, un gran vividor, afrontando los sistemas sanitarios de Cánada y USA, asistido por una enfermera católica canadiense y una heroinómana contratada por su hijo.



## ENFERMERÍA

La vida y la muerte, puede que dependan tan solo de una coma.

Muerte morirás.

Muerte, morirás.

Es la última expresión de un cáncer insidioso de ovarios en la piel de Emma Thompson, el ultimo consuelo, el ultimo helado, las confesiones definitivas... tenía una enfermera a su lado.



## CINE

¿Qué hay de interesante para la enfermería en una plataforma de extracción de petróleo?

Un día vimos a Sara Polley como enfermera CUIDANDO a Tim Robbins de unas quemaduras, contratada en un restaurante chino y llevada en helicóptero a un sitio donde todos querían escapar de su futuro...



## ENFERMERIA

Tengo sentimientos de Guerra.

Enfermeras y enfermeros murieron y mueren en los campos de batallas pasados y actuales, esto solo es un homenaje a su humanidad, a su trabajo, a su eternidad.



## CINE

En todas las partes cuecen habas, también hay enfermeras próximas al lado oscuro.



## CONCLUSIÓN

Me consuela que en el mundo apocalíptico que nos marca el cine y los videojuegos, siempre habrá trabajo para enfermería.

Faltan muchísimos ejemplos, muchísimas imágenes, ingentes cantidades de fotogramas que relacionan la enfermería y el cine, pero este es un trabajo que continua....

## BIBLIOGRAFÍA

AGUILAR. C. (2007): "Guía del Cine español" Ed. Cátedra. Madrid.

PIÑERO MORAL, R.I. (2005): "Historias de cine, cine de historia" RME.

MARZÁBAL ALBAINA, I. (2008): "The end, muertes de cine" RME. Salamanca. <http://enfermeriaci-nehistoria.blogspot.com.es/>

# ENFERMERÍA ESCOLAR: DESCUBRIR QUIENES FUIMOS PARA COMPRENDER QUIENES SOMOS

*School nursing: discover who we were to understand  
who we are*

Laura García Blanco

Fundación de la Enfermería de Cantabria

Pablo Pérez Velasco

Fundación de la Enfermería de Cantabria

**PALABRAS CLAVE:** Servicios de Enfermería Escolar, Salud Escolar, Historia de la Enfermería.

**KEY WORDS:** School Nursing, School Health, History of Nursing.

**RESUMEN: Objetivo:** profundizar en los orígenes de la enfermería Escolar en España. **Fuentes:** escritos de Salud Pública e Historia de la Enfermería; artículos de investigación y tesis doctorales; bibliografía de las fuentes secundarias. **Metodología:** búsqueda bibliográfica en PubMed, Dialnet, Scopus e IME. **Resultados:** a principios del siglo XX se crearon instituciones para formar profesionales de salud pública, surgiendo las enfermeras puericultoras, y siendo posible realizar intercambios con países en los cuales existían enfermeras escolares. **Conclusiones:** en España es difícil establecer una fecha de nacimiento de la enfermería escolar. Actualmente, no se encuentra institucionalizada de forma homogénea pero existe en algunas regiones.

**ABSTRACT: Objectives:** to go in depth into the origins of School Nursing in Spain. **Sources:** written records and the History of Public Health Nursing; research articles and dissertations; bibliography of secondary sources. **Methodology:** bibliographic research was carried out in: PubMed, Dialnet, Scopus and IME. **Results:** early twentieth century, institutions of a teaching nature were created to form professionals specialized in public health, resulting in nursing specialists in Childcare, and being possible exchanges with countries in which there were school nurses. **Conclusions:** in Spain it is difficult to identify the origin of the school nursing. Currently School Nursing has not been institutionalized in a consistent way, although it has existed in some regions.



## 1. INTRODUCCIÓN

Desde las últimas décadas del siglo XX, los centros educativos se han convertido en un espacio fundamental para el desarrollo de la Educación para la Salud. Además de impartir conocimientos sobre diferentes áreas académicas, es necesario y de obligado cumplimiento formar a los alumnos para poder llevar a cabo unos hábitos y conductas responsables, que promuevan su salud y les permitan tener una calidad de vida óptima <sup>(1-3)</sup>.

En España, algunas comunidades ya disponen de programas de salud escolar y han articulado estrategias para capacitar a profesionales de enfermería en las competencias necesarias para desempeñar su actividad en las escuelas, como es habitual en países del entorno europeo como Francia, Suiza o Inglaterra, y en Estados Unidos. El objetivo de estas iniciativas es contribuir al pleno desarrollo y al máximo bienestar físico, mental y social de la comunidad educativa <sup>(1, 4-6)</sup>.

## 2. OBJETIVO

Profundizar en los orígenes de la enfermería escolar en España, para así poder comprender el desarrollo profesional que ha seguido esta figura hasta la actualidad.

## 3. FUENTES

Se consultaron diversos escritos de Salud Pública e Historia de la Enfermería destacando como fuentes primarias: decretos y leyes publicadas en el BOE (Boletín Oficial del Estado) y algunos escritos de principios del siglo XX. Las fuentes secundarias que se revisaron fueron principalmente artículos de investigación y divulgación científica hallados en el proceso de búsqueda bibliográfica en las diversas bases de datos consultadas y otras publicaciones en prensa, así como tesis doctorales, trabajos fin de grado y máster. En el caso de las fuentes terciarias, se consideró la bibliografía existente en las fuentes secundarias, más concretamente en los artículos de investigación relacionados con el tema.

## 4. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en algunas de las principales bases de datos de Ciencias de la Salud, tales como PubMed, Dialnet, Scopus e IME. Así mismo, se utilizaron también metabuscadores para completar el proceso: en concreto, el que más resultados ofreció fue Google Académico.

Las palabras clave seleccionadas fueron: historia de la enfermería, enfermería escolar, higiene escolar y salud escolar, que posteriormente se tradujeron a un lenguaje controlado en términos DeCS y MeSH: Servicios de Salud Escolar (School Health Services), Servicios de Enfermería Escolar (School Nursing), Salud Escolar (School Health), Higiene (Hygiene), Historia (History), Historia de la Enfermería (History of Nursing). Se combinaron estas palabras clave mediante operadores booleanos, estableciendo como límites para la búsqueda que las publicaciones estuviesen realizadas en los últimos diez años, escritas en inglés, español o francés, sin incluir ni citas ni patentes. Además, el proceso de búsqueda se amplió consultando la bibliografía de los artículos encontrados.

El proceso de búsqueda finalizó una vez que los resultados comenzaron a repetirse de manera sistemática. Cabe destacar que las bases de datos que ofrecieron información más novedosa y relevante fueron PubMed y Dialnet, sin embargo, no se encontró una amplia variedad de artículos ni escritos relacionados directamente con la temática del trabajo.

## 5. RESULTADOS.

El interés por los temas relacionados con la salud infantil, y más concretamente por la higiene escolar, nace en los albores del siglo XIX coincidiendo con el proceso de escolarización, que provo-

có un aumento de las epidemias y de la incidencia de enfermedades transmisibles que afectaban, sobre todo, a la infancia <sup>(7-10)</sup>. Este hecho, sumado a la precariedad en la que vivía un importante porcentaje de la población, con el consiguiente aumento de la orfandad y el abandono de menores, supuso unas elevadas tasas de mortalidad infantil en España <sup>(8, 9, 11)</sup>.

En vista de la aterradora situación, en algunos países como Inglaterra, Francia, Austria o Alemania, donde las condiciones de vida no eran muy distintas, se inició la elaboración y desarrollo de unas disposiciones que protegieran a la infancia a cargo de los círculos sociales más progresistas <sup>(12, 13)</sup>. En España, las normativas legales acontecieron con cierto retardo, pese a que la creación de los servicios de higiene escolar tuvieron lugar con el Reglamento de Escuelas en 1838 y, en 1878, el primer servicio de Higiene Escolar <sup>(9)</sup>, sentando los antecedentes a la iniciativa política en este sentido <sup>(7, 8, 14)</sup>. En este mismo año se fundó la Sociedad Protectora de Niños <sup>(15)</sup>, actualmente Fundación, con el objetivo de proteger a los niños y niñas más débiles de la sociedad<sup>2</sup>.

A partir de dicha fecha, el personal encargado de velar por la salud en las escuelas fueron los Inspectores Médicos Escolares, pese a que posteriormente se ampliase este servicio incluyendo al Cuerpo de Auxiliares Sanitarias Femeninas de Medicina e Higiene Escolar, tal y como figura en el Decreto del 23 de abril de 1915 <sup>(14, 16, 17)</sup>.

En el año 1933, tras la instauración en 1904 de la Ley Tolosa Latour sobre la Protección de la Infancia <sup>(8, 11, 12, 15)</sup> la Medicina Escolar llegó a alcanzar dimensiones públicas <sup>(9, 14, 18)</sup>. En los años 20 y 30 se crearon diferentes instituciones de carácter docente, como la Escuela Nacional de Puericultura (1923), la Escuela Nacional de Sanidad (1925) y la Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras Sanitarias (1932), para formar el cuadro de profesionales que el avance y desarrollo de salud pública española demandaba <sup>(11, 19)</sup>. En aquel momento los estudios sanitarios que cursaban las enfermeras de salud pública, contemplaban ya la posibilidad de realizar becas de intercambio con alumnas de países extranjeros, principalmente Francia, Inglaterra y Estados Unidos, países en los cuales comenzaba a surgir la figura de la enfermera escolar <sup>(18, 19)</sup>.

En la colección de publicaciones denominada "Al servicio de España y del niño español" del Ministerio de Gobernación, se enfatiza la importancia de las enfermeras visitadoras <sup>(20)</sup>, quienes en 1934 habían creado ya su propia asociación profesional <sup>(19)</sup>. Así mismo, las tareas de las instructoras sanitarias gozaban de gran reconocimiento en relación a este programa; en palabras del Dr. Álvarez (1939): "no se puede dar un paso en sanidad sin que tengamos que contar con las instructoras" <sup>(10, 13, 18)</sup>. En este contexto también existían otras enfermeras cuyas funciones dependían del lugar donde prestasen sus servicios; así se descubren por primera vez las enfermeras de higiene escolar, adscritas al cuerpo médico escolar del Estado, y que también realizaban funciones de salud pública, atendían consultas de puericultura, maternidades, etc. <sup>(10, 13, 16, 18, 19, 21)</sup>.

No obstante, la primera enfermera escolar en España, denominada como tal, tiene su origen en los Colegios Públicos de Educación Especial hace aproximadamente 30 años <sup>(22)</sup>. En 1978 el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social promulgó el Real Decreto del 25 de Agosto sobre Ordenación de los Servicios de Sanidad Escolar, en cuyo artículo séptimo se citan las acciones que debían llevarse a cabo de manera prioritaria en relación a la prevención y promoción de la salud los Servicios de Medicina e Higiene Escolar <sup>(23)</sup>.

En 1994 se publicó la Ley de Salud Escolar, la cual definía que la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en la comunidad escolar debía devenir desde los centros de Atención Primaria de la red de asistencia sanitaria pública <sup>(6, 24)</sup>. Según esta Ley, es competencia de la Consejería de Sanidad y, por ende, de los profesionales sanitarios "...efectuar estudios y propuestas en materia de Educación para la Salud (EpS), para mejorar el estado de salud de la población", así como "...garantizar los medios necesarios para la formación del profesorado en la EpS, como aspecto transversal de los currículos de todos los niveles educativos" <sup>(24)</sup>, preceptiva que continúa recogiendo en las leyes más vigentes de educación <sup>(2, 3, 6, 25, 26)</sup>.

## 6. CONCLUSIONES

Si bien en otros países es posible encontrar referencias acerca del origen de la Enfermería Escolar, en España es difícil establecer una fecha exacta de nacimiento de esta figura. Su origen se remonta a los inicios del desarrollo de la Salud Pública. Durante años, las revisiones sanitarias infantiles y las políticas de salubridad en este entorno estuvieron a cargo de profesionales médicos hasta que, durante el primer tercio del siglo XX, la figura de la mujer se institucionalizó como prestadora de cuidados, hecho que se hizo más tangible a través del proceso de profesionalización y especialización de la enfermería.

En la actualidad, en nuestro país, la figura de la enfermera escolar no se encuentra institucionalizada en las comunidades autónomas de forma homogénea, está considerada como un perfil profesional emergente, pese a que desde hace aproximadamente tres décadas si existe esta figura de forma reglada en determinadas regiones como por ejemplo la Comunidad Autónoma de Madrid, en la que la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE) trabaja por la implantación de esta figura a nivel nacional.

En la Comunidad Autónoma de Cantabria, la Fundación del Colegio Oficial de Enfermería ha iniciado el pilotaje de un proyecto de carácter científico, elaborado por un amplio equipo de profesionales, con la misión de extraer resultados futuros que permitan avanzar en la implantación de la figura enfermera escolar en esta región.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ruiz Iglesias, L. Cardeñoso Herrero, R. Elena Sinobas, P. Fernández Carreras, R. Proyecto de Enfermería Escolar. Santander: Fundación de Enfermería de Cantabria. 2014.
- (2) Educación. Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo. Boletín Oficial del Estado, nº 106, (4 de mayo de 2006).
- (3) Para la Mejora de la Calidad Educativa. Ley Orgánica 8/2013 de 9 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 295, (10 de diciembre de 2013).
- (4) Corominas P, Prats R, Coll M. Programa Salut i Escola. Guia d'implantació. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. 2008.
- (5) Ortiz MM, Ávila A, Fernández F, García-Caro Y, Medina JL, Juárez F, et al. Perfil profesional de la enfermera escolar. 2012.
- (6) Fernández Candela, F. Rebolledo Malpica, DM. Velandia Mora, AL. Salud Escolar, ¿por qué el personal de enfermería en las escuelas españolas? Promoción Salud. 2006; (11): 21 – 28.
- (7) Moreno Martínez, PL. Presentación. Cuerpo, Higiene, Educación e Historia. Hist Educ. 2009; 28: 23-36.
- (8) Rodríguez Pérez, JF. La Protección a la infancia en España. Ayer y hoy. En: Temas y Perspectivas sobre Educación. La infancia: ayer y hoy; Salamanca: Asociación de Jóvenes Investigadores de Teoría de Historia de la Educación (AJITHE) y José Luis Hernández Huerta; 2009. p. 29-43.
- (9) Viñao, A. Higiene, salud y educación en su perspectiva histórica. Educar. 2010; 36: 181-213.
- (10) Bernabeu Mestre, J. Trescastro López, E. Galiana Sánchez, ME. La divulgación radiofónica de la alimentación y la higiene infantil en la España de la Segunda República (1933-1935). Salud Colectiva. 2011; 7 Supl 1: 49-60.
- (11) Salazar Agulló, M. Bernabeu-Mestre, J. Martínez Marco, EA. Ramos-Salas, E. Salud materna y perspectiva de género en el primer franquismo. La colección "Al Servicio de España y del Niño Español". Matronas Prof. 2008; 9 (4): 28-33.
- (12) Navarro Soto, AL. Los derechos de la infancia: de la protección inicial (en tiempo de Concepción Arenal) a la promoción actual. AiS. 2012; 32: 189-227.

- (13) Salazar Agulló, M. Asistencia materno-infantil y cuestiones de género en el programa "Al Servicio de España y del Niño Español" (1938-1963) [Tesis Doctoral]. Alicante: Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante; 2009.
- (14) Sáez Crespo, A. La salud escolar en España, análisis de la experiencia. *Tipica* [boletín electrónico]. 2010 [acceso el 27 de marzo de 2015]; 6 (1). Disponible en: [http://www.tipica.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=128&Itemid=11](http://www.tipica.org/index.php?option=com_content&view=article&id=128&Itemid=11)
- (15) Rodríguez Pérez, JF. Manuel Tolosa Latour (1857-1919) y Elisa Mendoza Tenorio (1856-1929): precursores de la protección a la infancia en España. *El futuro del Pasado* [revista en Internet]. 2014 [acceso el 27 de marzo de 2015]; 5: 355-378. Disponible en: <http://www.elfuturodelpasado.com/ojs/index.php/FdP/article/view/186>
- (16) Moreno Pimentel, AG. Historia de la Enfermería del Trabajo en el S.XIX y 1ª mitad del S.XX. *Rev Enfermería del Trabajo*. 2014; 4 (1): 14-19.
- (17) San José Machí, C. *Enfermería Escolar* [Trabajo Fin de Grado]. Valladolid: Facultad de Enfermería de Valladolid; 2014.
- (18) Galiana Sánchez, ME. Bernabeu Mestre, J. Género y desarrollo profesional: las enfermeras de salud pública en la España del periodo de entreguerras, 1925-1939. *Feminismo/s*. 2011; 18: 225-248.
- (19) Bernabeu Mestre, J. Gascón Pérez, E. *Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977)*. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante. 1999.
- (20) Nájera Angulo, L. Algunos aspectos de la Puericultura en España. Valladolid: Ministerio del Interior; Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad; Sección de Maternología, Puericultura e Higiene Escolar. Publicaciones "Al Servicio de España y del Niño Español": 7.
- (21) Irizar, C. Memoria-Resumen del servicio de Higiene Infantil de Navarra durante los años 1934 y 1935. Valladolid: Ministerio del Interior; Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad; Sección de Maternología, Puericultura e Higiene Escolar. Publicaciones "Al Servicio de España y del Niño Español": 4.
- (22) López Langa, N. Salud Escolar. En: *Cuadernos de Pediatría Social*. XXI Congreso Español de Pediatría Social; Madrid: Sociedad Española de Pediatría Social. 2013. p. 42-49.
- (23) Ordenación de los Servicios de Medicina e Higiene Escolar. Real Decreto 2473/1978 de 25 de agosto. *Boletín Oficial del Estado*, nº 253, (23 de octubre de 1978).
- (24) Salud Escolar. Ley 1/1994 de 28 de marzo. *Boletín Oficial del Estado*, nº 107, (5 de mayo de 1994).
- (25) Ordenación General del Sistema Educativo. Ley Orgánica 1/1990 de 3 de octubre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 238, (4 de octubre de 1990).
- (26) Calidad de Educación. Ley Orgánica 10/2002 de 23 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 307, (24 de diciembre de 2002).



# UN PASEO POR MADRID CON MIRADA ENFERMERA

## *A walk in Madrid with nurse looking*

Ángela González Hernández

Esperanza Vélez Vélez

Francisco José Hernández Salinero

Escuela de Enfermería Fundación Jiménez Díaz - UAM

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería, Historia, Madrid.

**KEY WORDS:** Nursing, History; Madrid.

**RESUMEN:** El objetivo de esta comunicación es presentarles una iniciativa, *Un Paseo por Madrid con mirada Enfermera*, que se va realizar dentro de la asignatura de Historia y Fundamentos en la E.E FJD-UAM, con el objetivo de ayudar a que los contenidos lleguen a los alumnos de primero de enfermería de una forma más cercana y consiga involucrarlos en el aprendizaje. Hemos elegido para este primer paseo un recorrido por aquellos lugares que nos hablan de la situación enfermera en el Madrid de finales del s XIX y primeras décadas del XX, en honor al centenario de la legalización de la profesión enfermera.

**ABSTRACT:** The aim of this paper is to present an initiative, a walk through our city with a nurses look, to be performed within the subject of History and Fundamentals in nursing, in FJD school of Nursing UAM, the objective is to help the freshman nursing students to get a closer view and engage them into the learning process. For this first walk we have chosen a tour through those places that speak of the nurse situation in Madrid's late nineteenth and early twentieth centuries, to celebrate the anniversary of the legalization of the nursing profession.

## INTRODUCCIÓN

La Escuela de Enfermería de la FJD-UAM contempla en sus planes de estudio la asignatura de Historia y Fundamentos, y tiene como competencia "Identificar, integrar y relacionar el concepto salud, desde una perspectiva histórica, para comprender la evolución del cuidado enfermero". (1)

En los últimos cuatro cursos académicos, he colaborado con la Dra. Matesanz en la impartición de esta asignatura, desde entonces he tenido la oportunidad de asistir a varios congresos de historia de enfermería, este, es el tercero y en ellos he conocido, y con algunos trabado amistad, a grandes profesionales que tanto han contribuido al conocimiento de nuestra Historia y a los cuales admiro profundamente. En mi quehacer diario, he podido constatar las conclusiones a las que llega Vera Pérez et al. en el trabajo " Algunas reflexiones sobre la enseñanza de la Historia de Enfermería(2). En general, los alumnos consideran la Historia de Enfermería una asignatura blanda frente a otras de carácter técnico-clínico e instrumental.

En el último congreso de Historia celebrado en Madrid, María Gema Cid presentó una ponencia (3) donde nos comentaba las diferencias que había sobre los contenidos y formas de cumplir con la competencia que deben adquirir los alumnos que cursen esta asignatura.

En algunas ocasiones hemos realizado actividades relacionadas con la asignatura fuera del aula y los alumnos se han mostrado más receptivos hacia los contenidos y más participes; esto nos ha llevado a plantearnos otras posibles actividades a realizar y así surgió la idea de organizar paseos por la ciudad de Madrid, ciudad que acoge a varias Facultades y Escuelas de Enfermería, y que cuenta con un material tanto arquitectónico como iconográfico o estatuario inmejorable para ello.

Cada paseo tendrá un itinerario que nos permita trabajar un momento determinado de la Historia de nuestra profesión o personaje específico dentro de la misma.

El itinerario elegido para el comienzo de esta experiencia lo hemos relacionado con el acontecimiento que celebra este congreso. Visitaremos algunos edificios que nos permitirán trasladarnos a finales del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX con el objetivo de introducirles en los diferentes figuras del cuidado y la formación de los mismos.

## METODOLOGÍA

El paseo va dirigido a los alumnos de primer curso matriculados en la asignatura de Historia y Fundamentos. Le dedicaremos un día lectivo (una mañana) y el itinerario está elegido en función del objetivo anteriormente citado. Los puntos de interés principal del recorrido son los siguientes:

1. La estatua erigida en nombre del Doctor Federico Rubio y Galí, lo que nos permitirá hablar sobre la primera Escuela de enfermeras Santa Isabel de Hungría y la enfermería hospitalaria, más bien quirúrgica.
2. La casa madre de las Siervas de María Ministras de los Enfermos, donde comentaremos la labor de la enfermera de cuidados domiciliarios y la necesidad de tener una formación reglada enfermera.
3. El hospital San José y Santa Adela, donde hablaremos de la Cruz Roja y la formación de las enfermeras militares
4. Terminaremos la visita en el actual Museo Nacional de Arte Reina Sofía que fue el hospital Provincial de Madrid hasta 1968, donde los practicantes y las Hijas de la Caridad prestaron cuidados.

Antes de comenzar el paseo, se trabajará en el aula la situación política y social del Madrid de la época en estudio, lo que permitirá comprender mejor las necesidades de atención a la población.

Para este trabajo preliminar, resulta de especial interés la obra de Revenga "La muerte en Madrid. Estudio demográfico" que recoge datos del periodo comprendido entre 1888 y 1900. En ella se ofrecen las altas tasas de mortalidad de la población y la diferencia entre distritos, siendo el distrito de Inclusa el que presentaba la tasa más alta (37,9%) y el distrito Centro la más baja (19,6%). El autor atribuye estas diferencias a la disparidad entre las clases sociales que habitan estos distritos y la desigualdad en cuanto a condiciones de salubridad, ventilación, edificación y alimentación. (4)

## DESARROLLO DEL PASEO

### Comienzo del paseo: Federico Rubio y Gali y sus aportaciones

Comenzaremos nuestro paseo en la estación de metro Moncloa para dirigirnos al Parque del Oeste que nació a finales del s XIX para embellecer la ciudad y como lugar de esparcimiento público. De estilo inglés, cuenta con diversos monumentos y estatuas. Allí nos interesamos por la estatua erigida en honor del prestigioso cirujano Don Federico Rubio y Gali, a los tres años de su muerte, su autor, Don Miguel Blay (1906). El Dr. Federico Rubio y Gali crea el Instituto de Terapéutica Operatoria en 1880 en el hospital de la Princesa con el propósito de la enseñanza de las especialidades quirúrgicas, y en 1896 se traslada a un nuevo edificio en la zona de Moncloa, donde funda la primera Escuela de Enfermería de España con el nombre Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría; aparece así la figura de enfermera laica y con formación.

Las aspirantes debían haber cumplido 23 años o menos de 40 y profesar la religión católica. Tras dos años de formación teórico-práctica, recibían un certificado de aptitud que las capacitaba como enfermeras en medicina y cirugía. "Las alumnas van a la escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría, para aprender práctica y teóricamente un servicio técnico que ninguna asociación religiosa de mujeres puede practicar, por vedárselo su reglas y constituciones, usos y costumbres" Según explica Rubio Chacón, en su obra Instituto Rubio Y los Estatutos de su fundador (1916) (5)

El objetivo de esta Escuela era formar enfermeras que estuvieran preparadas para la asistencia hospitalaria y fueran capaces de ayudar en las intervenciones quirúrgicas, realizando su labor de un modo artístico y científico. Constituye así una importante contribución a la futura legalización de la profesión enfermera.

El lema del Instituto era: "Todo para el enfermo, cuanto más necesitado, más atendido" (6)

En el espacio físico que ocupó en el pasado el Instituto de Terapéutica Operatoria se encuentra hoy el centro sanitario Fundación Jiménez Díaz, con una escuela de enfermeras adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid.

### Segundo punto de interés: casa madre de las Siervas de María.

Continuamos el paseo y nos encaminamos a la plaza de Chamberí. En ella se encuentra situada la casa madre de las Siervas de María Ministras de los Enfermos. A ellas les debemos la solicitud en el año 1915, ante el Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes de la aprobación de un programa de formación de la profesión enfermera y consiguiente diploma oficial que acreditase dicha formación, apareciendo publicada la Real Orden el 21 de mayo de 1915 en la Gaceta de Madrid, por lo que ahora celebramos el centenario: ¡gracias por el trabajo realizado!

Pero ¿cómo aparecieron en el escenario del cuidado? ¿Qué labor realizaban y por qué su interés en el reconocimiento de la formación?:

Las siervas de María aparecieron en Madrid a mediados del siglo XIX, 1851. Don Miguel Martínez, sacerdote de la parroquia del pueblo de Chamberí, es conocedor de la necesidad que tiene



un importante coronel para cuidar en casa a su hija enferma. Le plantea al cardenal arzobispo la organización de un plantel de enfermeras, mujeres cristianas, para cuidar a los enfermos en sus casas, día y noche. Este le comenta que no será sencilla la tarea, por ser mujeres, trabajar fuera de la posible institución y además de noche, pero le invita a que lo trabaje. (7)

Esta actividad encajaría dentro de la asistencia benéfica municipal que existía en aquel momento y que era presidida por los párrocos de la zona.

El 15 de agosto de 1851, seis damas de mediana edad y familias distinguidas, junto con una joven humilde llamada Manuela Torres, se consagraron a la Virgen con el nombre de Siervas de María. Aquel día en la calle del Castillo nº 5 y 7 tendrán su casa y harán sus votos, tomando cada una, un nuevo nombre.

En este momento no tienen escrito el reglamento, lo van haciendo sobre la marcha y sus propósitos dicen "las siervas en casa de los enfermos se conducirán como verdaderas religiosas, tratando con el mayor cariño al enfermo y sufriendo sus impertinencias con paciencia edificante. Se enterarán bien de lo que el médico le prescriba y procurarán cumplirlo con la mayor exactitud. No se separarán del enfermo más que lo indispensable para no privarle del descanso." (8) A diferencia de otras ayudas a domicilio o de beneficencia, que socorrían con dinero, medicinas o auxilios médicos, las siervas ofrecen cuidados con dedicación personal, continuada y exclusiva en sus propios domicilios. La especificidad de su misión exigía una sólida formación de las hermanas.

En los primeros años del siglo XX se fundaron casas en países donde los estudios y la profesión enfermera estaban ya reglamentados y eran pioneros a nivel mundial, lo que llevó a la madre Dolores Serrano, Superiora General de las Siervas en aquel momento, a solicitar que se aprobase el título oficial de Enfermera en España, no sin grandes avatares. (9)

Las Siervas de María viven de la generosidad de los fieles. Su trabajo es incesante y así se han mantenido a lo largo de todos estos años.

Los alumnos serán recibidos en esta casa por una de las hermanas y podrán conocer la obra en primera persona.

## Y continuamos con el Hospital San José y Santa Adela

En nuestra siguiente parada hablaremos de la enfermería militar y su repercusión en la formación enfermera, por lo que resulta obligada la visita al imponente Hospital San José y Santa Adela, que desde el 16 de diciembre de 1918 es donado por la Reina Victoria para la creación y formación del Cuerpo de Enfermeras a la Cruz Roja Española.

Al llegar nos encontramos entre las dos arcadas de su fachada un excepcional monumento dedicado a la Duquesa de la Victoria con el lema "A la Duquesa de la Victoria, insigne bienhechora de los heridos y enfermos por la campaña de Marruecos. La nación agradecida", (1925).

El monumento está dedicado a Doña Carmen de Angoloti y Mesa, Excm. Sra. Duquesa de la Victoria, la cual iba al frente del grupo de enfermeras que el gobierno trasladó para la instalación de hospitales de sangre en las zonas de conflicto de Melilla y Larache. Realizó sus estudios de Dama Enfermera de la Cruz Roja en los años 1918-1920, obteniendo el número uno de su promoción e inmediatamente empezó a prestar sus servicios en el hospital de San José y Santa Adela, de Madrid. (10)

Los Estatutos y Reglamentos de la Cruz Roja Española en 1917, 2ª edición 1920 se establecen, como aspectos importantes:

Artículo 1.-"La Cruz Roja Española tienen como fin primordial coadyuvar en tiempo de guerra a la acción de la Sanidad del ejército y de la Armada y puede también, en épocas de

*paz acudir al socorro de las desgracias producidas por siniestros y calamidades públicas, secundando a la acción de las autoridades gubernativas."*

*Artículo 6º.-"A organizar e instruir, especialmente, un Cuerpo de Enfermeras, dentro de las necesidades impuestas por el plan general, creando hospitales que sirvan para la enseñanza del personal propio del Cuerpo, o utilizando para este fin los establecimientos ya existentes"(11)*

En 1915 se inauguró el primer curso oficial y en 1917 se abre el segundo curso, quedando constituido el cuerpo de Damas de la Cruz Roja. Las enfermeras de la Cruz Roja se agruparon en dos cuerpos distintos: damas enfermeras y enfermeras profesionales o retribuidas.

Los requisitos, según el Real Decreto de 28 de febrero de 1917, son los siguientes.

*Artículo 2º Para ostentar ese título y pertenecer al Cuerpo, se necesita:*

*1º Ser súbdita española, mayor de diez y siete años y pertenecer como asociada a la institución*

*2º Aprobación ante Tribunal de examen nombrado por la Asamblea Central, de los estudios teóricos, con arreglo al programa oficial aprobado.*

*3º Aprobación de la práctica en hospitales que designe la Asamblea Central, así como el tiempo de esas prácticas.*

*Artículo 3º las 42 señoras aprobadas en los exámenes teóricos verificados en la Asamblea Suprema de la Cruz Roja en 10 de junio de 1915, tendrán solamente que ser aprobadas en las prácticas de los hospitales para alcanzar el título*

*Artículo 4º la Asamblea Central redactará un reglamento del cuerpo de Damas enfermeras, con sus obligaciones y servicios en los Hospitales de la Cruz Roja.".(5)*

**Punto final del paseo: Museo Nacional de Arte Reina Sofía, anteriormente Hospital Provincial de Madrid.**

Terminamos nuestro recorrido en el actual Museo Nacional de Arte Reina Sofía, lugar que ocupó el Hospital Provincial de Madrid hasta 1968. En este año se inauguró la nueva Ciudad Sanitaria Francisco Franco (hoy Hospital General Universitario Gregorio Marañón) cerrándose el hospital unos años más tarde. El edificio logró sobrevivir gracias a un Real decreto de 1977 que lo declaró monumento histórico artístico.

Podríamos remontarnos al periodo de los Austrias y la ubicación de la corte en la ciudad, pasando por los borbones, hasta llegar a 1822 cuando, tras la Ley de beneficencia el Hospital General pasó a ser administrado por la Diputación Provincial y se rebautizó como Hospital Provincial de Madrid. (12)

Dadas las circunstancias sociales de pobreza y desastres debido a las guerras de la Independencia y en las colonias en las primeras décadas del siglo XIX, la junta de beneficencia, que por esas fechas se encargaba del hospital General deciden recurrir a las Hijas de la Caridad para poner orden y concierto, viendo su labor en otras dependencias como el hospital de mujeres incurables o la Inclusa. Once Hijas de la Caridad llegaron al hospital en 1822 para hacerse cargo del mismo, sobre todo de las salas de mujeres.

Con su llegada aparecieron algunos conflictos con los practicantes que ya realizaban tareas de cuidados en el hospital, es en 1848 cuando finalmente quedaron resueltas las competencias de cada profesional, habiendo ya, 31 religiosas, 101 practicantes, con 14 médicos, un cirujano mayor y un cirujano segundo. Se accedía a las plazas por una reñida oposición.(13)

Las dos figuras de cuidado existentes en el hospital son: las Hijas de la Caridad y los practicantes.

Las Hijas de la Caridad habían llegado a España, en 1789. Se encargan de la organización y la asistencia de los centros para los que van siendo requeridas, de forma que en unos años tendrán a su cargo la asistencia de la mayoría de los Hospitales de la Beneficencia de toda la geografía española. La formación de las Hermanas enfermeras se desarrollaba a dos niveles: el servicio directo a los enfermos bajo la responsabilidad de una Hermana más experta y el estudio de los textos de formación. Esta planificación se estructura a varios niveles, teniendo la orden hospitales específicos para la preparación de las hermanas enfermeras, hermanas capacitadas para enseñar a las nuevas en diferentes comunidades locales, e informes de estas hermanas sobre la evolución del aprendizaje es decir contaban con estructura, equipo docente y control del aprendizaje.

A partir de la Ley de Instrucción Pública regula en 1857 cuando las carreras de Practicante y Matrona se oficializan, algunas hermanas realizan estos estudios, participan en el proceso de profesionalización de 1915 y una vez reconocida la enfermería como profesión, muchas Hermanas se presentan a las pruebas exigidas para la obtención del título. Las Actas de la Facultad de Medicina de Madrid, dan testimonio de ello. (14)

La figura de practicante, como profesional dedicado a las labores sanitarias, aparece antes de 1860, fecha en que se especifica el título y las enseñanzas necesarias para alcanzarlo. Nosotros tendremos en cuenta el programa de prácticas de 1902 para hacer una reflexión.

## CONCLUSION

En el momento que estamos tratando, existen varios programas en función de las distintas figuras del cuidado: la Escuela de Santa Isabel de Hungría con programa a desarrollar en dos años en la propia escuela, un programa de 78 lecciones para optar al examen por el título de practicante y un programa de 70 lecciones para optar en la misma universidad al título de enfermera, sin olvidar que a partir de 1918, con un programa de 35 temas se formaban las Damas enfermeras de la Cruz Roja mediante examen de la misma organización.(5)

Esperamos que esta salida fuera del aula, donde hemos tenido que realizar un gran esfuerzo para situarnos en ese Madrid de finales del XIX y comienzos del XX con la ayuda de los monumentos y edificios, nuestra imaginación, los contenidos teóricos y por último las palabras de las sirvas de María que nos ha acogido en su casa, nos ayuden a comprender la importancia que tiene el logro de la competencia de esta asignatura, para comprender el presente de nuestra profesión y trabajar por el futuro de la misma.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Documento Verifica Grado de Enfermería Universidad Autónoma de Madrid 2010
- 2- Vera Pérez JA, Roldán Chicano M<sup>a</sup> T, Cantero González M<sup>a</sup> L, Cayuela Fuentes PS, Molino Contreras JL et al. Algunas reflexiones sobre la enseñanza de la Historia de Enfermería. Enfermería global .2003 Nov;(3)
- 3- Cid Expósito MG, Jiménez Rodríguez I, Corral Liria I. I Futuro inmediato como parte de la asignatura, Historia de la Enfermería en el pregrado. Álvarez Nebreda C, Hernández F. El asociacionismo en la Enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión. Madrid. 2013. p.431-436
- 4- Rull Sabater A. Pasado y futuro de la salud en Madrid. Espacio, sociedad y economía en la Comunidad Autónoma de Madrid. Asociación Madrileña de Ciencia regional. Madrid .1985:121-137
- 5- Sellan Soto M C. La profesión va por dentro.2<sup>a</sup> ed. Fuden 2010
- 6- Vázquez de Quevedo F. Instituto de Técnica Operatoria (1880-1939): Instituto Rubio y Gali, Ins-

- tituto Moncloa: contribución a las especialidades médicas y de enfermería en España. 1ªed. Santander. 2005
- 7- Javierre JMª. Soledad de los enfermos. Soledad Torres Acosta. 2ª ed.Biblioteca de autores cristianos. Madrid.1973.
  - 8- Penedas Galindo P. Con María junto a la cruz, Santa María Soledad y las Siervas de María: su espíritu. Biblioteca de autores cristianos. Madrid .1984.
  - 9- González Iglesias MA, Amezcua M, Siles González J.El título de enfermera en España a través del análisis documental:el caso de la Siervas de María, Ministras de los enfermos. Temperamentun 2010, 12.
  - 10- Miralles-Sangro MT, Durán Escibano M. La enfermera en el monumento madrileño. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2005; 51. Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/51/5899.php>> Consultado el 03/04/15.
  - 11- Pulido Mendoza R. La formación de las enfermeras de la Cruz Roja Española: Legado Histórico-Filosófico (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología; 2008
  - 12- Leóz JL. El Hospital General: cinco siglos de historia. Madrid histórico. 2005.Feb; 1 7:42-47
  - 13- Vidal Galache F, Vidal Galache B. Curar el cuerpo y salvar el alma: la asistencia en el Hospital General y Pasión (1767-1850). Espacio, tiempo y forma. Revista de la Facultad de Historia de la Universidad de Educación a Distancia.1989. 8:33-45.
  - 14- Hernández Martín F. Las hijas de la caridad en la profesionalización enfermera. Cultura de cuidados.2006.2º.semestre.Año X (20):39-49.



# UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN HISTÓRICA A TRAVÉS DE INTERNET: LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

## *A Historical Research Project on the Internet. The School of Nursing at the University of Sevilla*

Antonio Claret García Martínez  
Universidad de Huelva

**PALABRAS CLAVE:** Docencia, Universidad de Sevilla, Historia de la Enfermería.

**KEY WORDS:** Teaching, University of Sevilla, Nursing History.

**RESUMEN:** El objetivo principal de este trabajo consiste en el establecimiento de nuevas estrategias de investigación histórica empleando las nuevas herramientas de Internet y las redes sociales, a través de la creación de un portal dedicado a la investigación de la Historia de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sevilla y pidiendo la colaboración de cuantas personas puedan tener documentación o información sobre ella. De esta manera, no sólo se promueve la investigación histórica, sino que se consigue la implicación de la Sociedad en el interés por los temas humanísticos y de patrimonio histórico.

**ABSTRACT:** The main objective of this study is the establishment of new strategies for historical research using new Internet tools and social networks, through the creation of a portal dedicated to researching the history of the School of Nursing at the University Seville and asking the collaboration of many people that may have documentation or information about it. Thus, not only historical research is promoted, but the involvement of the Society in humanistic and historical heritage interest.

## INTRODUCCIÓN

El desarrollo vertiginoso de las nuevas tecnologías y su empleo sistemático por amplios sectores de la Sociedad está transformando nuestras formas de pensar y de actuar; esta realidad es más perceptible si cabe en el entorno de las ciencias, permitiendo avances significativos prácticamente en todos los campos del saber humano.

El campo de las Humanidades participa plenamente de este hecho y la investigación histórica cuenta hoy en día con herramientas muy poderosas para desarrollar su trabajo: la digitalización sistemática de los documentos está permitiendo que investigadores de cualquier país del mundo puedan acceder a través de internet a los fondos documentales de archivos existentes a miles de kilómetros de sus domicilios<sup>1</sup>; o que dos investigadores puedan intercambiar documentos, ideas y reflexiones de forma instantánea encontrándose en ciudades diferentes.

Por todo ello, la investigación histórica tiene unas amplias posibilidades de beneficiarse de estas herramientas tecnológicas, para lo que es necesario implementar estrategias que lo hagan posible.<sup>2</sup>

En este contexto ha de entenderse el presente trabajo, que es resultado de las reflexiones derivadas de la realización de una exposición fotográfica, inaugurada el pasado día 22 de diciembre de 2014 en la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla, titulada: "Muestra fotográfica y documental: evolución histórica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sevilla", organizada con motivo de la inauguración del nuevo edificio Sede de la Facultad.<sup>3</sup> La Exposición consistió en un recorrido por la Historia de la Escuela, desde la actualidad hasta comienzos del siglo XVI, enlazando el presente con el pasado a través del hilo conductor que es la formación de las enfermeras a lo largo del tiempo; más de 40 fotografías de documentos históricos, de edificios de hospitales sevillanos y de momentos importantes en la Historia de la Escuela, como la entrega de diplomas a las enfermeras y escenas cotidianas en las aulas de los años sesenta del siglo pasado y otras muy interesantes de muy diverso origen y contenido. Una vez instalada la Muestra, también se elaboró una versión digital que puede ser visitada a través de la siguiente dirección web: <http://uhu.es/centrodeexposicionesvirtuales/SEDE/Index.html>).

---

1 La digitalización de los fondos documentales de los archivos españoles es una buena muestra de la importancia que se está reconociendo a la circulación de la información, y especialmente a la apertura a través de Internet de grandes conjuntos de documentos. Véase al respecto Álvarez-Coca González MJ. La investigación histórica y los archivos en Internet. La presencia del Archivo Histórico nacional en el Portal de Archivos Españoles (PARES). Cuadernos de Historia Moderna. 2010; 35: 175-122.

2 Muy interesantes son los Museos Virtuales dedicados a la Historia de la Enfermería que están apareciendo en los últimos años promovidos por distintas instituciones. Éste es el caso del *Museo Histórico de Enfermería*, auspiciado por la Fundación José Llopis, que tiene, además, su sede permanente en el Colegio de Enfermería de Alicante. Puede visitarse en <http://www.museohistoricodeenfermeria.org/>. Sobre este Museo véase Arredondo González CP, Ávila Olivares, JA y Verdú Rico AJ. Museo Histórico de Enfermería. Un espacio virtual para el aprendizaje, la reflexión y la investigación. *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*. 2014, 11: 711-720.

3 La Muestra Documental y Fotográfica fue promovida por el Decano de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla, y estuvo bajo la Dirección Científica de Manuel Jesús García Martínez (Profesor de dicha Facultad) y Antonio Claret García Martínez (Profesor de la Universidad de Huelva).

## NUEVAS FORMAS DE INVESTIGACIÓN HISTÓRICA: LA LOCALIZACIÓN DE FUENTES HISTÓRICAS A TRAVÉS DE LAS REDES SOCIALES

Durante los tres meses que duró la Exposición en la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología tuvieron la oportunidad de visitarla y conocerla un gran número de personas y de comentar con los autores sus opiniones y pareceres. Un comentario muy frecuente, realizado sobre todo por enfermeras ya veteranas o jubiladas, era “yo tengo fotos de cuando era estudiante y hacía las prácticas en el Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla”; en otras ocasiones exclamaban “yo tengo muchas vivencias de mis años de estudiante, o de mis primeros años como profesional en el servicio...”; o frases como “yo conozco a una persona que sabe mucho sobre estas cosas y tiene fotos de...”. Experiencias como éstas nos trasladan hasta la enfermería sevillana de los años 50 del siglo XX; y en aquellos casos en los que dichas exclamaciones eran realizadas por enfermeras, matronas y practicantes de edad muy avanzada, podemos hablar, incluso, de hasta de los años 40.<sup>4</sup>

Con el paso de los días, las personas que acudían a la Exposición nos hablaban de que disponían de recortes de prensa, de revistas antiguas, de libros y de todo tipo de documentos con información muy interesante relacionada con la enfermería sevillana, que podrían perderse en los próximos años sin remisión de no actuar de alguna manera para conservarlos, darlos a conocer y ponerlos en valor. En este mismo sentido hay que mencionar los testimonios orales de los auténticos testigos de la Historia: los profesionales de Enfermería, que con su testimonio pueden contribuir considerablemente a conocer el pasado más reciente de la Historia de la profesión enfermera.

Durante esos meses que estuvo abierta la Exposición nos fueron llegando reproducciones digitales de fotografías personales o de documentos de gran valor histórico procedentes de las enfermeras más veteranas y que gracias a la Exposición empezaron a sentirse, de alguna manera, parte de una historia que ellas creían estrictamente personal y que pudieron comprender que en realidad era una “historia compartida”

Todos estos contactos y reflexiones nos hizo dar forma a la idea de poner en marcha un proyecto de investigación: “Historia de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sevilla”, pero completamente abierto, en la que pudieran participar cuantas personas tuviesen algo que proporcionar: fotografías, documentos, libros, revistas, testimonios personales orales, o cualquier otra fuente histórica guardada en su domicilio y de la que difícilmente podríamos conocer su existencia si no fuera de esta manera.



Imagen 1. Muestra Fotográfica y Documental. Evolución Histórica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sevilla. Puede visitarse en la web <http://uhu.es/centrodeexposicionesvirtuales/SEDE/Index.html>.

4 “La tradicional consideración de las «fuentes de la historia» como las referidas casi en exclusiva a la documentación original de archivo, debe ser inexcusablemente sustituida hoy por su concepción y tratamiento mucho más amplio (...). Justamente una de las características más acusadas del moderno progreso de la utilización de la documentación histórica es la concepción cada vez más extendida de que «fuente para la historia» puede ser, y de hecho es, cualquier tipo de documento existente, cualquier realidad que pueda aportar testimonio, huella o reliquia, cualquiera que sea su lenguaje (...). En Aróstegui J. La investigación histórica: teoría y método. Barcelona: Crítica; 1995, p. 379.



## LA RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN Y LA CREACIÓN DE UNA BASE DE DATOS SOBRE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA SEVILLANA

La apuesta central de este Proyecto consiste en la petición de colaboración a personas vinculadas o no con el mundo de la Enfermería, pero que tengan en su propiedad fotografías, documentos o cualquier objeto relacionado con la profesión, o, en su defecto, que conozcan a personas que los tengan.

Partiendo de esta idea central: la recogida de fuentes históricas, el Proyecto cuenta con una Web abierta y funcional, en la que se están incluyendo los envíos de fotografías, copias de documentos y otros recursos de gran interés, pero completamente desconocidos para nosotros como historiadores. Estas fuentes históricas son recibidas en formato digital y van a ser alojadas en la "Web del Proyecto de Investigación", con todas las referencias de procedencia, propiedad, información que proporciona y otros datos de interés para su clasificación y correcta consulta. Los resultados de todo este proceso constituyen en sí un logro de gran importancia, al rescatar materiales que, posiblemente, estuvieran condenados a su desaparición con el simple paso del tiempo.

Así, los objetivos que se pretenden conseguir con este proyecto de investigación histórica rebasan los estrictos marcos de la investigación en sí y suponen la implicación de la sociedad en los procesos de construcción de la Historia, haciendo partícipes a las personas que han sido protagonistas de ella en ese mismo proceso de recuperación de la memoria histórica, cuando así ha sido, o que poseen materiales relacionados con el objeto de estudio:

1. Se hace participar a la sociedad en la construcción de su propia historia.
2. Se movilizan recursos humanos y materiales que amplían las posibilidades de la investigación.
3. Se consigue una mayor atracción de la sociedad por los temas históricos y humanísticos.
4. Se crean colecciones de documentos históricos digitalizados (bancos de datos) que están a disposición de cualquier persona a través de Internet.
5. Se promueve la reflexión y el intercambio de ideas, que facilita las relaciones humanas.

Una vez disponibles de una adecuada cantidad y calidad de fuentes históricas, el desarrollo de la investigación pasa a estar controlado por los investigadores del proyecto, que se encargarán de dar forma, en este caso, a la recuperación de la Historia de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sevilla.<sup>5</sup>



Imagen 2. Proyecto de Investigación: Historia de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sevilla. <http://uhu.es/centrodeexposicionesvirtuales/SEDE/Index.html>.

5 Numerosos proyectos se están desarrollando en torno a la recogida y digitalización de fondos fotográficos. P. Véase Bresciano JA. El historiador, los archivos y los medios informáticos. (160) 157-178. Disponible en [https://www.academia.edu/453459/El\\_historiador\\_los\\_archivos\\_y\\_los\\_medios\\_inform%C3%A1ticos](https://www.academia.edu/453459/El_historiador_los_archivos_y_los_medios_inform%C3%A1ticos)

## **CONCLUSIONES**

La investigación de la Historia de la Enfermería debe ampliar paulatinamente sus métodos de trabajo, beneficiándose de las herramientas que proporcionan las nuevas tecnologías. El uso de las redes sociales posibilita un intercambio muy importante de ideas entre personas, pero también debe hacerlo de materiales, de fuentes históricas, con frecuencia fuera del alcance de los propios historiadores.

La implicación en las tareas de investigación de personas ajenas a este campo del saber proporciona un beneficio bidireccional: el historiador accede a fuentes históricas no siempre a su alcance y la sociedad se enriquece con experiencias vitales en las que ha participado directamente (en el caso de la historia más reciente) y de la que es poseedora de bienes de gran valor para su conocimiento.

El Proyecto Virtual de investigación sobre la Historia de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sevilla está proporcionando un amplio espacio de reflexión y enriquecimiento para muchas personas que, hasta su apertura en Internet, no habían sentido una gran atracción por las Historia, comenzando a desarrollar toda una conciencia colectiva del importante papel que cada uno de sus miembros desempeña en su sociedad.



# CUANDO ENSEÑAR ES UN ARTE APRENDER ES UN PLACER

*When teaching is an art learning is a pleasure*

**Martínez Cuñado, Ana Isabel**

Universidad de Zaragoza

**Subirón Valera, Ana Belén**

Universidad de Zaragoza

**Lucha López, Ana Carmen**

Universidad de Zaragoza

**PALABRAS CLAVE:** Historia enfermería, Docencia, Innovadora.

**KEY WORDS:**History nursing, Teaching, Innovation.

**RESUMEN:** Se ha detectado la necesidad de dinamizar y motivar la asignatura de historia de enfermería dentro de la formación universitaria de los futuros profesionales enfermeros, fomentando la participación e intentando utilizar tecnología innovadora como instrumento mediador de la motivación.

Para conseguir el objetivo hemos realizado una Revisión bibliográfica de diversas fuentes (Primaria y secundarias) y Brainstorming en el equipo docente. El resultado nos da a conocer nuevas herramientas para introducir en nuestra programación.

Los fines educativos de esta asignatura facilitan la comprensión de la historia actual, potencia un sentido de identidad y enriquece otras áreas del currículum.

**ABSTRACT:** The necessity of energizing and encouraging the subject of history of nursing has been identified within the university training of future professionals nurses, promoting participation and the use of innovative technology as a mediator of motivation instrument. To achieve the goal, we carried out both a literature review from several primary and secondary sources and also a brainstorming in the faculty. The result provides us new tools to insert in our programming.

The educational purposes of the subject facilitate the understanding of current history, fosters the sense of identity and enriches other areas of the curriculum.

## NECESIDADES DETECTADAS

Los profesores asociados de la facultad de Ciencias de la Salud en el grado en enfermería, somos personal sanitario que nos enfrentamos al objetivo de transmitir “saber, ser y saber hacer” y aunque en el último punto, nuestra experiencia como profesionales puede servirnos y los alumnos ya están motivados para aprender todo tipo de técnicas y prácticas enfermer@s, de cara al objetivo de la docencia, su metodología y la transmisión de valores, nos encontramos algo más perdidos.

Se ha detectado la necesidad de dinamizar o motivar la asignatura de historia de enfermería (nada atractiva para muchos de nuestros alumnos) fomentando la participación e intentando utilizar tecnología innovadora como instrumento mediador de la motivación.

Cuando has de enfrentarte cara a cara con un temario que debes explicar a los alumnos y “colgar los apuntes” para enfrentarse a un examen teórico que deben aprobar: ¿Cómo transmitir esos conocimientos? ¿Cómo despertar la motivación por estos temas Nada científicos ni prácticos? ¿Dónde aprender nosotros los docentes los ejes transversales de la educación?

## OBJETIVOS

- Dinamizar la docencia de la asignatura “Historia de la enfermería” con nuevas actividades, mejorando la motivación, la participación y utilizando TIC (tecnología de la innovación y la comunicación).
- Fomentar el uso de los ejes transversales de la educación (conocimientos, habilidades y valores).

## FUENTES - METODOLOGÍA

Como objetivos de la asignatura con relación a las competencias de la titulación nos encontramos: Conocimiento y comprensión de la Historia como ciencia de la reconstrucción del pasado, adquisición de un conocimiento claro de la evolución de las principales etapas de la historia, capacidad para abrirse a nuevas temáticas que permitan comprender el mundo cambiante en el que vivimos, capacidad para estimular actitudes positivas en relación al estudio del pasado a partir del tratamiento crítico de hechos, instituciones o personajes relevantes de la Historia<sup>(1)</sup>.

Como dice Prats<sup>(2)</sup>, es evidente que para medir si los contenidos de la Historia son útiles y necesarios para los alumnos y alumnas de la enseñanza reglada, habría que plantear previamente si dichos contenidos responden a alguna de las necesidades educativas de los destinatarios y si, por otra parte, están al alcance de sus capacidades. Hay que responder a un proyecto de educación que no se base en la acumulación de información, sino en el desarrollo de las capacidades de los alumnos. La presencia de la historia en la educación se justifica por muchas y variadas razones:

- Facilita la comprensión del presente: ya que no hay nada que no pueda ser comprendido mejor conociendo los antecedentes.
- Prepara a los alumnos para la vida adulta.
- Despierta el interés por el pasado: la Historia es la investigación que explica y da coherencia a este pasado, planteando cuestiones fundamentales desde el presente.
- Potenciar un sentido de identidad: tener una conciencia de los orígenes.
- Contribuir al conocimiento y comprensión de otros países y culturas del mundo de hoy: la historia ha de ser un instrumento para ayudar a valorar a los “demás”.
- Enriquecer otras áreas del curriculum, ya que el estudio de la historia sirve para fortalecer otras ramas del conocimiento como la literatura, la filosofía, el progreso científico, la música, etc.

Las transformaciones que se están llevando a cabo en la educación superior, están produciendo un replanteamiento de la metodología utilizada en la enseñanza universitaria. El cine puede desempeñar un papel muy importante en la comprensión de los hechos históricos, facilitando el aprendizaje y la retención de conocimientos, además de desarrollar una capacidad crítica. La tarea docente consiste básicamente en identificar las temáticas más destacadas en el campo de la historia, diferenciar entre lo relevante y lo secundario.<sup>(3)</sup>

Como dice Ramírez<sup>(4)</sup>, dentro de la innovación docente en la enseñanza universitaria de la Historia existen cuatro ideas fundamentales: El conocimiento es construido, no recibido, los modelos mentales cambian lentamente, las preguntas son cruciales y el interés es crucial.

Como objetivos de la asignatura con relación a las competencias de la titulación nos encontramos: Conocimiento y comprensión de la Historia como ciencia de la reconstrucción del pasado, adquisición de un conocimiento claro de la evolución de las principales etapas de la historia, capacidad para abrirse a nuevas temáticas que permitan comprender el mundo cambiante en el que vivimos, capacidad para estimular actitudes positivas en relación al estudio del pasado a partir del tratamiento crítico de hechos, instituciones o personajes relevantes de la Historia.<sup>(5)</sup>

El proyecto Bolonia está teniendo la virtud de motivar al profesorado a revisar de forma crítica su labro docente y a plantearse cambios. Frecuentemente se acusa de evolucionar a un ritmo muy inferior al que evoluciona todo lo demás.<sup>(6)</sup>

La forma de adquirir conocimiento ha ido evolucionando. La historia es impredecible porque es fruto desvíos de acontecimientos inesperados. La aventura incierta de la humanidad es una repetición.<sup>(7)</sup>

Como propuesta de la innovación docente dentro de la asignatura de historia, podríamos considerar cuatro ideas fundamentales: el conocimiento es recibido, los modelos mentales cambian lentamente, las preguntas son cruciales así como el interés.<sup>(8)</sup>

El esfuerzo que el profesorado aplica a la docencia depende tanto de la parte de dedicación que desea poner en relación al total de sus funciones como del total que cree que su institución desea que le dedique a la docencia. Como señala (Gewerc, 1996), hemos de reflexionar sobre la respuesta a la cuestión ¿Es posible separar contenidos y metodología docente?<sup>(9)</sup>

La comunidad científica está asistiendo a la creación e implementación de nuevos espacios personalizados de enseñanza a través de internet. Las universidades no deben mantenerse al margen y experimentar con este tipo de iniciativas.<sup>(10)</sup>

La docencia tiene que romper el distanciamiento entre lo que enseña y como lo enseña y lo que los alumnos viven en su entorno. Reto que tiene que ver con el necesario equipamiento tecnológico para abordar nuevos modelos de enseñanza más acordes con lo que los alumnos están habituados.<sup>(9)</sup>

## RESULTADOS

Los estudios realizados demuestran que esta metodología y tecnologías aportadas, mejoran la satisfacción y la participación de los alumnos.<sup>(8)</sup>

**Como metodología docentes:** Existe una modalidad presencial (sesiones teóricas seminarios-taller y visitas culturales) y una modalidad no presencial (cine, creación página web, museo virtual, utilización TIC, póster realizados por los alumnos, etc)<sup>(5)</sup>

**Propuestas e ideas Innovadoras:** museo virtual, albergues del camino de Santiago que han sido lugares de cuidado”, música de la época, cineforum (el médico, intocable, etc) creación de un “foro” romano, etc.

Hay distintas visiones y prácticas sobre cómo se deben promover y poner en marcha procesos formativos que contribuyan a la adquisición de capacidades por parte del profesorado universitario en este ámbito. Predomina un modelo de formación docente basado en una serie de cursos puntuales sobre temas específicos de los procesos de enseñanza que no contemplan un acompañamiento posterior de los participantes. Dicho modelo es criticado por especialistas en formación docente (Ingvarson, Meiers y Beavis, 2005; Elexpuru, Martínez, Villardón y Yániz, 2009; Kane, Sandretto y Heath, 2004; Imbernon, 2012), que sugieren programas novedosos asociados a un proceso sistemático de reflexión de la acción educativa, que terminen produciendo cambios de paradigmas del proceso de enseñanza y aprendizaje.<sup>(11)</sup>

El cambio de cultura docente en educación superior, ha supuesto la puesta en marcha de propuestas innovadoras y ha traído como consecuencia la necesidad de evaluar la calidad de las mismas.<sup>(12)</sup>

Para la Evaluación de las actividades del proyecto, se realizará un cuestionario antes de la actividad (comienzo de curso) y otro a posteriori de su realización para analizar resultados con los objetivos. Serán parecidos pero no exactos. En el cuestionario preactividad se intentará evaluar principalmente motivación y expectativas y en el post actividad todos los objetivos de este proyecto (dinamizar asignatura, aumento de la motivación y participación y desarrollar nuevas habilidades). En algunas preguntas se ha cambiado solo el tiempo del verbo en pasado y presente para analizar si ha habido modificación.

Esperamos poder obtener información de la mejora o dificultades en el proceso de la docencia de nuestra asignatura y si se han conseguido los objetivos del proyecto.

## CONCLUSIONES

Este pequeño proyecto nos abre al equipo de docentes nuevas herramientas participativas e innovadoras para introducir en nuestra programación.

Los datos más relevantes encontrados se basan en los principios para la enseñanza de la historia y la didáctica. Para comprender un acontecimiento histórico necesitamos recibir información histórica, pero los componentes de esta información no son la finalidad, sino el inicio, es necesario una "comprensión". La enseñanza de la historia requiere introducirse en el método histórico.

Los fines educativos de esta asignatura facilitan la comprensión del presente, preparan a los alumnos para la vida adulta, potencia un sentido de identidad, contribuye a desarrollar las facultades de la mente y enriquece otras áreas del currículum.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Durán Villa F.R. Innovación metodológica y docente en historia. Actas congreso Internacional Santiago de Compostela; 2011.
- 2.- Prats J. Enseñar Historia: notas para una didáctica renovadora. Mérida: Junta de Extremadura, -consejería de Educación, Ciencia y Tecnología; 2001. Disponible en [www.es/histodidactica](http://www.es/histodidactica)
- 3.- Gómez Fernández A.B. El cine como metodología docente en la enseñanza de la Historia. Revista electrónica de la universidad de Jaén: iniciación a la investigación. In: Inv, e4: c6 2010
- 4.- Ramírez Sánchez M. Innovación docente en la enseñanza universitaria de la Historia. Málaga: 2010. Disponible en <http://www.personales.ulpgc.es/mramirez.dch/downloads/87.pdf>
- 5.- Maldonado Izquierdo L. Guía docente de historia y su metodología. Facultad de Educación .Uniiiversidad de Alicante. Disponible en <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/13198/17/UN%20PROYECTO%20CAP.%202017.pdf>

- 6.- Valero García M. Algunas reflexiones sobre innovación docente en el marco del proyecto Bologna. ARBOR. 2011; Vol 187-extra3-diciembre:117-122.
- 7.- Morín E. Los siete saberes necesarios para la Educación del futuro. Barcelona: Paidós; 2001.
- 8.- Bain, Ken. Lo que hacen los mejores profesores de universidad. Universidad de Valencia. "007, p.p. 35-111-
- 9.- Álvarez Rojo V., Lázaro Martínez A. Calidad de las universidades y orientación universitaria. Málaga: Aljibe; 2002.
- 10.- Graván Román P., Martín-Gutierrez A. Formación de universitarios en entornos personales de aprendizaje (PLE): una experiencia de formación en centros universitarios. DIM. 2014. 10(30), 1-17
- 11.- Rodríguez- Illera J.L. El portafolio digital como soporte de la práctica reflexiva en la formación docente. Revista Iberoamericana de Educación. 2014. nº 65 mayo-agosto
- 12.- Mauri T., Coll C, Onrubia J. La evaluación de la calidad de los procesos de innovación docente universitaria. Una perspectiva constructivista. Red U. num 1. Disponible en: [http://www.redu.um.es/Red\\_U/1/](http://www.redu.um.es/Red_U/1/)







CAPÍTULO 9

*Enfermería: entre el pasado  
y el presente*



# REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN ENFERMERÍA

## *Literature review about drug delivery in some important nursing and medicine magazines*

Rosario Palacios Álvarez

Servicio cántabro de salud contrataciones temporales

Marta Tezanos Gómez

Servicio de hematología del hospital universitario de Marqués de Valdecilla

Patricia Velasco Montes

Servicio Cántabro de Salud contrataciones temporales

**PALABRAS CLAVE:** Artículos, aplicación, medicación.

**KEY WORDS:** Drug, administration, research.

**RESUMEN:** El objeto de este estudio es investigar a cerca de las publicaciones sobre administración de fármacos en enfermería, se han revisado 10 revistas y se han establecido 4 categorías. Tras el análisis de los datos recogidos, se deduce que adherencia del paciente al tratamiento es el tema sobre el que hay más estudios y artículos, seguido de la práctica de la administración de fármacos y farmacocinética. En contraste, sobre riesgos biológicos de la administración de fármacos hay muy pocos estudios y artículos. Los riesgos biológicos en la administración de fármacos es un tema muy importante y se le está prestando muy poca atención.

**ABSTRACT:** The point of this study is to do research into publications about drug administration in the nursing profession. Ten nursing magazines and have been revised and four categories have been established. After a global analysis of the data collected, apparently patient compliance with their treatment is the topic there are more articles about, followed by medication administration practice, pharmacokinetics and drug delivery practice. In contrast have been found very few about biological risks in drug delivery articles. Biological risks of drug delivery topic are very important one and little attention is being paid to it.

## INTRODUCCIÓN

El objeto de este estudio es investigar a cerca de las publicaciones sobre administración de fármacos en enfermería. Se han revisado 10 revistas de difusión nacional e internacional, clasificando los artículos en 4 categorías. Se han evitando los artículos relacionados con la prescripción de fármacos, dado que la ley aún no está vigente y todavía las enfermeras no tienen capacidad para prescribir en todo el territorio nacional.



## OBJETIVOS:

- o General: Analizar las publicaciones sobre la administración de fármacos en enfermería.
- o Específicos:
  - Arrojar cifras sobre la investigación y publicaciones de administración de fármacos en enfermería en los 5 últimos años.
  - Valorar sobre qué áreas de la administración de fármacos hay más publicaciones e investigaciones en los últimos 5 años.

## FUENTES

Revistas: ROL de enfermería, Enfermería Global, Nursing, Enfermería Clínica, Revista de Atención Primaria, enfermería integral, Tribuna Sanitaria, Revista Española de salud pública, Revista Española de Geriatría y gerontología, Journal of Primary Health Care, números desde enero del 2010 hasta diciembre de 2014.

## METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de los artículos publicados sobre la administración de fármacos en los 5 últimos años de relevantes revistas digitales e impresas. Estudio descriptivo retrospectivo.

Es una revisión bibliográfica para realizar un estudio retrospectivo de 5 años, desde 2010 hasta 2014 ambos incluidos, en este estudio se han revisado todos los artículos de todas las revistas seleccionadas.

El criterio utilizado para seleccionar las revistas ha sido tanto la popularidad, como la facilidad de acceso a estas.

La elección de la clasificación de artículos en los que nos hemos centrado, ha sido en función a la participación de enfermería:

La adherencia al tratamiento también pertenece al seguimiento enfermero del paciente.

El riesgo biológico, es una realidad a la que estamos expuestas en nuestra práctica diaria y se está luchando cada día por reducir los riesgos biológicos asociados a la práctica de la administración de fármacos en enfermería.

El conocimiento del proceso farmacocinético y la farmacodinamia es importante para enfermería ya que en mayor medida, somos las responsables de la administración, y solemos estar presentes en muchos procesos de administración de fármacos.

Los artículos relacionados con la práctica de administración de fármacos son necesarios para compartir experiencias y aprender avanzando hacia la mejora de la calidad de los cuidados.

## RESULTADOS

- o Adherencia del paciente al tratamiento. 35 artículos.
- o Riesgos biológicos en la administración de fármacos. 4 artículos.
- o Proceso farmacocinético. 32 artículos.
- o Práctica de administración de fármacos. 29 artículos.

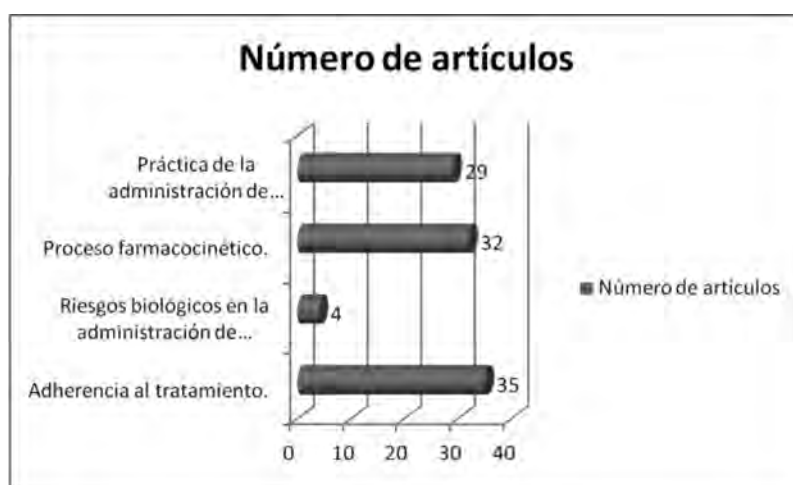
## CONCLUSIONES

A partir de la clasificación seleccionada, se deduce adherencia al tratamiento es el tema sobre el que hay más estudios y artículos; seguido de proceso farmacocinético y práctica en la administración de fármacos. En contraste, sobre riesgos biológicos de la administración de fármacos hay muy pocos estudios y artículos. Los riesgos biológicos en la administración de fármacos es un tema muy importante ya que se invierte diariamente recursos humanos (prevención de riesgos) y materiales (mejoras en bioseguridad) y no se le está prestando la atención adecuada en estas revistas. Lo que nos lleva a pensar que es algo generalizado ya que hemos escogido las de mayor accesibilidad que por lo tanto conllevan una mayor difusión entre la comunidad de los profesionales de la salud.

TABLA

CATEGORÍAS	Número de artículos
Adherencia al tratamiento.	35
Riesgos biológicos en la administración de fármacos.	4
Proceso farmacocinético.	32
Práctica de la administración de fármacos.	29

GRÁFICA





## BIBLIOGRAFÍA

- E-rol.es [Internet]. Barcelona, España: ROL de Enfermería; 2004 [actualizada el 2 de Febrero del 2015; citada 23 febrero del 2015]. Disponible en : <http://www.e-rol.es/noticias/noticias.php>
- Um.es [Internet]. Murcia, España: Enfermería Global; 2002 [actualizada el 7 de Enero del 2015; citada 23 febrero del 2015]. Disponible en: [www.um.es/eglobal](http://www.um.es/eglobal)
- Biblioteca Virtual Marquesa de Pelayo [Base de datos en Internet]. Santander, España: IDIVAL; 2011 [citada el 23 de febrero del 2015]. Disponible en: <http://biblioteca.humv.es/>
- Enfervalencia.org [Internet]. Valencia, España: Colegio de Enfermería de Valencia; 2004 [actualizada el 1 de Diciembre 2014; citada el 23 de Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/pub/comunicacion/revista-ei.php>
- CODEM.es [Internet]. Madrid, España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid; 2001 [actualizada el 2 Enero del 2015; citada el 23 d febrero del 2015]. Disponible en: <http://www.codem.es/Canales/Listado.aspx?IdMenu=f8da828e-435b-4d01-9ad9-1d9c62c80ffa>
- Index-f.com [Base de datos en Internet]. Granada, España: Fundación Index ; 1992 [citada el 23 de febrero del 2015]. Disponible en : <http://www.index-f.com/index-enfermeria/revista.php>

# HOSPITAL SIERRALLANA, HISTORIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS Y SU EQUIPO DE ENFERMERÍA

## *Hospital Sierrallana, emergency service history and its team of nursing*

Consuelo Ruiz Herrán  
Laura Agüeros González  
Agustín Felipe Gómez Laso

**PALABRAS CLAVE:** Servicio de Urgencias, Enfermería, Historia.

**KEY WORDS:** Emergency Department, Nursing, History.

**RESUMEN:** El presente estudio de tipo observacional, descriptivo y corte transversal tiene como objetivo general analizar la evolución del Servicio de Urgencias del Hospital Sierrallana y su equipo de Enfermería pasados 20 años de su inauguración. Para ello hemos utilizado diferentes indicadores (número de pacientes atendidos por año, cambios en la plantilla del servicio, cambios en la organización del trabajo, etc.).

Las fuentes utilizadas para la obtención de esta información han sido: base de datos del Servicio de Admisión del Hospital, Servicio de Recursos Humanos; memorias anuales y actas de reuniones del equipo de enfermería; entrevistas con las supervisoras del servicio.

**ABSTRACT:** The study, observational, descriptive and cross-sectional type has the general objective to analyze the evolution of the Emergency Department of Sierrallana Hospital and Nursing team past 20 years of its opening. For this we used different indicators (number of patients treated per year, changes in staffing service, changes in work organization, etc.).

The sources used for obtaining this information are: database of Hospital Admissions Service, Human Resource Services; annual reports and minutes of meetings of the nursing team; interviews with supervisory service.



## INTRODUCCIÓN

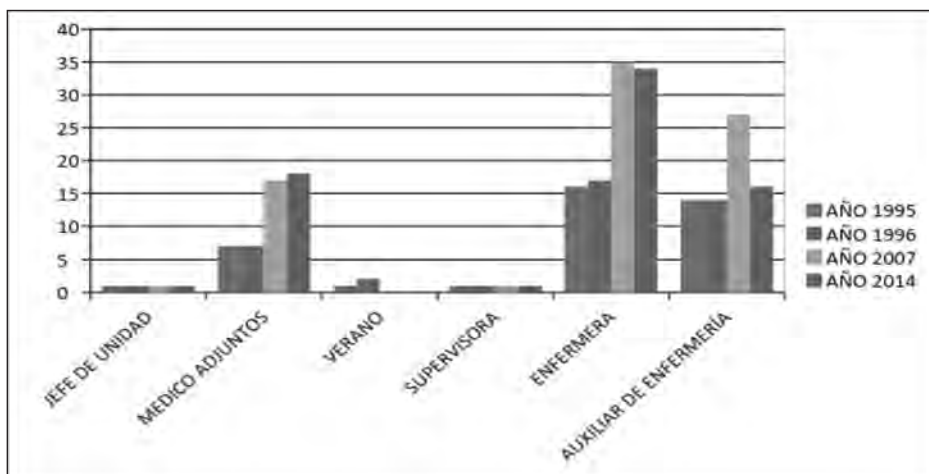
El Servicio de Urgencias del Hospital Sierrallana ha sufrido diversos cambios a lo largo de los años debido al aumento de la población de las áreas III y IV de la Comunidad Autónoma de Cantabria, que ha supuesto un incremento de la demanda asistencial. Obligando a los centros asistenciales en general y a sus equipos de enfermería en particular a reorganizarse y adaptarse a esta nueva situación.

## EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL SERVICIO

El Servicio de Urgencias del Hospital Sierrallana comienza su andadura el 1 de Noviembre de 1994, integrado dentro del Hospital Sierrallana, dando cobertura a una población de 167.535 habitantes correspondientes a las áreas III y IV de Salud (Torrelavega y Reinosa) de la Comunidad Autónoma de Cantabria; que tiene una densidad de población total de 588.656 habitantes.

En su comienzo presenta una organización doméstica, a demanda, en la que los pacientes eran triados sin un criterio unificado debido a la menor carga asistencial. A lo largo de los años y debido al aumento de la población y demanda asistencial se van produciendo cambios adaptivos a nivel estructural, profesional y organizativo teniendo como resultado aumentos significativos tanto en la plantilla como en el área asistencial.

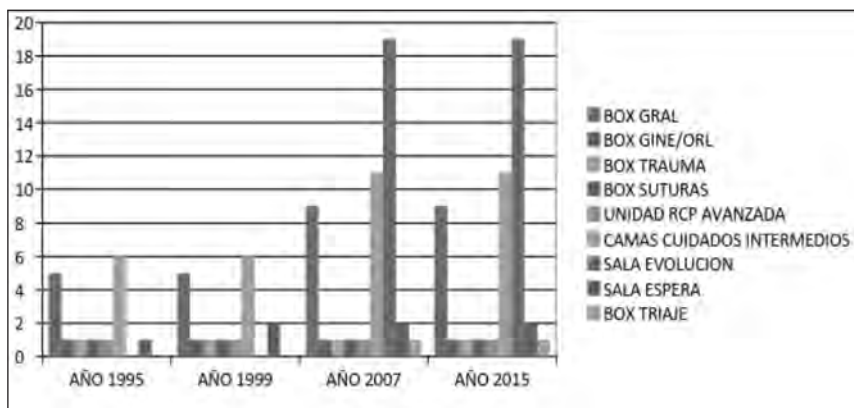
Durante su primer año (1995) se atendieron 36593 pacientes frente a los 93010 del año 2014, lo que supone un aumento del 254,1%. En el año 1994 el equipo de enfermería lo integraban 16 enfermeras, al año siguiente se suma una enfermera más en concepto de refuerzo, hasta que en 2007 se realiza un incremento del 48,57% de la plantilla de enfermería formada a partir de entonces por 35 enfermeras. A su vez se crea ese mismo año la figura del triaje. La organización es más compleja y permite una atención más homogénea mejorando la calidad de los cuidados. Desde enero de 2013, con el aumento de jornada a 37,5 horas semanales, la plantilla de enfermería se ha reducido a 34.



Otra repercusión del aumento de la demanda asistencial es la necesidad de una reforma estructural del servicio. En el año 2007 se crea la sala de evolución (pacientes en espera de resultados, ingreso o pruebas específicas) con una capacidad para 19 camas. También se produce un aumento en el número de camas de la Unidad de Cuidados Intermedios, donde los pacientes precisan una atención más específica debido a la patología más grave de los mismos (coronarios, infecciosos,

inestables hemodinámicamente, etc.) pasando de 6 a 11 camas, lo que supone un incremento del 54,54%.

Por otro lado los boxes de atención general pasan de 5 a 9, un 55,55% más. El resto de boxes de atención sufren una reorganización reestructural. Es decir, existe un box de suturas/curas, otro de trauma/yesos, uno de atención ginecológica y ORL, y el box de atención inmediata o unidad de RCP. También existen dos salas de espera generales.



En Marzo del año 2010 se crea el Hospital Tres Mares perteneciente al área de Salud III, donde el personal se traslada directamente de la Clínica ya existente en Reinos; pasando a ser dependiente del Hospital Sierrallana pues comienzan a compartir tanto organización como profesionales.

En Julio de 2014 las Urgencias del Hospital Sierrallana se ven reformadas con la apertura de la Urgencia Pediátrica lo que supone un aumento de la plantilla del servicio, con 4 enfermeras y 3 auxiliares y 6 pediatras.

Otra repercusión del aumento de la demanda asistencial es la necesidad de una reforma estructural del servicio. En el año 2007 se crea la sala de evolución (pacientes en espera de resultados, ingreso o pruebas específicas) con una capacidad para 19 camas. También se produce un aumento en el número de camas de la Unidad de Cuidados Intermedios, donde los pacientes precisan una atención más específica debido a la patología más grave de los mismos (coronarios, infecciosos, inestables hemodinámicamente, etc.) pasando de 6 a 11 camas, lo que supone un incremento del 54,54%.

Por otro lado los boxes de atención general pasan de 5 a 9, un 55,55% más. El resto de boxes de atención sufren una reorganización reestructural. Es decir, existe un box de suturas/curas, otro de trauma/yesos, uno de atención ginecológica y ORL, y el box de atención inmediata o unidad de RCP. También existen dos salas de espera generales.

En Marzo del año 2010 se crea el Hospital Tres Mares perteneciente al área de Salud III, donde el personal se traslada directamente de la Clínica ya existente en Reinos; pasando a ser dependiente del Hospital Sierrallana pues comienzan a compartir tanto organización como profesionales.

En Julio de 2014 las Urgencias del Hospital Sierrallana se ven reformadas con la apertura de la Urgencia Pediátrica lo que supone un aumento de la plantilla del servicio, con 4 enfermeras y 3 auxiliares y 6 pediatras.

Otros indicadores de aumento en complejidad y carga asistencial del servicio son el gasto en material y el farmacéutico:

- Al comienzo del Servicio de Urgencias, en el año 1995 el gasto en material era de 172.585,44 euros siendo en la actualidad de 273.134,67 lo que ha supuesto un incremento del 36,31%. Hay que tener en cuenta que por ejemplo en el año 2007 el gasto material sufrió un gran aumento, estamos hablando de 865.512,5 euros debido a la ampliación del servicio en ese año.
- Otro gasto a tener en cuenta es el farmacéutico, pues en 1995 era de 73.395,44 euros suponiendo en la actualidad un gasto anual en el servicio de Urgencias de 395.237,55 euros.

## CONCLUSIONES

El aumento exponencial de la demanda asistencial obliga a los servicios sanitarios a la actualización, formación y puesta en marcha de sistemas organizativos cuyo funcionamiento está avalado por organizaciones de referencia y estudios científicos.

El Servicio de Urgencias del Hospital Sierrallana, tras 20 años desde su apertura ha pasado de una plantilla pequeña de organización doméstica a una plantilla mucho mayor de organización compleja que requiere una inversión en sistemas informáticos, formación y en espacios de trabajo que han hecho que sea de referencia nacional en hospitales de iguales características.

## BIBLIOGRAFÍA

- A. Pacheco Rodríguez y otros. Servicios de Emergencia Médica Extrahospitalaria en España (I). Historia y Fundamentos preliminares. Emergencias. Vol.10, nº 3. Mayo- Junio 1998
- Emergency Medical Services Systems in the European Union. OMS Europa y Dirección de Salud y de los Consumidores de la Comisión Europea. 2008
- 061 CANTABRIA <http://www.scsalud.es/061/index.php>

## LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CASTRO – URDIALES

### *The nurse at primary attention emergency service of Castro Urdiales*

Marta Alfonsa Dehesa Fontecilla

SUAP CotoIino II- Cantabria

Lucia De La Torre Calle

Hospital Universitario de León – Unidad Prematuros/UVI Pediátrica – León

Marina Lecue Martínez

Centro Salud Alto Asón – Cantabria

**PALABRAS CLAVE:** Atención Sanitaria, Servicio de Urgencias, Enfermera de Urgencias.

**KEY WORDS:** Health Care, Emergency Service, Nurse Emergency.

**RESUMEN:** La Asistencia Sanitaria Urgente incluye la atención in situ del paciente en el (SUAP) Servicio Urgencias de Atención Primaria, en los domicilios o en la vía pública. Se trata de un estudio descriptivo de las actividades desarrolladas por la enfermera en el SUAP en el mes de diciembre de 2013. El 52,4% de los pacientes necesitó cuidados de enfermería. La resolución de la urgencia tanto por parte de los médicos como de las enfermeras, fue satisfactoria. La actuación de la enfermera es importante no sólo, por su labor técnico asistencial si no por su capacidad de adaptación ante cualquier situación.

**ABSTRACT:** Urgent Health Care includes on-site patient care in the PCES (Primary Care Emergency Service), in homes or in the street, this being managed by the 061. This is a descriptive study of the activities developed by the nurse at SUAP in December 2013. 52,4% of the patients needed nursery cares. The emergency resolution was satisfactory not only from the doctors but the nurses. The action of the nurse is very important not only because of her technical ancillary tasks but her adaptation capacity at every situation ahead.

## INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Urgencias y Emergencias, y más concretamente el 061 y los SUAP (Servicio Urgencias de Atención Primaria), son en gran medida la imagen externa del Sistema Sanitario Cantabro<sup>1</sup>. Se gestiona la atención a todas las urgencias y emergencias de la Comunidad Autónoma de Cantabria a través del teléfono 061 o de forma directa o derivada del 112 y se movilizan y coordinan todos los recursos de atención sanitaria urgente existentes en la Comunidad, tratándose de un modelo público exclusivamente sanitario. Cualquier tipo de atención urgente se atiende a través del 061, no teniendo habilitados los centros de salud ningún teléfono fijo para urgencias. Los SUAP dependen funcionalmente, que no estructuralmente, del 061<sup>2</sup>. El equipo de SUAP en el centro de Cotoilino II en Castro Urdiales está compuesto por dos equipos de médico y enfermería y un celador por turno o guardia. El centro está dotado del servicio de dos ambulancias de Soporte Vital Básico (SVB) que permanecen en el centro, una está doce horas y la otra tiene un turno de veinticuatro horas. La actuación de enfermería en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria es vital además de imprescindible como necesaria, es por ello que el objetivo del presente trabajo trata de describir las actividades y cuidados del profesional de enfermería en el SUAP de Cotoilino II en Castro Urdiales, perteneciente al Área I de las cuatro áreas que constituyen el mapa sanitario Autonómico de Cantabria<sup>3</sup>.

## OBJETIVO

Describir las actividades desarrolladas por la enfermera en el SUAP.

## METODOLOGÍA

### 1. Diseño y periodo de actuación del estudio.

Se realiza un estudio descriptivo con todos los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Cotoilino II en Castro-Urdiales (Cantabria) demandantes de una atención urgente y que requieren algún tipo de cuidado por parte del personal de enfermería en el mes de diciembre de 2013 y a partir del horario indicado (laborable de 17 h a 9 h, fines de semana y festivo de 9 h a 9 h). Durante ese periodo de tiempo se atendieron un total de 2534 pacientes. Se realiza la recogida de datos a través del OMI (sistema informático de registro de pacientes e historias clínicas utilizado en Atención Primaria).

### 2. Variables a estudio.

Las variables a estudio fueron las siguientes:

#### • Sexo

La variable sexo se divide en Niños, Hombre y Mujer. Dentro de ésta clasificación los niños se consideran a todos aquellos que acuden al servicio de urgencias dentro de un rango de edad comprendido entre 0 y 14 años sin atender al sexo masculino o femenino.

#### • Edad

Se registra el número de años de cada paciente que acude a urgencias.

#### • Actividades enfermería

Clasificación diseñada por conveniencia para el estudio:

- **Toma de constantes:** englobamos en éste apartado el registro de las diferentes constantes vitales que son tomadas por la enfermera. La técnica de toma de tensión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno en sangre, glucemia capilar y realizar un electrocardiograma.

- **Curas:** Toda actividad que tiene que ver con la realización de otras técnicas propias de enfermería como la de suturar, valoración y limpieza de heridas, cortes, quemaduras etc. . .
  - **No precisa cuidados:** pacientes que no requieren ningún tipo de cuidado o técnica por parte del personal de enfermería.
  - **Labstix:** análisis químico de orina con la realización de una tira reactiva de orina.
  - **Vendajes / inmovilizaciones:** realización de vendajes e inmovilizaciones como sindactilia o fleje bien como parte del tratamiento médico o para mantenerlo inmovilizado para traslado y valoración al Hospital de Laredo.
  - **Otros:** Lavado ocular y tinción con fluoresceína, test estreptococo A, test embarazo y taponamiento nasal, sondaje vesical y nasogástrico (cuidados y permeabilidad de sondas).
  - **Inyecciones/vía venosa/nebulizaciones:** administración de medicación por vía intramuscular, subcutánea, venosa y nebulizada.
- **Profesional sanitario que realiza la atención**

Se clasificó en: atención prestada por el médico, atención prestada por la enfermera y atención prestada por ambos profesionales.

### 3. Análisis de datos

Se realizó el análisis de la relación que existe entre cada una de las variables utilizando el paquete estadístico SPSS Versión 20.

Los valores de los resultados se expresan en porcentajes cuando se trata de variables cualitativas. En el caso de las variables cuantitativas emplearemos la media aritmética.

Para la representación gráfica de los resultados se emplearán el diagrama de barras y el de sectores.

## ASPECTOS TÉCNICOS

### Autorizaciones Institucionales

El presente estudio cuenta con la aprobación de los Órganos Directivos de la Gerencia de Atención Primaria.

### Consentimiento Informado

Dadas las características del estudio, no es necesaria la creación de un consentimiento informado y cumplimentación del mismo por parte de los participantes dado que se recogieron datos relacionados con la atención y en ningún caso se ha recogido la identidad de los participantes.

## RESULTADOS

### Variables sociodemográficas: Sexo y Edad

De la muestra constituida por 2534 pacientes, el 27,4% (694) fueron niños, el 32,9 % (834) hombres y 39,7 % (1006) fueron mujeres. La edad media de los pacientes atendidos en urgencias fue de 35,66 años.

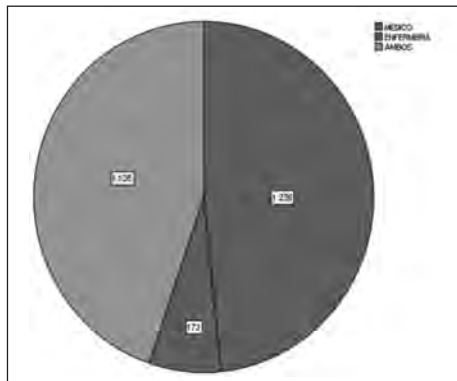
### Profesional sanitario que realiza la Atención

Respecto a la Atención Sanitaria el 48,4 % (1226 pacientes) fueron atendidos por el médico, 6,8% (173 pacientes) por la enfermera y el 44,8% de la muestra (1135 pacientes) fueron atendi-

dos por ambos profesionales de forma conjunta. Resultando así, que el médico atiende a un total de 2361 pacientes (93,17%) y la enfermera 1308 pacientes (51,62 %).

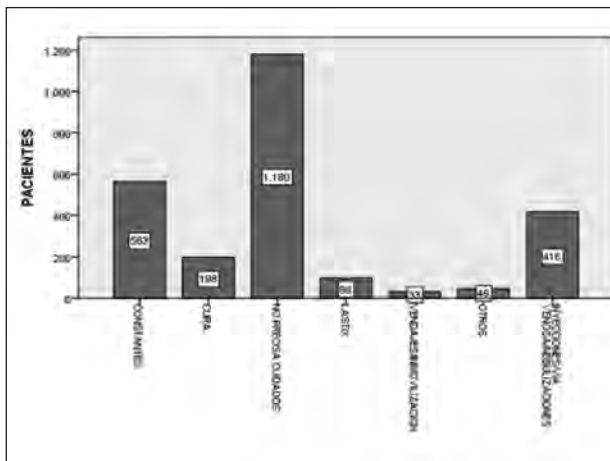
### Actividades y cuidados de enfermería

Atendiendo al resultado del estudio la toma de constantes (22,2%) junto con la administración de medicación por vía intramuscular, subcutánea, venosa y nebulizada (16,4%) son las actividades más frecuentes junto con la realización de curas (7,8%) ya sea de manera programada como urgente. Por otro lado otros tipos de cuidados (1,8%) y la realización de labstix (3,9%) son cifras orientativas dado que nuestros compañeros médicos en ocasiones realizan éste tipo de actividades cuando ambos profesionales de enfermería están ocupados por lo que son más los pacientes a los que se se les ha realizado éste tipo de actividades. Sólo a un 1,3% de pacientes se le ha realizado un vendaje o inmovilización frente a un 46,6% de los pacientes que no precisaron ningún tipo de cuidados o actividades.

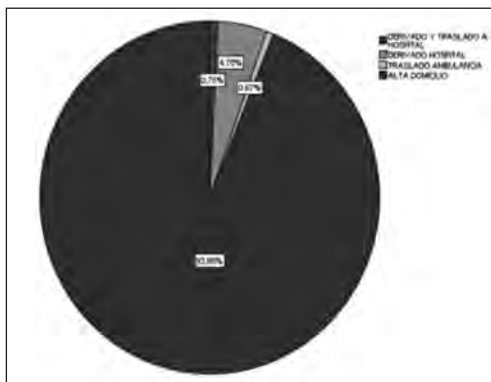


### Derivaciones al Hospital

Realizada la atención sanitaria observamos que 2379 pacientes (93,88 %) son dados de alta a su domicilio mientras que 117 pacientes (4,70) son derivados al Hospital de Laredo ya sea para realizar pruebas analíticas, radiológicas u otras pruebas que necesiten asistencia especializada. Éste tipo de desplazamiento lo realizan los paciente por sus propios medios.



Por una parte, 19 pacientes (0,7%) dada su patología y su diagnóstico médico necesitan una atención de urgencias in situ para luego ser trasladado acompañado del médico y la enfermera en la ambulancia del 061 convirtiéndose así el transporte sanitario en una UVI medicalizada y por otra parte 17 pacientes (0,7%) son trasladados en la ambulancia del 061 acompañados solamente del conductor y técnico dado que no precisan la atención durante el traslado del médico y la enfermera.



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La resolución de la urgencia tanto por parte de los médicos como de las enfermeras, fue satisfactoria dado que el 93,88% de los pacientes fueron dados de alta a su domicilio. La enfermera a través de la técnica, el control y la vigilancia, evidencia autonomía y responsabilidad profesional sobre sus intervenciones además la enfermera de urgencias participa de las actividades asistenciales y planes de cuidados planteados al paciente derivado del hospital al alta domiciliaria, así como del seguimiento y realización de actividades prescritas por su médico de Atención Primaria de Salud o de su Enfermera, durante los horarios y jornadas de cierre de los centros de Atención Primaria de Salud, con lo que se tiene un seguimiento y una Atención Continuada del paciente<sup>4</sup>. En la bibliografía consultada la instauración de los SUAP ha supuesto una mejora asistencial para los habitantes de la Zona Básica de Salud Altamira cumpliendo las expectativas y atención adecuada<sup>5</sup>.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el estudio podemos concluir que:

- La demanda asistencial urgente es similar en niños y en el adulto masculino.
- La carga de trabajo es mayor en el profesional médico.
- La toma de constantes vitales (la técnica de toma de tensión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno en sangre, glucemia capilar y realizar un electrocardiograma) junto con la administración de medicación por las distintas vías son la actividades **más frecuentes** realizadas por la enfermera.
- La mayor parte de los pacientes atendidos en el SUAP son dados de alta a su domicilio bajo recomendaciones tanto médicas como de enfermería.
- La gran mayoría de la asistencia sanitaria se realiza en el centro de salud y sólo un pequeño porcentaje de pacientes cuya patología y diagnóstico médico así lo precisan, son derivados y trasladados al Hospital de Laredo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia para la Atención Primaria 2012-2015 [Internet]. Cantabria; 2012 [acceso el 28 Abril de 2014]. Disponible en: <http://10.236.17/ap/documentos/Noticias/Direccion/2012/noviembre/Estrategia%20AP%202012-2015.pdf>.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria-SIAP del Sistema Nacional de Salud. Madrid. 2013. Disponible en: [http://www.mssi.gob/es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Glosario de terminos2010.pdf](http://www.mssi.gob/es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Glosario%20de%20terminos2010.pdf).
3. Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por lo que se establece el mapa sanitario autonómico de Cantabria. BOC nº68 de 7 abril de 2011.
4. Valenzuela Rodríguez, AJ. Toma de decisiones en Enfermería de Urgencias, Emergencias y Catástrofes. [Internet]. 2009[acceso 27 de Enero de 2015]. Disponible en: [http://www.paginasenferurg.com/revistas/2009/marzo/paginasenferurn01\\_autonomiayresponsabilidad.pdf](http://www.paginasenferurg.com/revistas/2009/marzo/paginasenferurn01_autonomiayresponsabilidad.pdf)
5. de la Fuente-Rodríguez A, Fernández-Lerones MJ, Hoyos-Valencia Y, León-Rodríguez C, Zuloaga-Mendiola C, Ruiz-Garrido M. Servicio de urgencias de atención primaria. Estudio de calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud Altamira. Revista de calidad asistencial 2009;24(3):109-114.





# TRAYECTORIA ENFERMERA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS DE CANTABRIA

## *Nursing caring in palliative care units of Cantabria*

Manzanas Gutiérrez, Ana  
López Blázquez, Celinda  
Novo Robledo, Inmaculada

Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

**PALABRAS CLAVE:** cuidados paliativos, enfermera, Cantabria.

**KEY WORDS:** Palliative care, nurse, Cantabria.

**RESUMEN:** Nuestro objetivo es conocer la evolución de las Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) en Cantabria a través de los cuidados de enfermería, para ello describiremos retrospectivamente su implantación; desde 1982 hasta la actualidad, pasando por instituciones privadas (AECC) y públicas (INSALUD, SCS), para conseguir una cobertura asistencial de los pacientes con enfermedades avanzadas en fase terminal.

Nuestra filosofía de cuidados cobra especial significado en Cuidados Paliativos, cambia la intención curativa por la paliativa y añade grandes descubrimientos como la vía subcutánea.

Las UCP específicas han mejorado la asistencia en los últimos días de vida a todos los pacientes con enfermedad avanzada/terminal de Cantabria.

**ABSTRACT:** Knowing the evolution of palliative care units (UCP) in Cantabria through nursing care is our goal, for it retrospectively describe their implementation; from 1982 to present, through private institutions (AECC) and public institutions (INSALUD, SCS), getting a care coverage for patients with advanced terminal illness.

Our philosophy of care is of special significance in Palliative Care, change the curative intent for palliative and added great discoveries as subcutaneous route.

The specific Palliative Care Units attendance has improved in the last days of life for all patients with advanced / terminal disease Cantabria.

## INTRODUCCIÓN

Alrededor del siglo IV aparecen las primeras instituciones cristianas, primero en el territorio bizantino, luego en Roma y finalmente a lo largo de Europa. Durante la Edad Media los hospicios fueron lugares de acogida para peregrinos, que muchas veces venían gravemente enfermos o moribundos. Hasta 1842 en Francia, fecha en la que Mme Jeanne Garnier (viuda que había perdido a dos de sus hijos) fundó los llamados Hospicios o Calvarios. Posteriormente en 1879 aparecen Our Lady's Hospice en Dublín y en 1905 St Joseph's Hospice en Londres, ambos fruto del trabajo de Las Hermanas de la Caridad irlandesas. En 1967, Cicely Saunders, enfermera pionera de los Cuidados Paliativos, fundó el St. Christopher en Londres, a partir de ese momento comienza el "Movimiento Hospice" (Cuidados Paliativos) por todo el mundo. Las enfermeras llevan cuidando enfermos en situación terminal desde el comienzo de su existencia. Desde Florence Nightingale, enfermera que con su altruismo y energía en el cuidado de los soldados en la guerra de Crimea transformó los hospitales e hizo de la enfermería una verdadera profesión.<sup>2</sup>

Este movimiento se fue extendiendo progresivamente y de forma desigual por distintos países. En España en aquel momento no existía un programa específico de atención a estos enfermos, lo que generaba que acudieran a los servicios de urgencias del Hospital de referencia, o bien que permaneciesen ingresados durante largos periodos de tiempo en hospitales de agudos. Como respuesta a esta carencia asistencial, surgen las primeras unidades de Cuidados Paliativos.

Es en los años ochenta cuando el doctor Jaime Sanz Ortiz (oncólogo médico del Hospital Valdecilla de Santander), se da cuenta que existe una forma diferente de tratar al paciente terminal, por lo que decide viajar a distintos hospitales del Reino Unido (Royal Mariden, St. Joseph's Hospice y St. Christopher's Hospice) para conocer de cerca una realidad que ya funcionaba en este país por aquel entonces. Las dos enfermeras que formaban parte de la consulta de oncología médica (Teófila Garmendía y Elisabet Justamante) deciden formarse y viajan a diferentes Hospices para impregnarse de su filosofía y realizar unos cuidados de excelencia. Ellos serían los precursores de los Cuidados Paliativos en Cantabria. Ellos seguían a los pacientes oncológicos mientras podían acudir a la consulta pero llegaba un momento en el cual la enfermedad avanzaba y no podían acudir, en algunas ocasiones acudían a ver a los pacientes en su casa, pero no de manera institucionalizada.<sup>3</sup>

En 1989, la Oficina Regional para Europa de la OMS publica sus primeras recomendaciones sobre cuidados terminales en el cáncer bajo el título Palliative Cancer Care. La palabra paliativo procede del latín pallium que significa atenuar el impacto de la enfermedad. Así, los cuidados paliativos son un "modo de cuidar". La OMS reconoce que la curación de ciertas enfermedades no es posible y que la calidad de vida es tan importante o más que la cantidad, por ello propone en 1990 como pilares fundamentales para el alivio del sufrimiento el desarrollo de programas de CP mejorando la formación de los profesionales de CP. En el año 2001 publica las bases para el desarrollo del Plan Nacional de CP aprobadas por el Consejo Interterritorial del SNS (12/2000).<sup>5,6</sup>

Durante unas Jornadas organizadas por la Dirección General de la Agencia de Calidad en diciembre de 2005, se realizó una revisión de la situación de los CP en España, sirviendo como inicio para la elaboración de la Estrategia de CP para el SNS, se aprobaría el 17 de marzo de 2007, este sería el punto de partida para la elaboración de numerosos Planes Regionales; entre ellos el de Cantabria, dando lugar a la implantación de la estructura que tenemos en la actualidad.<sup>5</sup>

## OBJETIVO:

Conocer la implantación de las Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) en Cantabria desde su creación hasta la actualidad, a través de los cuidados de enfermería.

## METODOLOGÍA:

Descripción retrospectiva observacional de la creación de las UCP a lo largo de estos años, a través de los convenios de colaboración que lo hicieron posible, del Programa de Atención Paliativa de Cantabria y la Estrategia de Cuidados Paliativos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Resultados y discusión:

El 4 de Noviembre de 1984 el Dr. Sanz Ortiz tras visitar durante una semana los Hospices de Londres, comienza a dar pasos para conseguir implantar una Unidad en el Hospital Valdecilla, viendo las necesidades que tienen sus pacientes.<sup>2</sup>

En Octubre de 1987, es reconocida oficialmente la Unidad de Cuidados Paliativos por la dirección del Hospital Valdecilla(INSALUD).<sup>7</sup>

En el año 1991 la Dra. Victoria Rodríguez tras trabajar en diferentes centros de salud, se siente interesada en este tipo de pacientes y de forma altruista acude cada día a la consulta de oncología para ver como se enfrentan a estos pacientes, coincidiendo con la Dra. Llamazares, ellas comienzan a salir a los domicilios de los pacientes que no pueden acudir a la consulta, las recogen los familiares y las devuelven tras cada visita al hospital, así van conociendo las peculiaridades de estos enfermos.

El 9 de febrero de 1993 se firmó un convenio de colaboración entre la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) y el INSALUD creando la primera UCP domiciliaria en el Hospital Valdecilla que cubría el área de Santander y núcleo urbano de Torrelavega, compuesta por un médico (Dra. Llamazares), una enfermera (Ana Manzanas) y un conductor (Jesús Fernández); seis meses más tarde contratarían a otro médico(Dra. Victoria Rodríguez). Atendían solo a pacientes oncológicos terminales. Durante 10 años la unidad estuvo formada por dos médicos y una enfermera pero por diversos motivos se quedo con un médico y una enfermera durante los 7 años más que duró ese convenio. <sup>3</sup>La atención a estos pacientes pudo conseguirse gracias a la coordinación tan estrecha que se realizaba con los equipos de Atención Primaria y con los servicios de urgencias (se dejaban notas para evitar traslados en los últimos momentos de vida).<sup>3</sup>

A finales del año 2000 se creó en la Gerencia de Atención Primaria Santander-Laredo un Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria para reforzar el servicio de atención a pacientes terminales, oncológicos y no oncológicos e inmovilizados complejos, dependiente de Atención Primaria. Estaba compuesto por dos médicos (Lourdes Prieto y Elvira García), dos enfermeros (Celinda López y Víctor Mencía) y un administrativo (María), encuadrado dentro de la cartera de servicios de Atención al paciente terminal.<sup>5</sup>

El 17 de marzo de 2003 el Consejero de Sanidad y Servicios Sociales, Jaime del Barrio anunció la elaboración de un Plan de Cuidados Paliativos de Cantabria, estableciendo tres Unidades de CP domiciliarias; una en el Hospital Valdecilla, otra en el Hospital de Laredo y una tercera en el área de Torrelavega-Reinosa, además de una Hospitalaria en el Hospital de Liencres. Se reúnen un grupo de expertos y cuando ya está elaborado el documento hay un cambio político y se desestima ese plan.<sup>9</sup>

El 6 de junio del mismo año, el Hospital de media y larga estancia dependiente de la Orden San Juan de Dios, Santa Clotilde, concierta 10 camas para pacientes paliativos con el Servicio Cántabro de Salud, consiguiendo una Unidad hospitalaria de referencia para estos pacientes.<sup>6</sup>

En noviembre de 2006 los profesionales sanitarios que iban a componer el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) realizaron una rotación en las Unidades de Extremadura, implantándose equipos especializados en CP en las áreas de Laredo y Torrelavega-Reinosa. En el área de Laredo se compone de dos médicos (Rosa Díez y Marta Cano) y dos enfermeras Celinda López y Víctor Mencía, ubicados en el Hospital Comarcal de Laredo. En el otro área también compuesta por dos médicos (José Pedro Aguilera y Julio Gómez) y dos enfermeras (Berenice García y Raquel

Cacicedo), ubicados en el Hospital de Sierrallana. Con estos equipos se conseguía llegar a toda el área de salud de Cantabria.<sup>5</sup>

El área de Santander era abarcada por diferentes equipos y de distintas gerencias, se decide fusionarlos y en el 2009 la UCP de la AECC y el ESAD Santander-Laredo se unen creando el equipo consolidado que existe en la actualidad. La Unidad de la AECC deja de serlo y el personal pasa a formar parte del Servicio Cántabro de Salud, desapareciendo la figura del conductor. Consiguiendo una Unidad compuesta por tres médicos (Victoria Rodríguez, Miguel Saura y Alberto Noriega), tres enfermeras (Ana Manzanas, Inmaculada Novo y Celinda López) y un administrativo (Pablo Gómez), dando forma y consistencia a esta unidad, pasando a llamarse Equipo de Atención Paliativa (EDAP). A partir del año 2012 se comienza progresivamente a introducir pacientes no oncológicos en situación de enfermedad avanzada/terminal, que hasta ese momento solo se realizaba en el ESAD.<sup>5</sup>

En Atención Primaria intervienen todos los profesionales del centro de salud: médicos, enfermería, trabajadores sociales y fisioterapeutas. La red de Atención Primaria da lugar a la estructura fundamental que permite mantener atendidos, a todos los pacientes en situación de enfermedad avanzada y terminal, apoyados por los seis equipos específicos de CP con asistencia compartida.

Las enfermeras con formación avanzada en CP, hemos conseguido cambiar nuestro fin de cuidar con intención curativa por el de intención paliativa, consiguiendo que nuestra filosofía de cuidados llegue a la máxima expresión. Desde los inicios hasta ahora, se ha conseguido que los familiares que venían a nuestra Unidad diciendo que “estaban desahuciados y que no había nada que hacer”, se den cuenta que no podemos curar la enfermedad pero sí que podemos tratar los síntomas que dé, para que el paciente fallezca o llegue al final de sus días en las mejores condiciones. No pretendemos que vivan más años, no es nuestro objetivo, pero sí, que el tiempo que vivan sea de la mayor calidad posible. Con unos buenos cuidados se puede conseguir este objetivo.

Durante estos años de instauración de las Unidades, ha habido un momento de máximo descubrimiento para realizar nuestros cuidados en los últimos días de vida, que ha sido la vía subcutánea. Ha resultado ser la mejor herramienta para poder abordar con mayor eficacia la fase agónica, puesto que al llegar a esta fase en muchas ocasiones se perdía la capacidad de tragar y era un verdadero problema poder controlar los síntomas del final de la vida. Ahora podemos conseguir que ese final que es irremediable sea confortable y con una buena calidad de vida/muerte.

## CONCLUSIONES

La implantación de UCP específicas ha mejorado la asistencia en los últimos días de vida a todos los pacientes con enfermedad avanzada/terminal de Cantabria, además ha conseguido dar soporte a las familias que se sentían abandonadas en estas situaciones tan difíciles de final de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Centeno, C. (1997) Historia de Cuidados Paliativos y Movimiento Hospice. SECPAL. Consulta de la World Wide Web: <http://www.secpal.com/presentacion/index.php?acc=historia%20C>
2. Sanz Ortiz, J. El paciente con enfermedad terminal. Los intocables de la medicina. Medicina Clínica 1985; 4: 691-693
3. Sanz Ortiz, J. Historia de la medicina paliativa. Med Pal 1999; Madrid Vol. 6, pág. 82-84
4. Atención a los Cuidados Paliativos. Sistema de información de Atención Primaria del SNS. 2009. [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidados-paliativos-diabetes/CUIDADOS\\_PALIATIVOS/Cuidados\\_Paliativos\\_2009.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidados-paliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/Cuidados_Paliativos_2009.pdf)

5. Programa Integral de cuidados Paliativos de Cantabria. 2006. <http://www.saludcantabria.es/index.php?page=programa-integral-de-cuidados-paliativos>.
6. Guía de CP. Recomendaciones de la Sociedad Española de CP. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo 1993.
7. Sanz Ortiz J. Principios y práctica de los CP. MedClin (Barc) 1989; 92: 143-145
8. Atención a los Cuidados Paliativos. Sistema Nacional de Salud. Organización en las comunidades Autónomas.2009.<http://www.cuidarypaliar.es/doc286>
9. Comunicados de prensa del Servicio Cántabro de Salud. 2003. Disponible en: [http://www.dgii.cantabria.es/web/comunicados/detalle/-/journal\\_content/56\\_INSTANCE\\_DETALLE/16413/2723888](http://www.dgii.cantabria.es/web/comunicados/detalle/-/journal_content/56_INSTANCE_DETALLE/16413/2723888)



# LA FORMACIÓN CONTINUADA EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR: UNA EXPERIENCIA DE VEINTIOCHO AÑOS

## *Continuous training in Cardiopulmonary Resuscitation: An experience of twenty eight years*

M<sup>a</sup> Inmaculada Torrijos Rodríguez

Unidad de Pediatría y Corta Estancia del Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla"

Milagros Chasco Ortigosa

Área de Calidad, Formación, Investigación y Desarrollo. Hospital Universitario  
"Marqués de Valdecilla"

M<sup>a</sup> Dolores Herrero Avia

Unidad de Medicina Preventiva. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla"

**PALABRAS CLAVE:** Resucitación Cardiopulmonar; Educación continua; Enfermería.

**KEY WORDS:** Cardiopulmonary Resuscitation; Education Continuing; Nursing.

**RESUMEN:** La Reanimación Cardiopulmonar constituye una de las técnicas de mayor relevancia en el ámbito sanitario, su correcta aplicación puede ser crucial para la supervivencia de las personas que sufren una parada cardio-respiratoria. Los objetivos de este trabajo han sido, analizar la participación del personal de Enfermería en los cursos de reanimación cardiopulmonar (RCP) impartidos en el hospital e identificar el grado de satisfacción de los alumnos.

El número total de cursos ha sido de 393, con un alto grado de satisfacción y participación del personal sanitario, 3.328 personas; una clara muestra del interés y la relevancia de la Reanimación Cardiopulmonar.

**ABSTRACT:** The cardiopulmonary resuscitation is one of the most important techniques in the health sector, its correct application can be crucial to the survival of people suffering a cardio-respiratory. The objectives of this work have been, analyze the participation of nursing personnel in cardiopulmonary resuscitation (CPR) courses at the hospital and identify the degree of satisfaction of the students. The total number of courses has been 393, with a high degree of satisfaction and participation of health workers, 3.328 people; a clear sign of the interest and the importance of cardiopulmonary resuscitation.



## INTRODUCCIÓN

La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte en el mundo y está demostrado, que la realización de una Reanimación Cardiopulmonar (R.C.P.) inmediata, puede doblar o triplicar la supervivencia de la Parada cardiorrespiratoria por fibrilación ventricular. La adecuada realización de estas técnicas, dentro de la atención inicial de una parada cardiorrespiratoria (PCR), es fundamental para poder salvar la vida de esa persona y mejorar su pronóstico. Por ello, es básico, el aprendizaje de dichas maniobras, tanto para los profesionales sanitarios como no sanitarios.

En el Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" (HUMV), desde el Área de Calidad, Formación, Investigación y Desarrollo se viene desarrollando un programa formativo de R.C.P. desde hace 28 años. Los inicios de la formación en ésta técnica se remontan al año 1986, bajo la denominada entonces, Subdirección de Docencia e Investigación, cuyo responsable era D. Francisco Javier del Río Sáiz, manteniéndose hasta la actualidad. La enseñanza se realiza a través de cursos teórico-prácticos siguiendo las recomendaciones del Consejo Europeo de Resucitación, utilizando maniqués y en presencia de profesorado acreditado, que corrige continuamente al alumnado. Asimismo, se realiza un pre-test y post-test mediante el que se analizan los conocimientos previos y los aprendidos, además, el alumnado cumplimenta una encuesta de satisfacción y dichos cursos se acreditan a través de la Comisión de Formación Continuada del Servicio Cántabro de Salud.

Por otra parte, si tenemos en cuenta, que los conocimientos y habilidades aprendidas sobre RCP se deterioran en 6 meses, es importante, mantener una formación continua y actualizada con el fin de que dichos conocimientos no se queden obsoletos y permitan actuar correctamente ante una PCR.

Por ello, los objetivos que se han planteado en este trabajo se centran en analizar la participación del personal de Enfermería en los cursos de reanimación cardiopulmonar (RCP) impartidos en el hospital, e identificar el grado de satisfacción de los alumnos.

## METODOLOGÍA

La presente investigación se ha llevado a cabo mediante un estudio descriptivo cuantitativo, revisando las Memorias del HUMV desde la puesta en marcha de estos cursos de RCP, año 1986 hasta febrero de 2015. El tratamiento de los datos se ha realizado con el programa Excel.

Limitaciones al estudio: La pérdida de alguna documentación por fallo en la infraestructura del edificio y derrumbe del hospital en noviembre de 2000.

## RESULTADOS

El número total de cursos impartidos en el periodo de estudio ha sido de 393 (Gráfico 1) incluyendo los cursos de RCP de adulto, pediátrico y avanzado, que han sido recibidos por 3.328 personas (Gráfico 2), entre los que se encuentran, Técnicos; Auxiliares de Enfermería; Matronas; Celadores; Personal Administrativo; Médicos en período de Formación (MIR), alumnos del instituto de la Llamas y profesionales de Enfermería (Gráfico 3), siendo estos últimos, los que alcanzan una mayor grado de participación. El índice de satisfacción del alumnado ha sido de un 92,21% (Gráfico 4).

Gráfico 1. N° total de cursos impartidos: 393

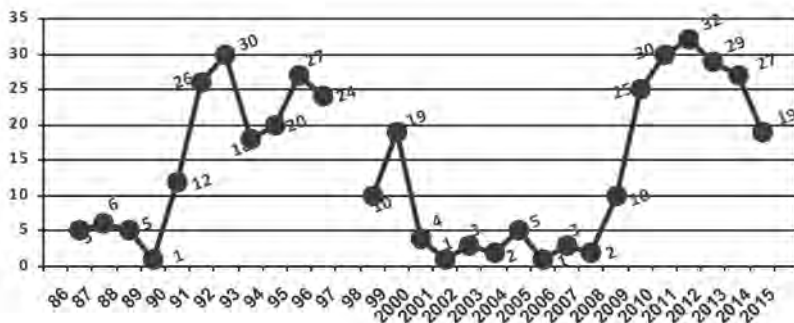


Gráfico 2. N° de alumnos a lo largo de los años

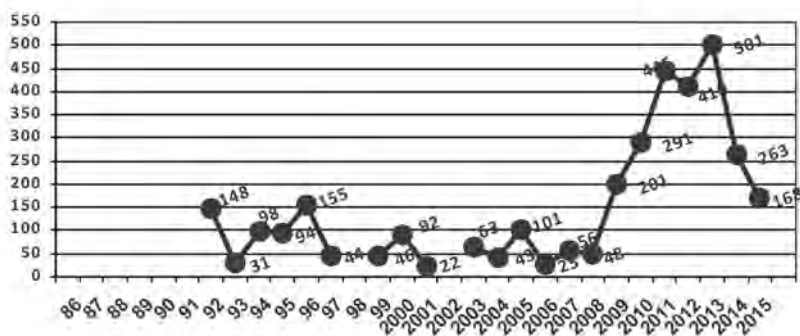
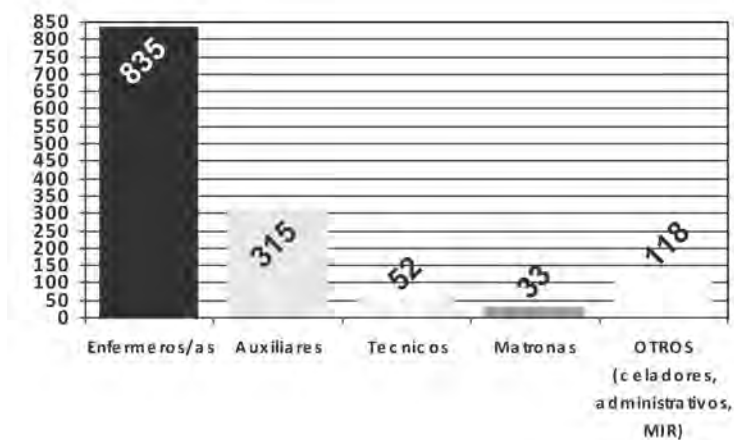


Gráfico 3. N° de alumnos últimos 8 años 1353

Nº de alumnos por estamentos



El índice de satisfacción del alumnado en la realización de estos cursos de RCP, ha sido de un 92,21%, valorándolo muy positivamente por la utilidad, que supone para su trabajo y también, en su vida diaria.

Gráfico 4. Índice de satisfacción

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos tras la realización de este trabajo dejan constancia de la importancia de la formación en RCP, cuestión, que ha quedado reflejada en el alto índice de participación del personal sanitario y su grado de satisfacción. Por ello, puede concluirse, que el adiestramiento en esta técnica debe constituir una de las prioridades de la Formación Continuada en el ámbito asistencial.



## BIBLIOGRAFÍA

- Castillo-García J, Abad-Torrent A, Racoba-Zoff G, Castillo-Monsegur J. Percepción de los profesionales sanitarios del Hospital Sant Llorenç de Viladecans sobre sus conocimientos y habilidades en reanimación cardiopulmonar. *Rev. Enf. Clínica* 2006; 16 (1):39-43.
- Nolan JP, Soar J, Zideman DA, Biarent D, et al, Guías para la Resucitación 2010 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). Sección 1. Resumen Ejecutivo. 2010.
- Mary Susan L., Howlett, Gaila A., Brenda T., C Health Care Providers' Attitudes Regarding Family Presence During Resuscitation of Adults An Integrated Review of the Literature *Clinical Nurse Specialist* 2010; 24(3):161-174.
- Miró O., Díaz N., Sánchez M. Aprender reanimación cardiopulmonar desde la escuela *Emergencias* 2012; 24:423-425.
- López Unanua MC, Freire Tellado M. Rasines Sisniega R., Iglesias González A. RCP na aula: programa de enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica para estudiantes de secundaria *Emergencias* 2012; 24 :74-80.
- Carmona Jiménez F. Sobre la necesidad de mejorar la calidad de la reanimación cardiopulmonar *Emergencias* 2013; 25: 83-84.

# ENFERMERÍA TRANSFUSIONAL: EL TRAYECTO DE LA ASISTENCIA A LAS FUNCIONES PLENAS

## *Blood-transfusion nursery: the way from the assistance to the full-function*

Ángeles Heredia González

Cèlia Benaiges Renom

Enric Fusté Nebot

BST Catalunya Central-Banc de Sang i Teixits

**PALABRAS CLAVE:** Atención de enfermería, Transfusión sanguínea, Historia.

**KEY WORDS:** Nursing care, Blood-transfusion, History.

**RESUMEN:** El análisis sintético de nuestro trabajo, está centrado en la evolución de la figura del profesional enfermero en la transfusión sanguínea.

Es a partir de 1936 cuando dejan de realizarse en España las transfusiones directas brazo a brazo. El incremento de la demanda transfusional condicionó el desarrollo de una organización autosuficiente y vertebrada hacia la necesidad de la posguerra.

El Dr Frederic Duran Jordà fue pionero en la ingeniería sanitaria de la época y estableció las bases de los actuales bancos de sangre.

Nuestra perspectiva está basada en la evolución y el progreso que fomentó dicho personaje, hasta el desarrollo actual de las funciones propias enfermeras, sus competencias y reconocimiento.

**ABSTRACT:** The synthetic analysis of our work, is centred on the evolution of the figure of the professional nurse in the blood transfusion.

It is from 1936 when direct transfusions arm to arm in Spain were ceased. The demand increase in blood transfusion has conditioned the development of a sustainable organization and vertebrate toward the need of the postwar period.

Dr Frederic Duran Jordà was a pioneer in the sanitary engineering of the time and established the basis for current blood banks.

Our perspective is based on the evolution of the progress that the character building, until the current development of the functions nurses themselves, their powers and recognition.

## INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS

La profesión de enfermería, en España, ha recibido diferentes denominaciones: practicantes, matronas, ATS, D.U.E y Graduados en Enfermería, pero también incluimos a las damas de la Cruz Roja y religiosas ejerciendo de enfermeras. Nuestro objetivo de investigación: la descripción del emergente profesional en donación/transfusión sanguínea, qué formación se requería, qué utensilios tenía a su disposición o qué funciones dependían de su responsabilidad. En la mayoría de fuentes sólo se nombra al cuerpo médico, por ello la dificultad de encontrar referencias en un tema sanitario tan específico.

## MATERIAL Y MÉTODO

Mediante un método analítico sintético y un recorrido cronológico, hemos explorado la aparición de la figura del asistente/enfermero en el campo de la transfusión sanguínea. Nos centramos principalmente, en los antecedentes más próximos y la situación española.

La búsqueda se ha realizado a través de diferentes fuentes, donde haya podido haber presencia de este referente: periódicos, iconografías, biografías de personajes relevantes, bibliografías y testimonios.

Podríamos decir que la enfermería transfusional tiene 100 años de historia. Desde muy antiguo, se sabía que la sangre es uno de los humores del cuerpo y uno de los elementos primordiales de la vida, al que muchas veces se le atribuyeron propiedades mágicas. Se efectuaban sangrías relacionadas con las creencias y constan algunos experimentos médicos aislados. Una transfusión sanguínea, a principios del s.XX, sólo se realizaba en contadas ocasiones. Por ejemplo: "En Barcelona, en los inicios de 1930, sólo se realizaba una transfusión diaria, brazo a brazo"<sup>1</sup>.

Durante la I Guerra Mundial (1914-1918) se evidenció la necesidad de requerimientos transfusionales, pero fue la II Guerra Mundial (1939-1945) y en España, la Guerra Civil (1936-1939), la que supuso un campo de pruebas para el desarrollo de la transfusión sanguínea, e hizo necesaria la organización de cursos acelerados, para médicos y enfermeras.

En España ambos bandos dispusieron de Servicios de Transfusión, aunque utilizaron técnicas de obtención y transfusión diferentes: En el bando nacional: el Dr. Carlos Elósegui. En el bando republicano: el Dr. Durán Jordá y el Dr. Norman Bethune.

Es a partir de ese momento cuando empezamos a encontrar indicios de la enfermería transfusional:

El Dr. Bethune, hacia 1937, aparece en una fotografía<sup>2</sup>, junto a una enfermera y su Unidad Canadiense de Transfusiones, en un punto indeterminado de España.

El Dr. Elósegui, practicando una transfusión con sangre estabilizada. En su equipo quirúrgico aparecen enfermeras y practicantes ayudando en las transfusiones<sup>3</sup>.

En la fotografía que mostramos a continuación: el Dr. Durán Jordá, aparece al fondo, realizando una extracción de sangre en el Hospital 18 del Servicio de Transfusión de Sangre de Barcelona en 1937. En primer término Alfred Benlloch, auxiliar de laboratorio. Los otros dos extractores podrían ser alguien de su equipo: Antonia Tort, Vicenta Villaró, Antoni Montfort... "Antonia Tort, enfermera, realizaba las extracciones de sangre tanto en el centro como en colectas llevadas a cabo en fábricas de Barcelona y alrededores. Solía formar equipo con un médico, porque habitualmente había dos personas para realizar una sangría. Vicenta Villaró, empezó como auxiliar, pero se sacó el título de enfermera, acompañaba al Dr. Duran en la mayoría de desplazamientos al frente. Antoni Montfort, ejerció de practicante"<sup>4</sup>.

El Dr. Durán, por orden del Gobierno de la República, desarrolló una organización autosuficiente; organizó a los donantes, diseñó un frasco para la sangre transportable y garantizó la distribución donde se precisaba. Estas estructuras consiguieron una mayor capacidad para la transfusión, gracias a la formación del personal, enfermeras y asistentes. Su formación sería un elemento determinante en la realización correcta del Acto Transfusional.



Fuente: [www.galeriametges.cat](http://www.galeriametges.cat)

Explica también, qué analíticas se realizaban (grupo sanguíneo, Lues, cultivo bacteriológico) y cuáles eran los criterios de exclusión de los donantes (antecedentes de paludismo, "mellitus", menores 18 años..). Estos datos hacen patente la preocupación por la seguridad tanto del donante como del receptor. Consideramos, por la forma de organizarse, que estableció las bases de los servicios de transfusión y de los actuales bancos de sangre y tejidos.

Terminada la Guerra Civil Española, con el desarrollo de la hemoterapia, los servicios de transfusión fueron una parte más de la estructura hospitalaria. Cada centro se organizó de una forma diferente. Se crearon servicios en las Direcciones Provinciales de Sanidad, en los Hospitales Provinciales de las Diputaciones y en algunos centros de la Cruz Roja.

En 1947 se cita al "Dr. Lucea que, junto a las enfermeras Pilar Seriola y Julia Bayona, realizaron la primera transfusión en el Servicio Permanente de Transfusión de Sangre de Navarra"<sup>5</sup>.

Nos parece importante destacar como en un manual<sup>6</sup> para practicantes, matronas y enfermeras de 1947, consta un capítulo teórico-práctico sobre la transfusión sanguínea. En él explica la importancia de reconocer los síntomas de anemia, como se producen situaciones que requieren una "precoz transfusión", criterios de exclusión de donantes, la técnica de realización del grupo sanguíneo y las técnicas más sencillas de transfusión.

Durante la segunda mitad del s.XX, la aparición de enfermedades como el SIDA y la hepatitis C, obliga a extremar la seguridad. El miedo supone una disminución del número de donantes, lo que requiere potentes campañas a través de la prensa y la radio. Muchos centros terminan por unificarse.

En España se creará la Red Nacional de Bancos de Sangre en 1965 y en 1972 se puso en marcha el programa de Acreditación (PABAS).

En Cataluña; con la industrialización y el aumento constante de población, se hizo necesaria la creación de más servicios de transfusión.

En Manresa (1965-1981), lo gestionó una antigua Dama de la Cruz Roja, Rosa Miquel, que "consiguió tener fichas de donantes, de más de un 10 por ciento de la ciudad"<sup>7</sup>.

Durante los años 70, en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona, un relato<sup>8</sup>, nos explica su preocupación por la captación de donantes; se encargaba de llamarlos por teléfono, o realizaba requerimientos a través de los altavoces del hospital (él mismo fue donante en varias ocasiones). También realizaba las extracciones a los donantes, serologías y separación de componentes (concentrado hematíes, plasma, plaquetas). Cuando el médico solicitaba la transfusión, el mismo realizaba la extracción de la muestra del paciente, el grupo sanguíneo, la prueba cruzada, seleccionaba el hemoderivado idóneo y lo entregaba al personal encargado de ese paciente en concreto.

En el año 2006, el Banco de Sangre que había ubicado en la Clínica Mutua de Terrassa desde 1980, se incorporó al Banc de Sang i Teixits de Catalunya. Durante esa época, el personal de enfermería, participó en todo el proceso, desde la captación de donantes, hasta el suministro seguro del hemoderivado. El trato al donante era primordial para fidelizarlo.

Actualmente los profesionales de enfermería, que trabajamos en el Banc de Sang i Teixits de Catalunya, disponemos de un amplio abanico de herramientas para nuestro desarrollo. Entre ellas, nacen funciones que anteriormente eran propias de otros profesionales, como las funciones de gestión, docencia e investigación, así como nuevas actividades, que generan calidad en el cuidado más eficiente, tanto para el individuo, la población, como para la misma enfermería. Desde el punto de vista asistencial, emerge la figura interdisciplinar de la enfermera en los comités de transfusión, enfermera responsable de la hemovigilancia, así como el papel en las sesiones de comités en pacientes receptores de progenitores hematopoyéticos. En el ámbito de la investigación, la enfermería, dispone de profesionales cada vez más concienciados en la necesidad de abastecer la evidencia científica, con publicaciones, artículos, estudios y libros, que contribuyen a mejorar la calidad del cuidado dentro de los centros de transfusión. Estas investigaciones, cada vez más numerosas, tienen un espacio propio para su presentación, los congresos de especialidad en hemoterapia (SETS) y aquellos de ámbito puramente enfermero (ANEH). En el ámbito de la docencia, la enfermera de banco de sangre ejerce su facultad, tanto en el entorno asistencial, formando a técnicos de laboratorio y estudiantes del Grado de Enfermería, como en la docencia de los profesionales de nueva incorporación. En el ámbito de la gestión, como función, es innata en el profesional enfermero de banco de sangre, sin embargo, su reconocimiento se manifiesta a partir de la defensa de la enfermera como profesional autónomo.

Nuestra actividad también se amplía con la gestión de diferentes tejidos, como los huesos, cartílagos, córneas, colirios, sangre de cordón y leche materna.

La modernidad de nuestra profesión está marcada por una variedad de hitos, como el reconocimiento social y legal con el Decreto 2128/1977, con el que nace la Diplomatura Universitaria, o la más reciente regulación de las especialidades, en las que la enfermería transfusional, se vincula a la especialidad médico-quirúrgica. La enfermera que trabaja dentro de los bancos de sangre, dispone de herramientas y las facultades para el desarrollo propio de su profesión. De este modo emerge un profesional que, en el ámbito sanitario, dispone de autonomía para el desarrollo. Las actividades que anteriormente realizaban por prescripción de otro profesional, ahora forman parte de sus funciones que está limitada al ámbito interdisciplinar, la mayoría de las veces relacionadas con el acontecer asistencial.

## **RESULTADOS**

El papel del enfermero transfusor está constatado que estuvo, desde el inicio, en el desarrollo de las transfusiones. La prescripción de la transfusión ha sido indicada por el facultativo, sin embargo, la transfusión ha comportado la intervención del asistente. Documentalmente resulta bastante anecdótico encontrar marcas o registros donde intervengan los enfermeros, a diferencia del gran número de informes, tratados y documentos, que reflejan el curso de la historia donde figura el cuerpo médico.

## **CONCLUSIÓN**

Actualmente más de un tercio de los profesionales, que trabajan en los bancos de sangre y tejidos, son enfermeros con una formación altamente especializada y eficiente. Su papel es básico en la hemoterapia, así como en la docencia y la investigación.

La Hemovigilancia, es decir, la vigilancia del donante, la vigilancia del producto, la vigilancia del receptor, aquellos cuidados que el profesional de enfermería siempre ha realizado, ahora tienen nombre, y se le relaciona directamente como eslabón clave en ella.

Pero aunque las funciones y competencias de la enfermería transfusional, actualmente están ampliamente descritas y protocolarizadas, el reconocimiento social y laboral aún tiene camino por recorrer.

### CITAS

1. Grífols i Espés J,1997
2. [www.collectionscanada.gc.ca](http://www.collectionscanada.gc.ca) : MIKAN 3194604
3. Cortés Laíño J. Historia de la Anestesia en España 1847-1940. Madrid: Aran Ediciones, 2005. P. 215.
4. Grífols i Espés J,1997.P.62-64.
5. [www.adona.es/historia](http://www.adona.es/historia)
6. Box Maria-Cospedal,1947
7. Piñero J. Creu Roja a Manresa: un segle d'història 1898-1998. Manresa: Angle, DL 1998.P.92.
8. Yuji Kurasaki, Asistente Técnico Sanitario

### BIBLIOGRAFÍA

- Grífols i Espés J, Frederic Duran i Jordà. Un mètode, una època. Barcelona: Hemo-Institut Grífols; 1997.
- Lozano Molero, M. Passat i actualitat de l'obra de Frederic Duran i Jordà. R. Acad. Med. Catalunya (Barcelona). 2006; 21(2): 66-67.
- Baños JE, Guardiola, E. Frederic Duran i Jordà. El mètode de Duran. Fundació Dr. Antoni Esteve (Barcelona). 2011; 22(14): 67-72.
- Torrella F. La Mútua i Terrassa cent anys d'història 1900-2000. Barcelona: Lunwerg editores; 2000.
- Box Maria-Cospedal V. Manual teórico-práctico para practicantes, matronas y enfermeras. Madrid: Instituto editorial Reus, 1947. P. 455-57.

### AGRADECIMIENTOS:

Antonio González González, Pilar Riquelme, Ramón Salinas, Banc de Sang i Teixits de Catalunya.





# CAMPOS DE INCERTIDUMBRE DE LAS ENFERMERAS ESPAÑOLAS EN LAS UNIDADES DE CUDADOS INTENSIVOS

## *Uncertain fields of spanish nurses in intensive cares units*

Pérez Loza, Isabel

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Gualdrón Romero, María Alexandra

Servicio Cántabro de Salud. Santander

**PALABRAS CLAVE:** Unidades de cuidados intensivos, Atención de Enfermería, Investigación en Enfermería.

**KEY WORDS:** Intensive care units, Nursing care, Nursing reserch.

**RESUMEN:** El objetivo es analizar mediante una revisión bibliométrica la producción científica existente sobre la investigación de la Enfermería española en las Unidades de cuidados intensivos.

**ABSTRACT:** The objetive is analyzed by a bibliographical review of existing scientific literature on the research of Spanish Nursing in intensive care units.

Es un estudio descriptivo, analítico de las publicaciones científicas españolas de Enfermería en Cuidados Intensivos durante 2010-2014.

It is a descriptive and analytical study of the Spanish scientific publications in Intensive Care Nursing during 2010-2014.

Fueron encontrados 68 artículos y seleccionados 3 (5%) que cumplían con los criterios pertinentes, con diversas temáticas.

68 items were found and selected three (5% ) who met the relevant criteria, with different themes.

Aún no existe suficiente producción científica en las bases de datos que respalde la investigación de Enfermería en el campo de los cuidados intensivos.

Despite the changes and developments in the profession, there is not enough scientific production databases to support nursing research in the field of intensive care.

## **INTRODUCCIÓN**

La investigación se define como un cuestionamiento concienzudo y sistemático para validar y mejorar el conocimiento ya existente y generar nuevo conocimiento; y en enfermería, la podríamos definir como un “proceso científico que valida y mejora el conocimiento existente y genera nuevo conocimiento que influye en la práctica enfermera, directa o indirectamente” (1).

Desde hace algunos años las enfermeras/os han intentado desarrollar la práctica autónoma de la profesión, quizás como ningún otro grupo ha deseado convertir la especialidad en una disciplina científica, pocos no han sido los esfuerzos para delimitar un área particular de pensamiento que guíe la práctica, investigación, formación y la gestión en enfermería.

La circunstancia más importante dentro de la profesionalización de la Enfermería en España fue la vinculación de los estudios a la Universidad, esto ha hecho posible que se configure una profesión sanitaria emergente, especialmente la implantación de los estudios de Grado en Enfermería dentro del plan Europeo de educación superior dando acceso directamente al Máster y al Doctorado, circunstancia que ha supuesto mayor adquisición del rol autónomo y con ello el mayor desarrollo de las competencias en materia de investigación.

El avance en el campo de investigación en enfermería genera nuevo conocimiento, que permite avanzar como profesión, consolidando el estatus de la disciplina y fundamentando científicamente los cuidados, adaptándolos a la demanda social y tecnológica (2).

Con respecto a las Ucis y el nivel de responsabilidad clínica que permite resolver con prontitud diversas situaciones agudas, el trabajo del personal de enfermería se caracteriza por actividades asistenciales complejas cuyas conductas están directamente relacionadas con la vida y la muerte de las personas. En este contexto, la investigación debe desarrollarse paralelamente al avance tecnológico con el fin de satisfacer las necesidades de las personas por mantener y mejorar la calidad humana de los cuidados en la atención al paciente (3).

## **OBJETIVOS**

Analizar mediante una revisión bibliométrica la producción científica existente sobre los campos de incertidumbre de la investigación de la Enfermería española en las Unidades de cuidados intensivos.

## **METODOLOGIA**

Se diseñó un estudio descriptivo, analítico de las publicaciones científicas españolas de Enfermería en Cuidados Intensivos en diferentes bases de datos y repositorios durante los años 2010-2014, y posteriormente se clasificaron los registros encontrados en las categorías: procedimientos- protocolos, cuidados de enfermería, historias- experiencias, actividades interdependientes, gestión- calidad, ética- legislación.

## **FUENTES**

Las fuentes secundarias elegidas fueron Bases de datos y repositorios incluidos en la biblioteca virtual Marquesa de Pelayo del Sistema Sanitario Público de Cantabria.

## **EXPOSICIÓN DE RESULTADOS**

La búsqueda proporcionó en total 68 artículos, de los cuales fueron seleccionados 3 (5%) que cumplieran con los criterios pertinentes, la base de datos que más registros pertinentes proporcionó fue Dialnet con 2 (67%), y 1 (33%) en MEDES. Teniendo en cuenta la temática de los registros, el

33% se relacionaban con cuidados de Enfermería, el 33% con narrativas, historias de vida, experiencias y el 33% restante con procedimientos y protocolos.

Temas de incertidumbre	BIREME	MEDES	CUIDATGE	DOCUMED	ENFISPO	IME	CUIDEN PLUS	DIAL-NET	SCIELO
Protocolos, procedimientos, guías	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cuidados de Enfermería	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Narrativa, historia de vida, experiencias	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Actividades interdependientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gestión y calidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ética, legislación y sociedad	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total encontrados	0	3	0	50	0	0	0	15	0
Valido	0	1	0	0	0	0	0	2	0

### CONCLUSIONES:

A pesar de los cambios y la evolución de la profesión, aún no existe suficiente producción científica en las bases de datos que respalde la investigación de Enfermería en el campo de los cuidados intensivos, y la documentación existente no utiliza adecuadamente el método científico, ya que como se ha podido demostrar en los resultados de este trabajo, a penas se han encontrado artículos que permitan desarrollar la estrategia de búsqueda a partir de las palabras clave.

Es evidente que la enfermería a comenzado a desarrollar la investigación configurando una fuente de conocimientos importantes basados en la evidencia científica propia. Dando como resultado la preocupación de los profesionales por investigar en el área de cuidados específicamente, las familias y la relación con ellas ocupan gran parte de la incertidumbre enfermera junto con ámbitos interdependientes de la disciplina.

En definitiva necesitamos seguir avanzando en el campo de la investigación, llevar a cabo el rigor en el método científico, publicar, difundir resultados y llevarlos a la práctica clínica para enriquecerla y desarrollarla supone el fin último de la prestación de cuidados excelentes.

### BIBLIOGRAFIA:

1. Varela Curto, Md; Sanjurjo Gómez, MI; Blanco García, F.J. La investigación en enfermería. Rol de Enfermería. *Enfuro*, 2012, (121):19-21. [en línea] [fecha de acceso 31 de Marzo de 2015]. Disponible en: <file:///C:/Users/ubib105/Downloads/Dialnet-LaInvestigacionEnEnfermeriaRol-DeLaEnfermeria-4093900.pdf>.
  2. Cavada Bustamante, NC. Trabajo de fin de Grado: El rol autónomo en enfermería. Junio 2014. [en línea] [fecha de acceso 31 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5199/CavadaBustamanteNC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
  3. Rosello Hervás, M, Valls Andres, S. Determinación del perfil de enfermería en las unidades de cuidados intensivos cardiológicos según sus competencias. *Enfermería en cardiología*. 2012. 57(3):51-58. [en línea] [fecha de acceso 31 de Marzo de 2015]. Disponible en: [http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/57\\_06.pdf](http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/57_06.pdf).
- Sistema Sanitario Público de Cantabria. (2015). Biblioteca Marquesa de Pelayo. Citado en enero 26, 2015, de Servicio Cántabro de Salud. Sitio web: <http://biblioteca.humv.es/>



# CELULITIS INFECCIOSA Y EL PROCESO ENFERMERO EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

## *Infectious Cellulitis and the nursing process in domiciliary hospitalization*

Laura Pardo Fernández

Patricia María Gutiérrez Cordero

María Teresa Baños Canales

Hospital Universitario Marques de Valdecilla, Santander

**PALABRAS CLAVE:** Hospitalización domiciliaria. Proceso enfermero. Celulitis.

**KEY WORDS:** Home hospitalization. Nursing process. Cellulite.

**RESUMEN:** La hospitalización domiciliaria (HD) es una alternativa cómoda y segura para el tratamiento de la celulitis, dado que se trata de una patología aguda que los cuidados que desencadena se pueden asumir en el domicilio con la colaboración del paciente así como su entorno familiar.

Una valoración de enfermería basada en las necesidades humanas según Virginia Henderson, nos facilita la identificación de alteraciones en la salud de la persona que nos llevan a la búsqueda de respuestas humanas con el fin de restablecer la salud de la persona.

En este caso clínico planteado se corrobora que el proceso de atención de enfermería es indispensable para la restauración de la salud de la persona.

**ABSTRACT:** Home hospitalization (HD) is a convenient and safe for the treatment of cellulite alternative, since it is an acute disease that triggers care can take at home in collaboration with the patient and their family.

A nursing assessment based on human needs according to Virginia Henderson, facilitates the identification of alterations in the health of the person that lead to the search for human responses to restore the health of the person.

## 1.- INTRODUCCIÓN

La hospitalización domiciliaria (HD) es una alternativa asistencial a la hospitalización convencional para aquel paciente que requiera, de forma urgente o programada, cuidados propios de un hospital de agudos, que son proporcionados en su propio domicilio, por personal cualificado de dicho hospital, con idéntico grado de eficacia y seguridad.

La celulitis es una inflamación de los planos profundos de la piel (dermis), y posiblemente del músculo subyacente, con diseminación difusa, por lo general causada por bacterias Streptococcus o Staphylococcus, este tipo de afectación se trataron en HD en 2014 un total de 67 pacientes, 32 de ellos mujeres (47.8%) y 35 varones ( 52.2%).

## 2.- OBJETIVOS:

- Identificar los problemas de salud del paciente.
- Elaborar un plan de cuidados individualizado basado en la terminología NANDA-NIC-NOC.

## 3.- METODOLOGÍA:

Elaboración de un plan de cuidados de enfermería individualizado según la taxonomía NANDA-NIC-NOC diferenciando complicaciones potenciales y diagnósticos enfermeros.

## 4.- DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Mujer de 58 años de edad, que acude al servicio de Urgencias por cuadro de mal estar general y tiritona acompañado de enrojecimiento, inflamación y dolor de extremidad inferior inferior derecha, sin antecedentes de traumatismos previos ni heridas. Tras realizar analítica de urgencia y exploración de la extremidad, se diagnostica de celulitis de extremidad inferior derecha de origen desconocido. Ingresa en el servicio de hospitalización domiciliaria para tratamiento endovenoso y control evolutivo.

La paciente no padece patología crónica alguna, sin tratamiento habitual. No alergias medicamentosas.

Durante el ingreso se observa mala evolución inicial de la extremidad, por lo que se recoge cultivo aislándose pseudomona aeruginosa, iniciándose tratamiento con antibioterapia endovenosa por antibiograma y curas locales.

Tras 24 días de ingreso en el servicio es dada de alta por resolución de la patología aguda.

## 5.- VALORACIÓN SEGÚN LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DE V. HENDERSON:

Necesidad de Respirar: Sin alteraciones. Frecuencia respiratoria 16 resp/min; Frecuencia Cardíaca 72 lat/min, Tensión Arterial 140/70 mmHg.

Necesidad de comer y beber: Sin alteraciones. Dieta mediterránea. Talla 152 cm. Peso 79 kg.

Necesidad de Eliminar: Sin alteraciones.

Necesidad de moverse y mantener una buena postura: Sin alteraciones.

Necesidad de Dormir y Descansar: Sin alteraciones.

Necesidad de vestirse y desvestirse: Sin alteraciones. Independiente para esta necesidad.

Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales: al ingreso temperaturas previas elevadas debido al proceso inflamatorio e infeccioso que padece. Temperatura máxima 38° C

Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos: Independiente para las ABVD, Bar-

thel 100. Piel integra, con signos de buena hidratación, normocoloreada salvo miembro inferior derecho que presenta eritema, calor y rubor, acompañado de edema en toda la extensión.

Necesidad de evitar los peligros: Capacidad de autoprotección conservada. Refiere dolor EVA 6, manejo autónomo del dolor hasta el ingreso.

Necesidad de comunicarse: Consciente y orientada en lugar, tiempo y espacio, concedora de la situación actual.

Necesidad según sus valores y creencias: Sin alteraciones.

Necesidad de ocuparse para realizarse: Sin alteraciones.

Necesidad de recrearse: Sin alteraciones.

Necesidad de aprender: Sin alteraciones.

## 6.- PLAN DE CUIDADOS:

(00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	
Factores de riesgo (3): - Alteración de la circulación. - Alteración de la sensibilidad. - Factores Mecánicos.	
Resultados NOC	
1101 - Integridad Tisular: piel y membranas mucosas	110103 – Elasticidad. 110104 – Hidratación. 110107 – Coloración. 110113 – Piel intacta.
Intervenciones NIC	
3590 – Vigilancia de la Piel	Actividades (4): 359001 – Comprobar la temperatura de la piel. 359005 – Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel. 359008 – Observar si hay fuentes de presión y fricción. 359012 – Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.
6550 – Protección contra las infecciones	Actividades (2): 655015 – Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas. 655020 – Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.

### Complicaciones Potenciales:

- Ulcera.

Objetivos de enfermería

- Detectar los signos y síntomas de la inestabilidad fisiológica.
- Poner en práctica, de forma segura, las órdenes y protocolos médicos.

Intervenciones y actividades de enfermería:

- Observar incremento de signos y síntomas de infección:



- Calor.
  - Rubor.
  - Dolor.
  - Edema.
- Recogida de muestras según orden médica: sangre, cultivos, etc.
  - Administración de tratamiento farmacológico según pauta medica.
  - Seguir las cinco reglas de administración de la medicación: paciente correcto, hora correcta, medicamento correcto, dosis correcta y vía de administración correcta.
  - Durante el ingreso se produjo la pérdida de integridad cutánea así como mala evolución se describen con documentos fotográficos la evolución durante el ingreso.
    - 20/10/2014  
Eritema con edema y dolor, alto riesgo de pérdida de integridad cutánea. Plan de hidratante y tratamiento con AGHO.
    - 28/10/2014  
Se objetivo alteración de la coloración tornándose violácea así como deterioro de la integridad cutánea. Se modifica plan de terapéutico, aplicándose cura con SSFF+ Parche hidrocoloide sobre lesiones estadio II. C/48h.
    - 11/11/2014  
Resolución de lesiones y alta en el servicio. Plan de continuidad de aplicaciones de hidratación en MMII.

## 7.- CONCLUSIÓN:

La HD es una alternativa cómoda y segura para el tratamiento de la celulitis, dado que se trata de una patología aguda que los cuidados que desencadena se pueden asumir en el domicilio con la colaboración del paciente así como su entorno familiar.

Una valoración de enfermería basada en las necesidades humanas según Virginia Henderson, nos facilita la identificación de alteraciones en la salud de la persona que nos llevan a la búsqueda de respuestas humanas con el fin de restablecer la salud de la persona.

En este caso clínico planteado se corrobora que el proceso de atención de enfermería es indispensable para la restauración de la salud de la persona.

## 8.- BIBLIOGRAFÍA:

1. Johnson M, Bulechek GM, Butcher H, Maas ML, McCloskey Dochterman J, Moorhead S, et al. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2º ed. Madrid: Masson Elsevier; 2007.
2. Heather Herman T. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación 2012- 2014. NANDA International. Madrid: Elsevier; 2003.
3. Moohead S, Jonhson M, Maas M.L, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5º Edición. Barcelona: Elsevier; 2013.
4. Alfaro- LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentarel cuidado en colaboración. 5º Edición. Barcelona: Masson; 2003.
5. Contel J.C, Gené. J, Peya. M, Atención domiciliaria. Barcelona; Springer- Verlag Ibérica; 1999.
6. Bisno A L, Stevens D L. Streptococcal infections of skin and soft tissues. N Engl J Med 1996.

7. Fisher MC, Coldsmith JF, Gilligan PH. Sneakers as a source of *Pseudomonas aeruginosa* in children with osteomyelitis following puncture wounds. *J Pediatr* 1985.
8. Saavedra T. Infectious skin diseases I: bacterial and fungal infections. *Medwave* 2007.
9. Sanroma P, Sampedro I, González CR, Baños MT. Recomendaciones clínicas y procedimientos en Hospitalización a Domicilio. Santander. HUMV. Santander. 2010.
10. Matthews et al. Outpatient Parenteral antimicrobial therapy (OPAT): is it safe for selected patients to self-administer at home?. A retrospective analysis of a large cohort over 13 years. *J Antimicrob Chemother* (2007) 60: 356-362.
11. Dobson et al. A model for Home Infusion Therapy Initiation and Maintenance. *J Infus Nurs* (2001) Vol.24,No.6:385 -394.



# TRATAMIENTO CON ERTAPENEM EN CENTROS SOCIO SANITARIOS CON HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO; UNA ALTERNATIVA SEGURA EN 2014

## *Ertapenem treatment in Public Health Centres whit Home Hospitalization; a safe alternative in 2014*

Laura Pardo Fernández

Hospital Universitario Marques de Valdecilla, Santander

Guisi Sgaramella

Hospital Universitario Marques de Valdecilla, Santander

Iciar Allende Mancisidor

Centro de Salud Bezana

**PALABRAS CLAVE:** Hospitalización a Domicilio, Centros Sociosanitarios, Ertapenem.

**KEY WORDS:** Home Hospitalization, Public Health Centers, Ertapenem.

**RESUMEN:** La coyuntura económica del siglo XXI ha reducido las plantillas de enfermería en los Centros Sociosanitarios (CSS), siendo frecuente que sólo se cubra el turno de mañana. Con ello las unidades de Hospitalización a Domicilio (HAD) que practican tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso (TADE) con apoyo de los cuidadores (S-OPAT: Self-Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy), ven limitada su labor asistencial en los CSS. Como solución se emplean en los CSS antibióticos de una dosis diaria, como el Ertapenem.

La hospitalización domiciliaria (HD) es una alternativa asistencial a la hospitalización convencional para el paciente que requiera, de forma urgente o programada, cuidados propios de un hospital de agudos, que son proporcionados en su propio domicilio, por personal cualificado de dicho hospital, con idéntico grado de eficacia y seguridad.

**ABSTRACT:** The economic situation of the XXI century has reduced templates nursing in Sociosanitarios Services (CSS), being often only the morning shift is covered. This drives Home Care (HAD) who practice home intravenous antibiotic treatment (TADE) with support from caregivers (S-OPAT: Self-Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy), are limited in their clinical work in CSS. As a solution used in the CSS daily dose antibiotics like Ertapenem.

Home hospitalization (HD) is assistance to conventional hospitalization for patients requiring alternative, express or scheduled, own care in an acute care hospital, which are provided in their own homes, by qualified personnel of the hospital, same degree of efficacy and safety.

## 1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, en los países de nuestro entorno, estamos asistiendo a un espectacular incremento en la esperanza de vida de sus ciudadanos. Mucha de la culpa de esta realidad la tiene la transformación en morbilidad de lo que antes era mortalidad, haciendo que la proporción entre enfermedades agudas y crónicas se decante cada vez más hacia éstas últimas. Esta situación se ha acompañado de un aumento en la cantidad de "ancianos frágiles" y ha generado un incremento en los costes socio-sanitarios por el aumento en la cantidad de años vividos con discapacidad.<sup>1</sup> Los ancianos son el principal grupo de edad en consumo de recursos sanitario.<sup>2</sup> La coyuntura económica del siglo XXI ha reducido las plantillas de enfermería en los Centros Sociosanitarios (CSS), siendo frecuente que sólo se cubra el turno de mañana. Con ello las unidades de Hospitalización a Domicilio (HAD) que practican tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso (TADE)<sup>3-4</sup> con apoyo de los cuidadores (S-OPAT: Self-Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy), ven limitada su labor asistencial en los CSS, pues la mayoría sólo asumen la administración del TADE en el turno de mañana. Como solución se emplean en los CSS antibióticos de una dosis diaria, como el Ertapenem, por sus características farmacocinéticas y farmacodinámicas.<sup>5</sup> La vida media del producto condiciona el intervalo entre dosis, por lo que Ertapenem parece idóneo para su utilización en los CSS, ya que se reduce la carga de trabajo por el cuidador, se minimizan las complicaciones (infección de catéter secundaria a la manipulación de los accesos venosos) y ocasiona menos interferencias en las actividades del paciente. La infusión intravenosa es de 1 g con 10 ml de API o suero salino 0,9%, durante un periodo de 30 minutos aproximadamente. Se puede administrar además intramuscular, en los casos en los cuales no dispongamos de catéter periférico, 1 g con 3,2 ml de lidocaína 1% sin epinefrina. Hay que diluir el medicamento en 50 ml de solución compatible inmediatamente después de la reconstitución. Su estabilidad a temperatura ambiente (entre 15 y 25°C) es de 6 horas y en nevera (entre 2 y 8°C) es de 24 horas.

## 2. OBJETIVO

Evaluar seguridad y eficacia del TADE con Ertapenem en régimen de HaD en los CSS.

## 3. METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de 62 pacientes que recibieron TADE con Ertapenem entre abril 2013 y abril 2014, procedentes de los 22 CSS incluidos en el área geográfica de cobertura de HAD. Cada paciente fue evaluado en el propio CSS o en el servicio de Urgencias del hospital antes de ser incluido en el programa de TADE en régimen de HaD. Se registraron datos demográficos, comorbilidad, localización de la infección, microorganismos aislados y duración del TADE. La seguridad se evaluó mediante las suspensiones por efectos adversos del tratamiento. La eficacia mediante la tasa de curación/mejoría, los fallecimientos y los reingresos (durante el TADE y a los 30 días).

## 4. RESULTADOS

La primera evaluación de los pacientes se realizó en el CSS en un 40% de los casos. La media de edad fue 88 años, con una proporción de mujeres del 71%. Al ingreso se calculó Índice de Charlson, observándose una media de 3,45 puntos. Los tipos de infección más frecuentes fueron respiratoria (56%), urinaria (27%), piel y tejidos blandos (10%). El Microorganismo causal era conocido en el 24% casos. Los Gérmenes más frecuentes fueron *Escherichia coli* (28%), *Proteus Mirabilis* (21%), *E. Cloacae* (13%) *K. Pneumonia* (13%) *Providencia* (13%), *Pseudomonas* (6%), *E. Faecalis* (6%). La media de visitas total de enfermería: 8.01, media de visitas urgentes: 0.62. Mientras que

en visitas medicas la media es de 5.08, media de visitas urgentes de 0.38. La duración media del TADE fue de 8,5 días. El tratamiento se suspendió por efectos adversos en el 3% de los casos. La tasa de curación/mejoría fue de 73%, con un 20% de fallecimientos. Un 3% de los pacientes reingresaron durante el TADE.

## 5. DISCUSIÓN – CONCLUSIONES

La hospitalización domiciliaria (HD) es una alternativa asistencial a la hospitalización convencional para aquel paciente que requiera, de forma urgente o programada, cuidados propios de un hospital de agudos, que son proporcionados en su propio domicilio, por personal cualificado de dicho hospital, con idéntico grado de eficacia y seguridad.<sup>6</sup> Gracias al empleo de Ertapenem en HAD se puede tratar en los CSS infecciones graves, subsidiarias por lo tanto de ingreso hospitalario, si necesidad de que el paciente abandone su entorno, evitando así su estancia prolongada en el hospital. La utilización de Ertapenem ofrece cobertura de infecciones complicadas o severas producida por flora mixta de aerobios y anaerobios adquiridas en la comunidad: en casos de infección de cavidad abdominal, infección de piel y tejidos blandos, infección pélvica aguda, disminuyendo la necesidad de dosis múltiples y de asociaciones de antimicrobianos. Su eficacia es demostrada en neumonía comunitaria e infección urinaria complicada. Tiene una excelente acción contra enterobacterias productoras de BLEE e híper productoras de Amp C, constituyendo una importante alternativa a los carbapenems tradicionales en esta indicación. Su farmacocinética y farmacodinámica apoyan la mono dosis diaria, fácil de administrar y su dosificación es sencilla en la disfunción renal. La eficacia clínica en pacientes ancianos está demostrada en diferentes estudios y garantizada por la buena tolerancia.

La muestra de nuestro estudio tiene una edad media elevada (88 años), con un índice de Charlson medio de 3.45, correspondiente a una supervivencia estimada a los 10 años del 67%.<sup>7</sup> La tasa de exitus ha de considerarse en un contexto clínico de pacientes de edad avanzada, pluripatológicos, muchos de ellos en situación de fragilidad. Por otro lado, hay que tener presente que el 56% de ellos ingresaban por una infección respiratoria, a menudo ocasionada por una broncoaspiración, y que ya habían sido tratados previamente con ciclos de antibioterapia, sin mejoría. Entendemos que en este contexto de pacientes frágiles y procesos potencialmente graves, una tasa de exitus del 20% no debe considerarse un resultado negativo.

La colaboración del personal de enfermería de los CSS en el TADE se ha facilitado con el empleo de Ertapenem, gracias a sus características. Evitando el ingreso hospitalario convencional de estos pacientes frágiles se ha conseguido un ahorro importante de costes sin menoscabo en la seguridad y la eficacia del tratamiento.<sup>8</sup> El uso de Ertapenem en los CSS en régimen de HAD permite el TADE de infecciones graves de una forma segura y eficaz, llevando aparejado un ahorro significativo de costes para el sistema nacional de salud y garantizando una disminución de la carga asistencial por el personal de enfermería de los CSS.<sup>9</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Baztán Cortés JJ, González-Montalvo JI, Solano Jaurieta JJ, Hornillos Calvo M. Atención Osanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 2000;115:704-717.
2. Fernández-Miera MF, Escalada Sarabia C, Sampedro García I. Manejo del paciente pluripatológico en una unidad de hospitalización domiciliaria. *Med Clin (Barc)*. 2005;126:37-38.
3. Hazas J, Sampedro I, Fernández-Miera MF, García de la Paz AM, Sanroma P. Un programa de antibioterapia intravenosa domiciliaria. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1999;17:463-9)

4. Mirón Rubio M; Estrada Cuxart O; González Ramallo VJ, coord. Tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE). 1ª edición. Madrid: Sociedad Española de Medicina Interna y Elsevier España, 2008. 422 p. ISBN 978-84-691-3742-0.
5. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AGEMED). Disponible en: <http://www.aged.es/>.
6. Fernández-Miera MF, Misas Martínez ML, et al . Circuitos asistenciales alternativos en un hospital moderno. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* 2005;6(2-3):15-24.
7. Charlson ME, Charlson RE, Paterson JC, et al.: The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primare care patients. *J Clin Epidemiol* 2008; 61(12): 1234-1240.
8. Frick KD, Burton LC, Clark R, Mader SI, Naughton WB, Burl JB et al. Substitutive Hospital for older persons: effects on costs. *Am J Manag Care* 2009.
9. Fernández-Miera MF, Misas Martínez ML, et al . Circuitos asistenciales alternativos en un hospital moderno. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* 2005;6(2-3):15-24.

# PERCEPCION SUBJETIVA DEL PAPEL DEL ENFERMERO RURAL: INFLUENCIA EN LOS ROLES SOCIALES DE LA POBLACION

## *Subjective perception of rural nurse rol: influence in the social roles of the population*

Saiz Sánchez, Avelino  
Quijano Cuadrado, Diego

ZBS Torrelavega-Cartes, Gerencia de Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería Rural, Determinantes Sociales de La Salud, Relaciones Interpersonales.

**KEY WORDS:** Rural Nursing, Social Determinants Of Health, Interpersonal Relations.

**RESUMEN:** Determinar la influencia social de la enfermera en un núcleo de población rural, es el principal objetivo del trabajo, acercándose a los significados que los pacientes asignan a la enfermedad, a los comportamientos y a los sentimientos, para incorporarlos al cuidado.

**ABSTRACT:** Determining the social influence of the nurse in a core of rural population is the main objective of the work, approaching the meanings assigned patients to disease, to the behaviors and feelings, to incorporate the care.

Se realiza un estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas a sujetos de distintas características, de un cupo de Atención Primaria enclavado en una zona rural. Del discurso de los pacientes se extraen que existe un reconocimiento social al personal de enfermería de la zona rural, equiparándolo en importancia al de otros profesionales sanitarios.

A qualitative study was performed using semi-structured interviews with subjects of different features, a quota of Primary Care located in a rural area. From the speech of patients are extracted that there is a social recognition to nurses in rural areas, comparing in importance to other health professionals.



## INTRODUCCIÓN

La Enfermería, además de contemplar el componente biológico del individuo, está basada y enfocada en aspectos psicosociales, culturales y humanísticos, lo que ha conllevado a que su práctica se caracterice por una mirada biopsicosocial del ser humano.<sup>1</sup>

La investigación cualitativa es holística. Esto es, el investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva de totalidad; las personas, los escenarios o los grupos, no son reducidos a variables, sino considerados como un todo integral.<sup>2</sup>

“La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad”.<sup>3</sup>

La estructuración de la Atención Primaria de Salud en España, en Zonas Básicas de Salud, que es el territorio de influencia de un centro de salud, puede abarcar uno o varios barrios, pueblos o ciudades, cuyas distancias hace que en muchas ocasiones el centro de referencia diste de los enclaves rurales y se necesite de consultorios rurales que acerquen a la población los servicios sanitarios.

Estos centros son periódicamente visitados por un equipo multidisciplinar, en el cual el enfermero<sup>1</sup> cumple un rol fundamental tanto en la organización de los programas de salud, la gestión de las visitas domiciliarias, como en la atención directa a la población rural. Así, el enfermero rural desarrolla un rol importante en la gerencia de los servicios y programas de salud, dado que aborda el proceso de salud desde el análisis y priorización de la situación hasta la evaluación y control de las acciones sanitarias.

En consecuencia la definición, construcción y ejecución del rol del enfermero en tanto profesional de salud constituye un fenómeno de gran importancia para la salud rural. Desde una perspectiva sociológica, el rol profesional<sup>4</sup> se define como la construcción de una imagen social que se constituye en interacción con la comunidad o público, el cual perfila la identidad de este sujeto de acuerdo a su experiencia en el ámbito de sus necesidades.

El concepto de imagen<sup>5</sup> se refiere a la figura, representación, semejanza o apariencia percibida por las personas respecto de este sujeto. En este contexto, se señala que la imagen del enfermero es definida como una red de representaciones sociales en la que se involucran conceptos, afirmaciones y explicaciones sobre una práctica de trabajo.

De este modo, el rol es el conjunto de caracteres que hacen que alguien sea reconocido sin posibilidad de confusión con otro, lo que corresponde al imaginario o percepción que la población tiene del perfil del profesional. De este modo, la construcción de la identidad profesional<sup>6</sup> implica un proceso dinámico entre un hacer y un percibir hacer, el cual está determinado por el contexto histórico, social, cultural, político y económico en que éste se desarrolla.

Partiendo de estas premisas analizamos la percepción del rol del enfermero rural e intentamos analizar la influencia social del mismo. Hildegard Peplau<sup>7</sup>, construyó un modelo de cuidado para enfermería que plantea cómo en las relaciones interpersonales con los pacientes, la enfermera puede acercarse a los significados que éstos asignan a la enfermedad, a los comportamientos y a los sentimientos, para incorporarlos al cuidado.

---

1 A efectos de este trabajo se utiliza la terminología “enfermero”, para denominar al personal de enfermería, independientemente de su género.

## OBJETIVO:

Determinar la influencia social del enfermero en un núcleo de población rural.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas a veinte (20) sujetos de distintas características, extraídos mediante selección aleatoria de participantes de un cupo de Atención Primaria enclavado en una zona rural. (Zona Básica de Salud Torreavega-Cartes. Servicio Cántabro de Salud). Las conversaciones fueron grabadas en su totalidad y transcritas posteriormente. Tras la lectura repetida de las mismas se agrupa la información obtenida en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas similares<sup>8</sup>, posteriormente se realizó el análisis del discurso producido y la elaboración de las conclusiones en función del objetivo del estudio.

## RESULTADOS

Los resultados se organizan a partir del discurso de los pacientes, adaptando el mismo a la teoría del rol<sup>9</sup> en el funcionalismo que define el rol como una serie de expectativas que la sociedad tiene sobre un individuo.

### Rol esperado

El rol ejercido puede coincidir o no con el comportamiento que se espera por parte del individuo. Cuando coincide se denomina rol esperado. De la disertación de los pacientes durante las entrevistas se comprobó que todos ellos sin diferencia de género y edad conocen las funciones del personal de enfermería.

Visión asistencial: "Acudo cada dos meses para el control de la diabetes, me controla la dieta, el ejercicio y el tratamiento" (E001); "Mi padre padece hipertensión, y el enfermero le hace los controles de medicación, dieta, ejercicio y analíticos" (E002); "Suelo tener úlceras en las piernas, y le visito cada poco tiempo para las curas y el seguimiento de la enfermedad del corazón que padezco" (E004).

Visión educadora: "Me ha enseñado a controlar mi diabetes" (E008); "Nos ha dado charlas sobre la vejez y cómo, eso nos ayuda mucho y nos anima a hacer más cosas" (E010); "Con su ayuda hemos adaptado la habitación de mi madre, hemos aprendido a prevenir las úlceras por presión y a alimentarla mejor" (E015).

Visión administrativa/gestión: "Me controla la medicación y me da las recetas que necesito. Confío en su buen hacer." (E019); "Me hizo un informe para mi madre, lo necesitaba para la "ley de dependencia". (E018); "No sé qué haríamos sin él, nos arregla todos los papeles, aunque nos riñe si vamos sin cita" (E015).

Del discurso de los pacientes se extraen que existe un reconocimiento social al personal de enfermería de la zona rural, equiparándolo en importancia al de otros profesionales sanitarios. "el enfermero es tanto o más importante que el médico para mí" (E001); "la confianza que me aporta no lo hacen el resto de profesionales" (E005)

### Rol adquirido

El rol adquirido requiere actividad o esfuerzo por parte de quien lo ejecuta y depende de su propia decisión, este concepto emergió como un tema relevante durante las entrevistas, dado que constituye el pilar fundamental en la definición del rol del enfermero rural. Los informantes representan este concepto con la idea de pertinencia, y pertenencia "se preocupa de la salud de los an-

cianos" (E020), "siempre me pregunta por la familia" (E002), "está al tanto de lo que le pasa a uno" (E007); y cuidado asociado a calidad representada por "atiende siempre con una sonrisa" (E001), "escucha siempre mis problemas y me alivia" (E018), y "da consejos buenos" (E009).

La relación interpersonal traspasa en ocasiones la relación terapéutica lo que hace del personal de enfermería un sujeto imprescindible en la atención de los problemas sanitarios; "como vive en el pueblo muchas veces le preguntamos en el bar sobre los problemas de salud" (E001); "a veces se toma un café con nosotros" (E008); "yo le quiero como a un hijo" (E003).

### **Conflicto del rol**

Existe un estresor entre los pacientes y es, el cambio de profesional ante la inestabilidad de la situación laboral actual del enfermero. "Después de tanto tiempo no sé cómo me va a afectar el cambio" (E007), "sabía que algún día se tenía que ir, porque no es fijo, pero le vamos a echar mucho de menos" (E010). En todas las entrevistas se hace referencia a la posibilidad del cambio.

## **DISCUSIÓN**

Al analizar los resultados se puede señalar que en las respuestas brindadas por los pacientes se aprecia un importante consenso. Llama la atención que en las funciones adscritas al rol enfermero éstos omitan la investigación como un aspecto a considerar dentro de las actividades a desarrollar por la enfermería rural aunque para los usuarios el concepto de investigación es inexistente como una categoría del rol profesional.

Para éstos el rol asistencial se define por el quehacer diario, como por ejemplo "controlar la tensión y el peso, ver a los hipertensos, diabéticos, ancianos, visitar las casas, y pedir analíticas".

Otro elemento relevante en la identificación del rol del enfermero es su actividad educativa, la cual es percibida por los usuarios como un proceso de consejo o conversación que se otorga durante el control del paciente, abordando diferentes temáticas. Las personas valoran el consejo y la opinión del enfermero en el cuidado o el continuum salud-enfermedad.

En consecuencia, desde el punto de vista de las funciones propias de la enfermería, la imagen profesional se construye para la población rural desde la caracterización del hacer y el comunicar-educar. Respecto de la identificación del enfermero dentro del equipo de salud, pocos usuarios nominan "enfermero/a" a quien identifican claramente por las funciones que desempeña, para la mayoría son "el practicante" que les realiza los controles y les aconseja, y atiende en un lugar fijo, y que le ofrece continuidad en la atención.

Al parecer un tema subyacente en la construcción social del rol enfermero es el proceso de comunicación que se logra mediante un diálogo con el usuario, en un contexto de continuidad de la atención.

En este contexto se evidencia que para los usuarios el cuidar tiene una connotación de entregar atención con conocimiento, cariño, afecto y preocupación por el otro.

Las descripciones presentadas en este estudio demuestran la importancia de distinguir y cuidar los saberes disciplinarios que sólo adquieren valor y significado en función de la interacción con la población, contribuyendo a la construcción de nuestro rol.

El enfermero de la zona rural por su posicionamiento social frente al resto de profesionales sanitarios y sociales puede aplicar los significados que los pacientes asignan a la enfermedad. Las conductas y las emociones de los mismos se pueden incorporar al cuidado.

Los pacientes tienen una interrelación eficaz con su enfermero, por lo que puede proponer alternativas de cuidado sustentadas en conocimientos científicos sólidos, habilidades prácticas y

alto grado de sensibilidad humana para alcanzar la interpretación de la condición del paciente y ayudarlo a satisfacer sus necesidades básicas de bienestar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Santrock, J. W. (2007). *A Topical Approach to Human Life-span Development* (3rd ed.). St. Louis, MO: McGraw-Hill.
2. Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación.
3. de Alma Ata, D. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. *Alma-ata, URSS*, 6-12.
4. Saar, S. R. D. C., & Trevizan, M. A. (2007). Los roles profesionales de un equipo de salud: la visión de sus integrantes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), 106-112.
5. Leddy, S., & Pepper, J. M. (1989). *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. OPS.
6. Chocarro González, L., Guerrero Bonmatty, R., Venturini Medina, C., & Salvadores Fuentes, P. (2003). Análisis de la identidad profesional a través de la competencia educadora de la enfermería. *Cultura de los cuidados, año VIII, n° 15, 1. semestre 2004; pp. 55-62*.
7. Simpson, H. (1992). *Modelo de Peplau: aplicación práctica*.
8. Álvarez-Gayou, J.L. (2005). Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. México: Paidós.
9. Biddle, B. J. (1979). Role theory: Concepts and research.
10. Crespo, M. L., & Vizcaya, F. (2004). Investigación cualitativa en enfermería y competencia cultural. *Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, 13(44), 47-50.
11. Cuesta Benjumea, C. D. L. (2006). Naturaleza de la investigación cualitativa y su contribución a la práctica de Enfermería.
12. Agudelo, M. C. C. (2014). La práctica de enfermería como objeto de estudio. *Investigación y educación en enfermería*, 10(2).



# EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS DISPOSITIVOS DE OSTOMÍA

## *Historical evolution of different Ostomy appliances*

**Encarna Olavarría Beivide**

Servicio de Cirugía General. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria

**Paula Paras Bravo**

Departamento de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería "Casa Salud Valdecilla". Universidad de Cantabria. Santander

**Manuel Herrero Montes**

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Maques de Valdecilla. Santander. Cantabria

**PALABRAS CLAVE:** Colostomía, ileostomía, historia de la enfermería.

**KEY WORDS:** Colostomy, ileostomy, history of nursing.

**RESUMEN:** El objetivo de este trabajo es describir como han ido evolucionado los dispositivos de ostomía a lo largo de la historia Desde la construcción del primer estoma reglado en 1710 por Littré, los materiales y accesorios para su cuidado han ido evolucionando en función de las necesidades de los pacientes. Partiendo de la necesidad de recoger los efluentes, los dispositivos han desarrollado mejoras en sujeción, protección y seguridad. Así vemos una evolución desde los antiguos sistemas de cristal y metálicos hasta los actuales materiales que combinan hidrocoloideos y elastómeros (poliisobuteno (PIB) o copolímeros estireno-isopreno (SIS)), que mejoran la absorción y la adherencia.

**ABSTRACT:** The main objective of this study is to describe how the ostomy appliances have been evolved throughout History. Since the first stoma regulated construction in 1710 by Littré, materials and accessories for ostomy care have evolved in order to the patient needs. Based on the needs to collect the effluent, the devices have improved in subjection, protection and security. So we could see an evolution from ancient glass and metal systems to the current materials that combine hydrocolloids (CMC, pectin, gelatin...) and elastomers (polyisobutylene (PIB) or styrene-isoprene-styrene (SIS)) to increase the absorption and adhesion.

## INTRODUCCIÓN

El término ostomía proviene del griego *stomatos*, y significa boca u orificio. Se conocen alusiones a ellos desde el S IV a.c. en el que Praxágoras de Cos le describió por primera vez. Posteriormente Paracelso en el SXVI alude a los estomas como los anos artificiales como técnica para las asas intestinales dañadas. No es hasta el S XIII cuando Alexis Littré al ver a un niño con una malformación rectal propone una enterostomía. El mismo, en 1710, sugirió una colostomía para el carcinoma obstructivo. A partir de entonces otros cirujanos notables como Pillore, Duret, Fine, desarrollaron diferentes técnicas y reportaron series de casos con mayor o menor éxito terapéutico. Sin embargo, fue Jean Zulema Amussat, el más reconocido en la época preanestésica.

El desarrollo de las ostomías ha sido paralelo al desarrollo de la Cirugía de manera que comienzan a practicarse con mayor frecuencia estas técnicas quirúrgicas y los pacientes se hayan ante una realidad desconocida: la recogida de los efluentes.

## OBJETIVO

Describir la evolución de los diferentes dispositivos de ostomía a lo largo de la historia.

## MATERIAL Y METODO

Se consultaron para los datos bibliográficos las bases de datos de Pubmed, Cuiden Plus y Google Académico. Se utilizaron las palabras clave colostomía, ileostomía e historia de la enfermería y los calificadores instrumentación e historia

Para la documentación gráfica, además de imágenes de la bibliografía, se tomaron fotografías en el museo de materiales de Convatec Inc (Greensboro, North Carolina) así como el Archivo bibliográfico Hollister Incorporated (Libertyville, Illinois).

## RESULTADOS



Los materiales de ostomía han ido desarrollándose y evolucionando a lo largo de la historia en función de las necesidades de los pacientes portadores.

Hasta los años 30 los pacientes necesitaban sobre todo poder recoger los efluentes. Para ello empleaban materiales de metal y porcelana poco higiénicos y voluminosos. En

1935 aparece el caucho reutilizable, Koening y Rutzen utilizan la 1ª bolsa de ileostomía.

En los años 40 la necesidad era la de sujetar. Se utilizaron las bolsas de caucho combinadas con la silicona glue pero se producían muchas fugas debido a la insuficiente fijación. El uso de medidas de sujeción mecánica como los cinturones sujetando anillos metálicos se hacía necesario. El





descubrimientos de los primeros plásticos a mediados de los 40 hizo que se pudiesen aligerar los materiales y que se pudiese desechar parte del dispositivo.

En los años 50 se continuo en la búsqueda de elementos y materiales que proporcionasen una adecuada adherencia. El óxido de zinc mejoró la fijación, la acción antiséptica y cicatrizante, sin embargo era



muy traumático en su retirada. Aparecen las primeras bolsas integradas y desechables.

En los años 60 la necesidad fundamental era la protección de la piel: surge la pasta Karaya. Esta proporciona una mejora en cuanto a la capacidad absorbitiva y su maleabilidad, además del poder

bacteriostático que beneficio en gran medida el cuidado de la piel pero su adhesividad era baja.



Es en los años 70 en los que surgen

los primeros hidrocoloides (resinas sintéticas simples) y a partir de los 80 se utilizan resinas sintéticas compuestas que combinaban varios hidrocoloides (pectina, gelatina y carboximetil celulosa de sodio).

En la actualidad se combinan hidrocoloides (CMC, pectina, gelatina...) y elastómeros (poliisobuteno (PIB) o copolímeros estireno-isopreno (SIS)). Los dispositivos además se componen de carbón activado para la minimización del olor, diferentes sistemas de evacuación (dependiendo de la textura de las sustancias excretadas), sistemas de salida de gases, tejidos suaves y confortables así como un gran número de productos y accesorios que proporcionan a los pacientes una mayor

protección, seguridad y confort.





## **BIBLIOGRAFÍA**

- Guindic, L. C. Aspectos anecdóticos e históricos de las ileostomías y colostomías. *Rev. Med Hospital General de México*, 2006, Vol 69(2): 113-118
- Cazemier-Kleij M., Een kwart eeuw stomazorg in Nederland en wat daaraan vooraf ging. Nederlandse Stomavereniging 'Harry Bacon', Breukelen; 1992.
- Burch, J. *Stomas: the past, present and future*. West Sussex: Wiley-Blackwell; 2008.
- Lewis, L. *History and evolution of stomas and appliances*. *Stoma Care in the Community*. London: Nursing Times Books; 1999.
- Coloplast.com, About Coloplast our History (sede web), [acceso 16 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.coloplast.com>
- Products and services: ostomy care. *Ostomy Wound Manage*. 1995 Jul; 41(6):59-79.
- Doughty D.B. History of ostomy surgery. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 2008, Vol. 35(1): 34-38.

# EL CUIDADO DEL PACIENTE RENAL EN EUROPA: APORTACIÓN DE LA ENFERMERÍA DE CANTABRIA

## *Renal patient care in europe: the contribution of nursing in Cantabria*

Gándara Revuelta, Magdalena  
Villa Llamazares, Camino  
Rojo Tordable, Marina

Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería en Nefrología. Cuidado Renal. Historia.

**KEY WORDS:** Nephrology Nursing. Renal Care. History.

**RESUMEN:** A través del presente trabajo la enfermería nefrológica de nuestra Comunidad trata de identificar la aportación, intercambio de conocimientos y experiencias en Europa. Revisando los libros de abstracts de la EDTNA/ERCA desde 1986-2014 se han presentado 37 trabajos, destacamos una conferencia, 17 comunicaciones orales y 19 pósters. El 13.5% trataban temas concernientes al trasplante renal, 64% estaban relacionados con la hemodiálisis, 2.7% con la diálisis peritoneal, 5.4% con la nutrición y un 13.5% con otros aspectos del paciente renal. Se deja patente el interés por el avance de la profesión a través de la alta participación en los Congresos Europeos.

**ABSTRACT:** Through this work the professional nephrology nursing from our Community seeks to identify the contribution, knowledge and experiences exchange in Europe by reviewing EDTNA / ERCA abstracts books. Throughout 1986-2014, were submitted 37 papers, a guest lecture, 17 oral presentations and 19 posters. 13.5% related to renal transplantation issues, 64% to haemodialysis, 2.7% to peritoneal dialysis, 5.4% to nutrition and 13.5% to different aspects of CKD patients. It is shown the special interest in progression of professional nephrology nursing by active participation in the European Congress.

## INTRODUCCIÓN

La creación de la Asociación Europea de Enfermería de Diálisis y Trasplantes data de 1971, y sus antecedentes, hay que situarlos en el Bar del Drake Hotel en Chicago USA, donde asistían el Dr. Stanley Shaldon, (eminente nefrólogo inglés, pionero en aplicar el catéter venoso central como acceso para la diálisis), y algunos colegas a la reunión de la Sociedad Americana de Órganos Artificiales Internos. Estos, quedaron muy impresionados por la aportación de la Asociación de Enfermeras de Nefrología Americanas al programa, lo que motivo que se valorara por primera vez, la creación de una Asociación similar de Enfermería en Europa.

En octubre de ese mismo año en Munich, la EDTA (Asociación Europea de Diálisis y trasplantes) acuerda la creación de la Asociación Europea de Enfermería de Diálisis y Trasplantes, ofreciéndole su apoyo a la nueva Asociación, aunque su fundación oficial será efectiva al año siguiente, 1972, en el Congreso de Florencia.

A partir de ese momento, Deirdre Oag, enfermera jefe en el National Kidney Centre de Londres y algunos colegas, trabajaron intensamente durante ese año para poder aprobar en Junio el borrador de la constitución en esa primera reunión inaugural a la que ya asistieron 150 delegados. Los objetivos en este comienzo fueron:

- Avanzar en el conocimiento del cuidado del paciente con enfermedad renal.
- Facilitar el contacto entre las enfermeras y el staff paramédico interesado en la enfermedad renal.
- Desarrollar el interés por la enfermedad renal.

En esa primera asamblea, tras un profundo debate se acuerda, que para preservar y asegurar la atención holística al paciente renal, podrán ser miembros de dicha Sociedad, no solo las enfermeras nefrológicas sino también, otros profesionales que trabajan en el campo renal, como dietistas, trabajadores sociales, y técnicos. Por otra parte, se decide, que la lengua inglesa sea el idioma oficial de dicha Sociedad.

A partir de 1975 se integran por primera vez enfermeras españolas en la EDTNA/ERCA, desempeñando diversos puestos de responsabilidad en el Comité Ejecutivo de la Sociedad. En septiembre de 1982, se celebra por primera vez en España, concretamente en Madrid, la XI Conferencia anual de la EDTNA, repitiéndose la experiencia en 1998 en Barcelona y en 2006 en Madrid, con el lema "Prevención, cuidados y manejo de la Insuficiencia Renal". Así, nuestro país se convertiría durante unos días en el centro de la enfermería nefrológica Europea. En el año 1999 por primera vez, una enfermera española es nombrada Presidenta de la Asociación.

En lo que respecta a la enfermería nefrológica de Cantabria, su andadura en Europa se remonta a 1986, y en la década de los noventa iniciamos en Santander, presidido por Dña. M<sup>a</sup> Teresa Sola, la realización de los Seminarios Españoles de la EDTNA/ERCA con la filosofía de ampliar el conocimiento que teníamos las enfermeras del paciente renal y aumentar la presencia de la enfermería española en Europa. En el año 2009, bajo el lema "Ciencia, arte y espíritu, Claves fundamentales de la enfermería" se celebró el XVII Seminario.



Este interés de la enfermería de nuestra Comunidad Autónoma por aprender y actualizarse, nos llevó a participar activamente en el entorno europeo como voluntarios en diferentes proyectos de la EDTNA/ERCA y en la representación de la enfermería española dentro de la Asociación, como ha sido el caso de Dña. Magdalena Gándara, quién ha sido Key Member, entre los años 1991 al 1998.

Actualmente, la EDTNA/ERCA es una organización multidisciplinar de miembros individuales no solo de Europa sino de todo el mundo, que trata de abordar las necesidades especiales de las enfermeras y de otros profesionales involucrados en el tratamiento de pacientes que sufren insuficiencia renal.

Por todo ello, el objetivo del presente trabajo ha sido: Identificar cual ha sido la aportación de la enfermería nefrológica de nuestra Comunidad Autónoma a Europa.

Fuentes: Libros de Abstracts de la Sociedad Europea de Enfermería de Diálisis y Trasplantes. (EDTNA/ERCA).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo cuantitativo a través de una revisión bibliográfica de los diferentes libros de Abstracts de la EDTNA/ERCA desde la primera participación de la Enfermería Nefrológica de nuestra Comunidad en 1986 hasta el 2014.

## RESULTADOS

A lo largo de estos 28 años de participación se han presentado 37 trabajos, de los cuales 1 ha sido una conferencia, 17 comunicaciones orales y 19 pósters. El mayor número de trabajos presentados un 64% estaban relacionados con la hemodiálisis, en los que se estudiaba la calidad y eficacia de la misma, así como los avances técnicos. También, queda reflejado el interés por los accesos vasculares tanto de las FAVIS como de los cuidados de los catéteres venosos centrales que tanto han aumentado en nuestras Unidades en los últimos años.

El trasplante renal ha estado presente en un 13,5% de los estudios, abordando temas relacionados con los diferentes tratamientos inmunosupresores, sus efectos secundarios y valorando como estos afectan en la calidad de vida del paciente trasplantado.

En cuanto a la diálisis peritoneal un 2,7% están relacionados con la prevención de infecciones peritoneales.

Los aspectos psicosociales fueron tratados en un 13,5% de los estudios, evaluando su influencia en la calidad de vida.

La nutrición representa un 5,4 % estudiando el conocimiento de los pacientes sobre su dieta y la relevancia que esta tiene para ellos, por otro lado se valoraron como las diferentes técnicas de diálisis repercuten en la malnutrición que padecen este tipo de pacientes.

## CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio dejan patente, el interés de la Enfermería nefrológica de nuestra Comunidad Autónoma en la investigación más allá de nuestras fronteras, como una herramienta imprescindible para el avance de la profesión y la mejora de la calidad en la prestación de cuidados a los pacientes renales. Esta cuestión se refleja en la alta participación en los Congresos europeos a lo largo de estos 28 años de evolución demostrando así, el interés y la disposición para intercambiar conocimientos y experiencias con otros colegas a nivel internacional.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Andreu L, Guillén A. Memoria 25 años aniversario SEDEN. Ediciones gráficas Rey, S.L pp. 150-160.
2. Dingwall Richard R. 25 years of caring together. A short history of EDTNA/ERCA.
3. Monkhouse P, Stevens E, (Edición española Rochera A,) Aspectos del cuidado renal 1, Libro de actas del XV Congreso de EDTNA/ERCA Budapest 1986.
4. Monkhouse P, (Edición española Rochera A,) Aspectos del cuidado renal 2, Libro de actas del XVI Congreso de EDTNA/ERCA Berlin 1988
5. Monkhouse P, (Edición española Rochera A,) Aspectos del cuidado renal 3, Libro de actas del XVII Congreso de EDTNA/ERCA Brighton 1989.
6. Abstracts Journal of Conference EDTNA/ERCA 1989 a 1998.\*
7. Abstracts Journal of Conference EDTNA/ERCA 1999a 2014.\*\*

\*Dada la limitación de la normativa no es posible referenciar la bibliografía completa.

\*\* Disponible en: <http://www.edtnerca.org/pages/education/publications.php#abstract>

# IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON VIH. 30 AÑOS DE EXPERIENCIA

## *Importance of nursing in the care of patients with HIV. 30 years experience*

Eusebia San Pedro Latorre  
Josefina Fernández Miguel  
Pilar de la Maza Gómez

Cta. Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.  
Santander (Cantabria)

**PALABRAS CLAVE:** Infección por VIH. Intervención enfermería. Prevención secundaria.

**KEY WORDS:** HIV Infection. Nursing Care. Secondary Prevention.

**RESUMEN:** Desde 1984 el personal de enfermería ha pasado por varias fases, desde el desaliento por desconocimiento de la enfermedad, pasando por momentos de desconcierto y temor antes de identificarse el virus, a momentos de esperanza con la llegada de los tratamientos. Después de 30 años la enfermedad se ha cronificado, hoy la mayor preocupación es la aparición de nuevos casos cada vez en más jóvenes, con lo cual los esfuerzos de enfermería van dirigidos a la prevención. La media de tiempo transcurrido desde que se comenzó a tener relaciones sexuales con posible conducta de riesgo hasta ser diagnosticado como seropositivo VIH, es 6,85 años. Parece necesario implementar la realización de la prueba del VIH en entornos sanitarios.

**ABSTRACT:** Since 1984 the nursing staff has gone through several phases from discouragement due to ignorance of the disease, through moments of bewilderment and fear after identifying the virus, moments of hope with the arrival of treatments. After 30 years it has become chronic, today the biggest concern is the emergence of new cases increasing in younger, making nursing efforts are aimed at prevention. The average time since he began having sex with possible risk behavior, to be diagnosed as HIV seropositive, is 6.85 years. It seems necessary to implement the embodiment of HIV testing in health care settings.

## ANTECEDENTES

Hace poco más de 30 años nuestro mundo era un mundo sin SIDA, al menos no teníamos conocimiento de ello (de Benito, 2008).

Cuando en 1983 se declaraban los primeros casos de aquella desconocida enfermedad nadie podíamos imaginar la magnitud y gravedad de la pandemia que posteriormente hemos observado.

Los números nos hablan de que en 2013, 35 millones de personas vivían con el VIH. Desde el comienzo de la epidemia, aproximadamente 78 millones de personas contrajeron la infección por el VIH y 39 millones de personas han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el VIH. Los casos de nuevas infecciones por el VIH han descendido en un 38% desde 2001. A nivel mundial, 2,1 millones de personas contrajeron la infección por el VIH en 2013, en comparación con los 3,4 millones de casos registrados en 2001 (ONUSIDA, 2014).

El número de personas que viven con el VIH y la hepatitis va en aumento en Europa por lo que existe una necesidad urgente de cambiar estrategias para detectar el VIH en Europa. El número de personas infectadas va en aumento y son muchos los que aún no saben que están infectados. Un diagnóstico tardío implica un índice de mortalidad más alto, un mayor riesgo de transmisión y mayores costes económicos (HIV in Europe, 2014).

Pero es esta misma epidemia la que ha puesto a prueba nuestras capacidades. Resulta asombroso observar como en 30 años se ha conseguido definir un síndrome previamente desconocido, identificar el agente causante, conocer las formas de prevención, avanzar en el conocimiento de la patogenia y desarrollar tratamientos que aumentan la supervivencia y la calidad de vida de las personas que viven con VIH. Pero a la vez nos recuerda el camino que queda por recorrer, porque la infección continua sin disponer de tratamiento curativo por lo que la prevención es una estrategia clave (Dirección General de Salud Pública de Cantabria, 2007). El estigma social es una constante y los efectos secundarios siguen dando nuevas alteraciones.

## OBJETIVO

Analizar la evolución de la posible transmisión y los pacientes de SIDA y justificar la importancia de un diagnóstico precoz.

## MÉTODO

Estudio descriptivo de la relación del personal de enfermería con los pacientes con VIH. Estudio del tiempo transcurrido desde la posible transmisión del VIH en una población de 107 pacientes seropositivos nacidos a partir de 1970. Recogida de información mediante cuestionario desde Enero a Septiembre 2014 en la consulta de enfermería del Servicio de Infecciosas del Hospital Valdecilla.

## RESULTADOS

**a) Enfermería y el VIH.** Era a principios de los años 80 cuando en los hospitales comenzamos a ver el aumento de ingresos de pacientes jóvenes inmunodeprimidos en las plantas de Medicina Interna, que presentaban, frecuentemente, síndrome febril, tuberculosis, neumonías por Neumocitis Carini, candidas, diarreas persistentes y alteraciones hematológicas.

Para enfermería los síntomas enunciados no suponían ningún problema porque era ya patología conocida, pero ¿qué estaba pasando, por qué se morían?, el problema y el desaliento nos invaden porque:

1º) Los pacientes mueren a pesar de tratar los síntomas.

2º) Son pacientes, en general, adictos a sustancias tóxicas como la Heroína, que presentan

síndromes de abstinencia y no todos los médicos conocían el manejo de estas alteraciones. Resultaban de trato difícil, no seguían las normas, eran de carácter compulsivo, por lo cual el rechazo hacia ellos era manifiesto.

En 1984 aparece el primer caso en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, se les ponen distintivos (etiquetas amarillas), aislamiento, en el mejor de los casos los afectados perciben la impotencia de algunas enfermeras porque ven no saben cómo manejar estas situaciones, y de otras el reciben el rechazo y el consabido comentario "tú te lo has buscado". Se evitaba el contacto directo y a las habitaciones se entraba cubierto de pies a cabeza, se utilizaban cubiertos desechables. Todo ello contribuía tanto al aislamiento físico como psicológico. Y ya el colmo es cuando nacen los bebés con el virus que entonces se les suponía abocados a la muerte. Para los progenitores esto era más de lo que se supone puede soportar el ser humano.

En general a estos pacientes se prefiere evitarlos por miedo al contagio y se les trata como apestados. Ante este panorama de desconcierto y temores las enfermeras tuvimos que adquirir formación. Conceptos como counselling, formación de formadores, eran nuevos y había voluntad de realizar bien nuestro trabajo, pero el comprobar que hiciéramos lo que hiciéramos los pacientes morían generaba sentimientos de frustración, tristeza e impotencia.

Así era la situación cuando en 1985 se da a conocer el primer antirretroviral, el AZT-Zidovudina pero en España no se autoriza hasta 1987 y cuando la Agencia de medicamento de EEUU. FDA lo autorizó en nuestro país, una caja de seguridad bancaria custodió el primer medicamento contra el sida procedente de la central de Londres de la compañía Wellcome. La compañía farmacéutica estas medidas por miedo a que grupos incontrolados de seropositivos asaltaran la farmacia del hospital elegido para su custodia. Este mismo año España fue incluida en unos de los primeros ensayos europeos. El AZT se administró al principio entre los enfermos más graves aunque con el tiempo se administró al resto de los afectados. El medicamento causaba importantes efectos secundarios, como anemia, trastornos gastrointestinales entre otros, pero estaba claro que los enfermos vivían más que antes.

Pasado un año se vio que la eficacia del AZT era real pero transitoria, ni siquiera podía mantener el virus a raya. La decepción se vio compensada con la aparición en el mercado, en 1992, de otros fármacos, didanosina, DDI, y disoxicitina, DDC, mejorando la eficacia de la terapia pero relativamente.

El personal sanitario compartía la ilusión de una respuesta positiva y la alegría de algunos casos de mejoría a pesar de persistir los efectos secundarios que intentábamos paliar lo mejor que sabíamos.

Ya no todos se mueren, pero los reingresos son constantes y este el principal motivo por el que crea la Consulta de Enfermedades Infecciosas en 1991 donde se recibían periódicamente a los pacientes que necesitan un seguimiento y precisan tratamientos endovenosos e inhalados cada ciclo determinado de tiempo.

Los pacientes que se veían en la consulta eran los que iban librando pequeñas batallas y ganando días. Aquí se les revisaba los tratamientos, se abordaban los efectos secundarios, se daba asesoramiento, pautas de prevención, de adherencia, y se les escuchaba.

La consulta era un lugar (y sigue siendo), donde se sabían eran acogidos, conocidos, allí se sentían bien. Y así iba pasando el tiempo, con destellos de esperanza para unos, a pesar de las anemias, los sarcomas de Kaposi, las candidas, los herpes zoster... y la muerte para otros.

En 1996 cambia el espectro de la enfermedad debido a la aplicación de unos nuevos fármacos, los inhibidores de la proteasa. El primero fue el Ritonavir. Estos nuevos fármacos combinados con otros lograban dar niveles indetectables en sangre de virus y que paulatinamente aumentarían las defensas CD4.



Este año en que los inhibidores llegan a España marcan un antes y un después. Se comienzan los periodos más largos saludables, mejoran los pacientes y disminuyen las muertes. En enfermería el gozo y el trabajo aumentan, el concepto "adherencia al tratamiento" se aplica por activa y por pasiva, es necesario explicar la importancia de tomarlo y tomarlo bien, (a veces se llegaba a 32 pastillas), lidiar con los efectos secundarios, y es que o lo tomabas o te morías.

El ánimo y la mejoría de los pacientes nos contagia para no escatimar esfuerzos. Tenemos muchas satisfacciones profesionales y personales por la confianza y el afecto que de ellos recibimos.

Y ya llegamos al 2015. El panorama es de luces y sombras porque la enfermedad se ha cronificado, ha disminuido la mortalidad y la morbilidad, hay una pauta eficaz post-exposición, hay nuevos fármacos y ha disminuido el nº de pastillas a tomar, los recién nacidos negativizan si la madre ha sido tratada con eficacia. En menos de 30 años se ha definido el agente causante, se conoce la prevención, se avanza en el conocimiento de la patogenia y se aumenta la supervivencia y calidad de vida de las personas que viven con VIH.

Pero la infección no tiene tratamiento curativo, el estigma y la discriminación es una constante, persisten algunos efectos secundarios. Además los nuevos casos se dan cada vez en gente más joven por transmisión sexual y el no tener la clave para detener la cadena de infecciones nos ha llevado a realizar un estudio para justificar la importancia de un diagnóstico precoz (Di Clemente et al, 2002; OMS).

## b) Resultados encuesta

El 83,2% de los encuestados en la consulta de enfermería fueron hombres, la vía de transmisión fue: sexual (71,0%), sanguínea (13,1%) y desconocida (15,9%). La edad media del diagnóstico fue 28,9 años. Comenzaron a tener relaciones sexuales con posible conducta de riesgo a los 25,2 años los nacidos de 1970-74 y a los 19,1 los nacidos de 1987-91. El 94,4% declaran que tenían información de cómo evitar el contagio.

## CONCLUSIONES

Aunque la evolución de la epidemia con posterioridad a los años 90, dio lugar a un cierto optimismo, la estabilización posterior de la incidencia de la infección y la evidencia epidemiológica de su comportamiento indican que no debe bajarse la guardia en las políticas de prevención. La media del tiempo transcurrido desde que se comenzó a tener relaciones sexuales con posible conducta de riesgo, como seropositivo VIH, es de 6,85 años. El diagnóstico precoz debe ser una estrategia clave de salud pública Parece necesario implementar, más todavía, la realización de la prueba de VIH en entornos sanitarios (OMS, 2007), ya que aún no se incluye como parte la atención rutinaria y la información de cómo evitar el contagio es conocida pero no suficientemente eficaz.

## BIBLIOGRAFÍA

- De Benito, E. Dos tercios de las personas con sida en España han muerto. Entre 1981 y 2006 hubo 75.000 casos; 50.000 de los pacientes han fallecido. El País. 2008 26 de mayo; p. 41.
- Di Clemente RJ, Crosby RA, Wingood GM. La prevención del VIH en adolescentes. UNESCO. Perspectivas. 2002 Jun; 32(2):[artículo en línea]. Disponible en: [http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user\\_upload/archive/publications/Prospects/ProspectsPdf/122s/122s.pdf](http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/publications/Prospects/ProspectsPdf/122s/122s.pdf)
- Dirección General de Salud Pública. Guía educativa para un sexo más seguro. Programa de prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Plan Regional de SIDA en Can-

tabria. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. 2007 3ª Edición.[Material audiovisual en CD-ROM].

- HIV in Europe. Comunicado de prensa 30 de septiembre de 2014. Disponible en: [http://newsite.hiveurope.eu/Portals/0/Conference%202014/ComunicadoDePrensa\\_HepHIV2014\\_ES.pdf](http://newsite.hiveurope.eu/Portals/0/Conference%202014/ComunicadoDePrensa_HepHIV2014_ES.pdf)
- ONUSIDA. Hoja informativa 2014. Datos estadísticos mundiales. Disponible en: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20140716\\_FactSheet\\_es\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20140716_FactSheet_es_0.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. La OMS y el ONUSIDA publican nuevas indicaciones sobre el asesoramiento y las pruebas del VIH en los centros de salud. 2007 [artículo en línea]. Disponible en: URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr24/es/index.html>.
- Plataforma VIH en España. Enfermedades indicadoras de infección por VIH: Guía para la realización de la prueba del VIH a adultos en entornos sanitarios. Madrid. 2013. Disponible en: [http://www.gisep.org/es/enfermedades\\_indicadoras\\_de\\_vih\\_guia\\_para\\_la\\_realizacion\\_de\\_la\\_prueba\\_del\\_vih\\_en\\_adultos\\_en\\_el\\_entorno\\_sanitario.aspx](http://www.gisep.org/es/enfermedades_indicadoras_de_vih_guia_para_la_realizacion_de_la_prueba_del_vih_en_adultos_en_el_entorno_sanitario.aspx)



# 20 AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA REVISTA “ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA”

## *Cardiology Nursing Journal: 20 years of evolution*

Torres Madurga, Ana

Hospital Universitario de Cruces

Flores Prieto, Mario

Hospital Universitario de Cruces

Ipiña Larrañaga, Jaione

Hospital Universitario de Basurto

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería Cardiovascular, Investigación en Enfermería, Bibliometría.

**KEY WORDS:** Cardiovascular Nursing, Nursing Research, Bibliometrics.

**RESUMEN:** El análisis de revista “*Enfermería en Cardiología*” desde su primer número en 1994 hasta el año 2014, muestra un crecimiento del número de artículos a lo largo de los años con un total de 394. La clasificación según su temática refleja que el 49% están relacionados con problemas de colaboración; el 28% con profesión enfermera y el 12% relacionados con la promoción y prevención. Las técnicas representan un 4%, mientras que la temática relacionada con enfermería y sociedad un 7%. Se concluye que, los problemas de colaboración ha sido la temática más frecuente, dejando el resto en segundo plano.

**ABSTRACT:** The analysis of “Nursing in Cardiology” journal since 1994 to 2014, shows that the publications in this area have increased. The total articles analyzed are 394. They are categorized based on different variables: 49% of the articles were dealt with collaborative problems; 28% developed the topic of nursing as a profession and 12% were related to promotion and prevention. The techniques represent only 4% and nursing and society 7%. It is needs to be highlighted that problems of collaboration and nursing as a profession are the most common variables found. The remaining variables represent a more discreet development.

## INTRODUCCIÓN

Con el fin de determinar la evolución de la investigación enfermera española relacionada con el ámbito de la cardiología, se ha realizado una revisión de todos los artículos publicados en la revista "Enfermería en Cardiología" a lo largo de su línea editorial que comprende desde diciembre de 1994 hasta diciembre del 2014, y cuya periodicidad es cuatrimestral. Dicha revista está ligada a la "Asociación de Enfermería en Cardiología", la cual fue una de las primeras asociaciones de enfermería en España y que a día de hoy cuenta con más de 25 años de trayectoria, de ahí la elección de la misma para la realización del estudio.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio analítico y descriptivo donde se lleva a cabo una revisión y clasificación de los artículos de la revista "Enfermería en Cardiología" de 1994 a 2014 según su temática. Para ello se han establecido una serie de variables con sus correspondientes valores (Ver Tabla 1). El análisis estadístico se ha llevado a cabo a través del programa informático SPSS v.22.0.

## RESULTADOS

El total de artículos analizados dentro de los años establecidos es de 394 (Ver Tabla 2). La variable más representativa teniendo en cuenta todos los años de estudio son los "Problemas de colaboración" con un 49%(195), siendo en 2010 cuando se produjo el mayor número de publicaciones con dicha temática (25) mientras que en 1994 el menor (1). Los valores más frecuentes dentro de ésta son las "Patologías" con un 21% (41) y "Casos Clínicos" con un 19% (37) y los menos frecuentes "Trasplante" 2% (4) y "PCR" con 1% (3). La variable "Profesión enfermera" representa un 28% (109) de las publicaciones, con máximo en 2002 (10) y mínimo en 1994(1). El valor más representativo dentro de dicha variable es "Investigación y docencia" con un 47% (52) y "Duelo" con 0% (0) el que menos. Dentro de la variable "Promoción y prevención", que supone un12% (46) del total con máximos en 2006 y 2008 (6), tanto el valor "Factores de riesgo" como "Patologías" representan el 35% (16). El valor "Riesgo Cardiovascular" 6% (3) es el que menos se repite dentro de dicha variable. "Enfermería y Sociedad" protagoniza el 7% (28), dentro de ésta el valor "Sociedad" con un 43% (12) es el más frecuente, por contra "Recursos" supone tan solo el 25% (7). La variable "Técnicas" constituye un 4% (16) siendo el valor más frecuente "Pruebas diagnósticas" con un 38%(6), seguido de cerca tanto por "Pruebas de imagen" como "Accesos venosos" que figuran con un 31% (5). (Ver Tabla 3)

## CONCLUSIONES

- Se observa un notable incremento de los artículos publicados hasta 2012, a partir del cual se aprecia una disminución de los mismos.
- Los problemas de colaboración ha sido la temática más frecuente seguida de la profesión enfermera, mientras que el resto de variables han sido menos representativas.

## BIBLIOGRAFÍA

<http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/index.htm>

Tabla 1. Variables y Valores

Variables	Valores	
<u>Problemas de Colaboración</u>	-Quirúrgico -Electrofisiología -Patologías -Casos clínicos -Rehabilitación cardíaca -Complicaciones/Efectos adversos	-Hemodinámica -Tratamientos/Farmacología -Parada Cardiorespiratoria (PCR) -Ansiedad/Dolor -Arritmias/Electrocardiografía -Trasplante
<u>Profesión Enfermera</u>	-Historia/Personajes -Plan de cuidados/Diagnósticos de Enfermería	-Duelo -Investigación y Docencia -Tecnología/Futuro
<u>Promoción y Prevención de la salud</u>	-Factores de riesgo -Dispositivos/Procedimientos	-Patologías -Riesgo cardiovascular
<u>Técnicas</u>	-Pruebas de imagen -Pruebas diagnósticas	-Accesos venosos
<u>Enfermería y Sociedad</u>	-Sociedad -Ética y legislación	-Recursos (humanos y materiales)

Tabla 2. Número de publicaciones

1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
3	9	5	10	16	23	15	17	24	24	16
2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	<u>TOTAL</u>
18	20	23	26	27	35	26	26	19	12	394

Tabla 3. Variables por año

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Problemas de colaboración	1	3	1	3	7	13	6	8	9	9	8
Profesión enfermera	1	2	1	6	4	6	5	4	10	9	5
Promoción y prevención	0	1	0	0	3	1	1	3	1	4	1
Técnicas	0	0	0	0	1	2	1	0	1	1	2
Enfermería y sociedad	1	3	3	1	1	1	2	2	3	1	0

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	<i>TOTAL</i>
Problemas de colaboración	10	11	12	16	13	23	15	15	8	4	195
Profesión enfermera	3	2	5	4	8	8	6	6	9	5	109
Promoción y prevención	4	6	4	6	3	3	3	1	0	1	46
Técnicas	1	0	1	0	3	0	1	1	0	1	16
Enfermería y sociedad	0	1	1	0	0	1	1	3	2	1	28

# IMPORTANCIA DEL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE LA ETNIA GITANA EN CANTABRIA

## *Important role of nursing in the health care of the Roma ethnic group in Cantabria*

María del Carmen González Cobo

Luis Mariano López López

Sara González Yubero

Fundación Marqués de Valdecilla. Observatorio de Salud Pública de Cantabria

**PALABRAS CLAVE:** enfermería transcultural, cuidados, etnia gitana.

**KEY WORDS:** transcultural nursing, cares, roma.

**RESUMEN:** El colectivo Romaní constituye la minoría étnica más numerosa de la Unión Europea y la que sufre más exclusión. Existen diferencias importantes respecto a la salud de la población general. La comunidad gitana española presenta una serie de elementos culturales que van a determinar su actitud y comportamiento frente a la salud y enfermedad así como la relación con el sistema sanitario. El personal de enfermería debe comprender el cuidado desde la perspectiva de Madeleine Leininger que implica aprender de las personas sus formas de vida, contextos, sentimientos, preocupaciones, creencias, prácticas y valores, para ofrecer un cuidado coherente con la cultura.

**ABSTRACT:** The Roma group constitutes the largest ethnic minority in the European Union and most suffering exclusion. There are significant differences in the health of the general population. The Spanish gypsy community has a number of cultural elements that will determine their attitude and behavior in health and disease and the relationship with the health system. Nurses must understand the care from the perspective of Madeleine Leininger involving people learn their ways of life, contexts, feelings, concerns, beliefs, practices and values, to provide care consistent with the culture.



## INTRODUCCIÓN

El colectivo Romaní constituye la minoría étnica más numerosa de la Unión Europea y la que sufre más exclusión y discriminación generalizadas a lo largo de toda Europa.

Algunos de los informes existentes a nivel nacional parten de la desigualdad observada en relación a la inferior esperanza de vida de las personas gitanas respecto a la población española ( 8 a 10 años menor, de acuerdo a: Ministerio de Sanidad y Consumo & Fundación Secretariado Gitano, 2005).

Respecto a la salud de la población gitana, diversos estudios a nivel nacional ponen de manifiesto diferencias importantes respecto a la salud de la sociedad general. Existen diferencias importantes en la salud percibida entre la población gitana y la población general, siendo la primera la que peor valora su estado de salud en todos los grupos de edad (a partir de los 35 años), empeorando ostensiblemente a medida que ésta aumenta y existiendo notables diferencias por sexo (La Parra Casado, D, 2009).

Respecto a la población general, se señala que la población gitana mayor de 35 años presenta una prevalencia mayor de colesterol, dolor de cabeza, alergia, depresión y asma en la población infantil. La población gitana de todos los grupos de edad y en ambos sexos presenta mayores índices de sobrepeso y obesidad que la población general de todas las clases sociales. Este patrón comienza en la edad infantil y la adolescencia, en que se observan ya diferencias relevantes. Es de resaltar que a lo largo de todas las edades y para ambos sexos, en la población gitana se presenta una mayor frecuencia de alimentación poco saludable y realizan con menor frecuencia ejercicio físico en su tiempo libre (Pesquera Cabezas, R, Pérez González, O, Prieto Salceda MD, 2012).

Por otra parte, la comunidad gitana española presenta una serie de elementos culturales que van a determinar su actitud y comportamiento frente a la salud y la enfermedad así como la relación con el sistema sanitario. Estos elementos, si son conocidos y se manejan adecuadamente, en ocasiones suelen "fortalecer" y dar mayor credibilidad a la actuación de los profesionales sanitarios, mientras que si se obvian o no se conocen, pueden ser una fuente potencial de conflictos.

Del mismo modo, se puede decir que existe un gran desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios que están en contacto con la atención a la salud del colectivo gitano respecto a las creencias y valores en torno a la salud suponiendo un gran obstáculo en la consecución de un mejor nivel de salud general y generando muchas veces situaciones de conflicto.

## OBJETIVOS

Comprender el estado de salud de la etnia gitana cántabra y su visión sobre el concepto de salud – enfermedad con el objeto de proporcionar habilidades que ayuden a los profesionales de enfermería a prestar cuidados desde una perspectiva multicultural.

## METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica de los estudios publicados sobre etnia gitana, salud y servicios sanitarios. La estrategia de búsqueda ha incluido la revisión de bases de datos, así como libros y publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Además se ha realizado un estudio descriptivo de las intervenciones realizadas por el Servicio de Mediación Intercultural en Salud con Comunidad Gitana entre diciembre de 2012 y febrero de 2015 en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV). Para ello, se ha recogido la información en una base de datos de Access y posteriormente se ha procedido a un análisis de los datos mediante el programa Excel.

## RESULTADOS

La salud no es percibida como una de las necesidades más prioritarias dentro de la Comunidad Gitana. Por delante de ella, existen otras prioridades no cubiertas como son la vivienda, la situación económica o el trabajo.

Un gran porcentaje de los gitanos y gitanas conciben la salud como la ausencia de enfermedad y la enfermedad como una situación invalidante ligada a la muerte. Esta determinada visión de la salud y la enfermedad tiene varias consecuencias:

- La preocupación por la salud comienza cuando aparecen síntomas y consecuencias muy llamativas e invalidantes, por lo que el concepto de prevención es difícil de trabajar.
- Una vez que la persona y su entorno familiar perciben que ha aparecido la enfermedad, la actuación debe ser inmediata y resolutive, por la relación directa que establecen entre enfermedad y muerte. Ello hace que necesiten con urgencia un profesional que diagnostique la levedad o gravedad del problema. En múltiples ocasiones la consecuencia es la inadecuada utilización de algunos recursos sanitarios: Excesiva utilización de los servicios de urgencias, demanda de sobreinformación e inadecuada utilización del servicio de cita previa así como la poca frecuentación a los centros de salud, entre otros.
- El diagnóstico supone “poner nombre a lo que se tiene”. Por ello, la actitud ante él es normalmente de clara evitación cuando aún no han aparecido síntomas y consecuencias invalidantes (en esos casos, el diagnóstico puede ser percibido como una forma de poner de manifiesto una enfermedad que previamente no existía).
- El médico es una figura ambivalente: por un lado posee los conocimientos para curar las enfermedades pero por otro es quien diagnostica y descubre los males. Por ello, es común la reticencia a acudir a ellos y consecuentemente, el escaso sentido de prevención.

Según la teoría de los cuidados culturales de Madeleine Leininger, es necesario brindar un cuidado de enfermería según la cultura del paciente. Su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales se basa en la convicción de que las personas de diferentes culturas pueden ofrecer información y orientar a los profesionales de los cuidados que necesiten o aquellos que desean.

Una vez dicho esto, se pone de manifiesto la necesidad de facilitar el acercamiento entre la cultura gitana y la sanitaria a través de un modelo de mediación intercultural implantado en el HUMV desde el año 2012, que permite la participación de los pacientes gitanos y que da apoyo a los profesionales sanitarios especialmente al personal de enfermería y que se desarrolla tanto entre gitanos/as y en su relación con los profesionales de la salud y personal administrativo de los centros de salud y hospitales, como entre éstos y en su relación con los gitanos. Las/los mediadores interculturales gitanos coordinan con la mediadora intercultural profesional de salud, en este caso enfermera, las actividades necesarias de promoción de la salud, así como facilitar las buenas relaciones y funcionamiento en el centro.

Luego, entendemos la mediación intercultural como un proceso que contribuye a mejorar la comunicación, la relación y la integración intercultural entre personas o grupos presentes en un territorio, y pertenecientes a una o varias culturas, y con códigos culturales diferentes. Es la intervención de una tercera parte, con capacidad para dar a conocer las claves, las representaciones culturales y sociales de los actores implicados, para superar situaciones de desconocimiento e incomunicación, conflicto de valores o intereses, o la existencia de diferencias o desigualdades, en orden a construir un nuevo marco común de convivencia.

A continuación se presenta una síntesis de la información más relevante tras el análisis de la base de datos del Servicio de Mediación en Salud con población Gitana.

Desde el año 2012 que comenzó el Servicio de Mediación se han atendido a 217 personas de etnia gitana, habiendo habido 276 casos de intervención. De los 276 casos, 257 han sido del HUMV (93%) y el resto se distribuye en Atención Primaria y el Hospital Comarcal de Sierrallana.

En cuanto a las formas de solicitud de los casos, 128 fueron mediante contacto personal, bien físicamente o a través del teléfono, 70 fueron a través del teléfono de urgencias, 70 fueron mediante captación esporádica (esto quiere decir que los mediadores naturales durante sus rondas hospitalarias captan a pacientes gitanos que necesitan de su ayuda), 2 a través de Facebook y sólo una a través de la Plataforma de Asociaciones gitanas de Cantabria. En 5 casos no se recogieron la forma de solicitud.

Estas solicitudes han dado lugar a 1092 demandas de intervenciones: 116 por parte del profesional sanitario y no sanitario, 750 por parte del propio Servicio y 176 por parte del usuario o familia. (Faltan de registrar los demandantes de 50 intervenciones).

De las 1092 intervenciones realizadas se codificaron 1836 tipos de intervención que se muestran en la siguiente tabla.

Tipo de intervenciones	Total	%
- Visitas de seguimiento y apoyo a paciente hospitalizado y su familia	618	34%
- Toma de contacto con paciente y/o familiares	292	16%
- Información sobre el funcionamiento del hospital, orientación y apoyo en gestión de trámites	216	12%
- Interpretación del diagnóstico o el mensaje	197	11%
- Gestión de conflictos y tensiones	151	8%
- Acompañamiento en consulta o apoyo	106	6%
- Información, orientación y asesoramiento sobre salud	72	4%
- Información, orientación y asesoramiento sobre cultura gitana	47	3%
-Otras	46	3%
- Administración y gestión de visitas	43	2%
-Seguimiento telefónico	25	1%
- Visitas de seguimiento y apoyo a pacientes no hospitalizados que se requiera	23	1%
<b>Total</b>	<b>1836</b>	<b>100%</b>

## CONCLUSIONES

El personal de enfermería debe conocer otras formas de entender el proceso de salud/enfermedad/atención. Debe comprender el cuidado desde la perspectiva de Madeleine Leininger que implica aprender de las personas de etnia gitana sus formas de vida, contextos, sentimientos, preocupaciones, creencias, prácticas y valores, con el fin primordial de ofrecer un cuidado coherente con la cultura y evitar cualquier tipo de conflicto.

Un error claro y que se suele dar a menudo es la creencia de que los propios valores son mejores al resto o la imposición cultural, ó la tendencia de imponer los propios valores y creencias a otra persona, limitando su libertad y respeto como ser humano (Leninger M, 2011).

Por lo tanto, conocer la cultura gitana no debe generar la idea de paternalismo o favoritismo de la comunidad gitana ni como una carga extra de trabajo sino como una mejora en la práctica

profesional considerando la influencia que tiene los factores sociales y culturales en la salud/enfermedad y en la relación de los usuarios con el sistema sanitario.

A lo largo del periodo que lleva en marcha el Servicio de Mediación en nuestra Comunidad se ha observado un aumento del número de demandas año a año, así como un aumento de la sensibilización de ambos colectivos, Comunidad Gitana y personal sanitario, como se refleja en la gran proporción de solicitudes mediante contacto personal o telefónico (198 solicitudes, el 73,3% del total de solicitudes). Por otra parte, las dos intervenciones más frecuentemente realizadas han sido visitas de seguimiento y apoyo al paciente hospitalizado y su familia, y la toma de contacto con el paciente y/o familiares que evidencian la necesidad de trabajar y ganar la confianza de las familias antes de poder realizar cualquier tipo de actividad con este colectivo. En un 12% de las intervenciones se informó sobre el funcionamiento del hospital, orientación y apoyo en gestión de trámites, que demuestra la necesidad de apoyo por parte del Servicio de Mediación.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad y Consumo y Fundación Secretariado Gitano. Salud y Comunidad Gitana. Análisis de propuestas para la actuación. Madrid, 2005.
- La Parra Casado, D. Hacia la equidad en salud. Disminuir las desigualdades en una generación en la comunidad gitana. Madrid, 2009.
- Cabria García, Á, Pérez González, Ó, Prieto Salceda, D. Encuesta de Salud de Cantabria. 2009.
- Pesquera Cabezas, R, Pérez González, O, Prieto Salceda, MD. Estudio sobre los determinantes sociales de la salud de la población gitana cántabra. Santander, 2012.
- Leninger M. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Teorías y modelos de enfermería. 6ª edición. España: Elsevier; 2011.454-473.



## COLEGIO PROFESIONAL Y FUNDACIÓN. SINERGIAS EN EL TIEMPO

### *Professional School and Foundation. Synergies in time*

Fernández Carreras, Raúl  
Cardeñoso Herrero, Rocío  
San Emeterio Pérez, Cristina

Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud. Santander. Cantabria. España  
Miembros de la Junta Directiva del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria. España

**PALABRAS CLAVE:** participación, servicios, profesional.

**KEY WORDS:** participation, services, professional.

**RESUMEN:** Los avances sociales revierten en las instituciones y envuelven a todas las personas de la sociedad.

En este caso, referido a la profesión enfermera y a su desarrollo, esos avances profesionales corresponden a una organización como lo es el Colegio Profesional siendo, además, la entidad garante de su desarrollo.

Para ello, esta Institución, debe situarse a nivel de esos avances necesarios socialmente.

En consecuencia, se une a corporaciones sociales como las fundaciones, que, a su vez, tienen como misión fines de interés general.

Entre ambas, logran consumir proyectos comunes para el interés general de la profesión enfermera y de la propia sociedad en su conjunto.

**ABSTRACT:** Social advances have an impact in the institutions and influence to all the persons of the society.

In this case, regarding to the nursing profession and its development, these professional advances belong to organizations such as the Nursing Association which is also the entity in charge of guaranteeing its development.

In doing so, this institution, must be in line with those advances needed in the society.

Therefore, it cooperates with social corporations like the Foundations, which at the same time have a mission of general interest.

Jointly, they achieve the development of common projects for the general interest of the nursing profession and for the whole society.

## INTRODUCCIÓN

La Constitución Española <sup>(1)</sup> hace referencia a los colegios profesionales y a las profesiones tituladas, a su regulación y a su régimen jurídico. El artículo 36 del texto constitucional, regula las profesiones tituladas y el ejercicio de la profesión, en este caso de la profesión enfermera que se encuentra bajo la tutela de una corporación de derecho público como es el Colegio Profesional. Ambas regulaciones suponen, a su vez, una garantía para los ciudadanos en materia de salud, puesto que también atienden a finalidades de interés público <sup>(2,3)</sup>.

Por otro lado, el artículo 34 de la Constitución reconoce “el derecho de fundación para fines de interés general, con arreglo a la Ley”. En consecuencia, la ley 50/2002, de 26 de diciembre <sup>(4)</sup>, de Fundaciones, las desarrolla y considera como cauce de participación, a través del cual la sociedad civil coadyuva con los poderes públicos en la consecución de fines de interés general.

Basándose en estas premisas, el Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria, constituye y aprueba su propia Fundación en la Asamblea General Extraordinaria de 20 de diciembre de 2007. Inscrita en Registro de Fundaciones el 14 de septiembre de 2009.

## OBJETIVO

Analizar el desarrollo del Colegio y de su Fundación a través de sus sinergias en los últimos 20 años.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

Se comenzó la búsqueda en las fuentes históricas primarias, artículos 36 y 34 de la Constitución Española, además el BOE (Boletín Oficial del Estado).

Se continuó por las fuentes secundarias: las Actas de Juntas de Gobierno del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria, el Registro de Fundaciones y las Actas de las Juntas del Patronato de la Fundación de Enfermería de Cantabria, así como las revistas “Enfermería en Cantabria”, “Nuberos” y “Nuberos información”.

## METODOLOGÍA

La información, se sustenta en las fuentes históricas primarias, artículo 36 de la Constitución Española, que hace referencia al régimen jurídico de los colegios profesionales y a la regulación del ejercicio de las profesiones tituladas. En ella se reconoce que son corporaciones de derecho público.

El Real Decreto ley 5/1996 se refiere al “régimen de libre competencia” de los colegios.

La ley 1/2001, de 26 de marzo, configura los Colegios Profesionales como Corporaciones de Derecho Público con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines.

Los estatutos del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria, aprobados por la Comisión Permanente del Pleno del Consejo General de Enfermería con fecha 20 de enero de 2005, publicados en el BOC el 24 de noviembre de 2005 recogen sus fines y funciones <sup>(5)</sup>.

Continuando con la actual Junta del Colegio, constituida el 1 de abril de 2011, considera que su misión es el servicio a la profesión enfermera y al colegiado.

Por otro lado, referido a las Fundaciones, la primera referencia se encuentra en el artículo 34 de la Constitución Española, y su desarrollo en la ley 50/2002, de 26 de diciembre, de Fundaciones. Esta, resalta su derecho a dinamizar el fenómeno fundacional, como “cauce a través del que la sociedad civil coadyuva con los poderes públicos en la consecución de fines de interés general”. Se crea la Fundación de Enfermería de Cantabria (FECAN), cuyos fines son: la Enfermería, la sanidad y

la sociedad de la Comunidad Autónoma de Cantabria; sin ánimo de lucro y dispone de sus propios patrocinadores.

Partiendo de este contexto, se sientan los pilares para el desarrollo de las sinergias entre el Colegio y su propia Fundación, a sabiendas de que las energías asociadas de ambas instituciones, suman más que sus efectos individuales.

Los ámbitos de desarrollo estudiados en ambas instituciones son: servicios a la profesión, al colegiado y al ciudadano.

## RESULTADOS

Los servicios del Colegio se traducen en un aumento de actividades formativas, en el año 1995 son 10, abonadas por el colegiado y en el año 2014, son 63 de carácter gratuito. Lo temas tratados a lo largo del tiempo, son diversos en adaptación a los cambios profesionales y sociales requeridos.

En el año 1995, contábamos con la edición de la revista del Colegio "Enfermería en Cantabria" que en el año 1996 se publica con el nombre de "Nuberos". También en este año, tal como reflejan las actas de las diversas Juntas de Gobierno del Colegio, existe preocupación por la publicación de Reales Decretos con nuevas titulaciones de Formación Profesional de carácter Sanitario que podrían entrar en competencia con las de Diplomado Universitario de Enfermería. Del mismo modo, este año, las especialidades de enfermería están en el "punto de mira" del Colegio.

Desde el año 1996 a la actualidad, se crea la *Bolsa de empleo* del propio Colegio para profesionales en situación de desempleo.

En 1998, se inicia el desarrollo de la investigación como una de las competencias propia de Enfermería, a través de una Unidad de Asesoramiento (en 2008 será Asesoría de Investigación) y la creación del premio de investigación (desde el año 2000). En este mismo año (1998) se da comienzo a la celebración del Día Internacional de la Enfermería con el título "la cooperación en la salud comunitaria".

En el año 2003, se amplían los servicios de la asesoría jurídica y fiscal existentes ya desde 1995.

En el año 2006 se pone en marcha el Programa Retorno dirigido a profesionales. También este año, concretamente en el mes de junio, comienza la "andadura por la prescripción enfermera" a raíz de las primeras modificaciones a la Ley de Garantías y Uso racional de los Medicamentos.

En el año 2007 se crea el Premio a proyectos de cooperación. También en este año se configura el Comité Deontológico.

El protocolo de agresiones; comienza a realizarse un registro a tal efecto en el año 2008.

En al año 2009 se instaura el Premio al Mérito Profesional.

En 2010, comienza la formación en "prescripción enfermera" y en TICs.

En 2011, el Colegio inicia su proyección a la comunidad a través de campañas de promoción de la salud. El Colegio en las redes sociales (Facebook). Se crea la asesoría de comunicación de asesoramiento a los colegiados y se estrena la web TV del Colegio,

En el año 2012 se crea el Comité de Competencias Profesionales.

Año 2014 se crea la Ventanilla Única para el acceso on line de los colegiados a las gestiones del Colegio. Se crean diversos grupos de trabajo, activos hasta la actualidad, sobre temas profesionales. También se consolida y pone en marcha el Plan de Prevención y Atención ante incidentes Violentos en el Ámbito Público de Cantabria, fruto del consenso entre Colegios profesionales y Consejería de Santidad. Se comienza la organización de XIV Congreso Nacional e Internacional de Historia de la Enfermería.



Año 2015, se firma el documento “Pacto por la Sanidad de Cantabria” con la Consejería de Sanidad.

La FECAN, se dinamiza en el mes de octubre de 2010, y basándose en sus propios fines, desarrolla las siguientes líneas:

### **1.- A la profesión**

A través de programas formativos de postgrado: cursos de acceso a EIR (enfermera interna residente –especialidades-) e idiomas.

Información científica a través de su publicación “Nuberos Científica”. En mayo de 2010 nace su primer número con periodicidad cuatrimestral. A través de ella, se promueve la investigación científica enfermera, se difunde y transfiere el conocimiento en materia de salud y de cuidados e incrementa los currículos de los profesionales que publican sus investigaciones.

Desde enero de 2014, los profesionales adquieren experiencia profesional en el ámbito comunitario a través de la elaboración y ejecución de proyectos de Educación para la Salud.

Es una constante el favorecer y facilitar la difusión y presentación de los resultados de los proyectos y actividades en los diversos eventos de carácter científico, promocionando de este modo, a los profesionales y la transferencia del conocimiento.

Dispone de un espacio radiofónico “Coloquios enfermería radio” que se difunde a través de red corporativa. Inició su andadura en el mes de marzo de 2013, dirigido a enfermeros y destinado a la difusión de temas de interés profesional y de actualidad. Se invita a profesionales expertos en el tema concreto y es de participación general.

### **2.- A la ciudadanía y sociedad cántabra:**

En el entorno de gran Plan “Cuidamos de tu Salud”, desde enero de 2015, y a través de convenios de colaboración con instituciones públicas (ayuntamientos de la Comunidad Autónoma) y privadas, asociaciones de pacientes, centros culturales, centros escolares y otras entidades; oferta proyectos de salud sobre diversos temas, con enfoque de cuidados, elaborados por profesionales, con rigor científico, evaluación continua y proyección comunitaria. A estas actividades destina el 80% de sus ingresos, es decir, al fomento y promoción de la salud de las personas de la comunidad.

La participación ciudadana se traduce, también, a través de las intervenciones de ciudadanos destacados en los “Coloquios de enfermería radio”. Su invitación se hacer precisa si, para el tema tratado, resulta pertinente.

En la actualidad el proyecto ‘estrella’ de la FECAN es el de “Enfermería Escolar. La salud en el entorno escolar”. Con el objetivo de Promover la salud en los centros escolares. Se inicia en el curso 2014-2015 y será pilotado rigurosamente durante los dos próximos cursos escolares. Las actividades se concretan en la vertiente asistencial y educadora.

### **3.- A las entidades de la comunidad través de su cooperación con en materia de salud.**

Como miembro colaborador con la Consejería de Educación del Gobierno de Cantabria a través de la Red Cántabra de Escuelas Promotoras de Salud de la que forman parte los centros escolares de la Comunidad Autónoma. La colaboración comenzó en enero de 2014.

## **DISCUSIÓN**

Parece indudable, considerando los resultados, que las cooperaciones y las simbiosis logran sustanciales resultados. No se trata solo de una colaboración, si no que el sentido va más allá;

se trata de articular energías para lograr óptimos resultados que, cada una de las corporaciones individualmente, no podría lograr.

El Colegio profesional desde el año 1995 al 2011 se proyecta fundamentalmente, en el desarrollo de la profesión y el servicio al colegiado adaptándose al nivel social del momento. A partir de este momento comienza cierta proyección a la ciudadanía de la comunidad y su desarrollo a través de nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

Respecto al desarrollo profesional y social de la enfermería a través de la FECAN se alcanza enriquecimiento profesional, aprendiendo a elaborar proyectos de salud, a trabajar en equipo, a enseñar a los ciudadanos, a difundir la imagen social de la enfermera como cuidadora profesional y a adquirir experiencia en general, con el privilegio de estar al mismo nivel que los ciudadanos.

Con la firma de diversos convenios con ayuntamientos de la Comunidad Autónoma, se ha logrado 'trasladar' a pequeños municipios conocimientos en salud y en cuidados, y la figura de la enfermera como experta en los diversos temas.

La FECAN, como Fundación del propio Colegio, representa a este, tienen presencia en instituciones públicas, es miembro en otras fundaciones y está presente en entidades de carácter comunitario. Las colaboraciones entre estas instituciones, enriquecen a todos los que participan en ellas, mejoran los conocimientos profesionales entre los miembros y las diferentes percepciones que cada colectivo tiene del otro.

## CONCLUSIÓN

Las sinergias entre Colegio y su propia Fundación enriquecen los servicios a la profesión, a la Enfermería profesional (los colegiados) y a la sociedad, incorporando la adaptación a los cambios sociales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución Española [http://www.congreso.es/constitucion/ficheros/c78/cons\\_espa.pdf](http://www.congreso.es/constitucion/ficheros/c78/cons_espa.pdf) [consultado 15 de febrero de 2015]
2. Ley 62/1978, de 26 de diciembre, de Protección Jurisdiccional de los Derechos Fundamentales de la Persona. [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1979-88](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1979-88) [consultado 15 de febrero de 2015]
3. REAL DECRETO-LEY 5/1996, de 7 de junio, de medidas liberalizadoras en materia de suelo y de Colegios Profesionales. <http://www.boe.es/boe/dias/1996/06/08/pdfs/A18971-18973.pdf> [consultado 15 de febrero de 2015]
4. Ley 50/2002, de 26 de diciembre, de Fundaciones <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=-BOE-A-2002-25180> [consultado 15 de febrero de 2015]
5. Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria. ESTATUTOS.



# VISITA DE ACOGIDA A NUESTROS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. UNIDAD MONOGRÁFICA VALDECILLA

## *Visit nursing care to our patients with inflammatory Bowel disease. (IBD) Monographic Unit Valdecilla*

María Soledad Serrano Redondo

Unidad Monográfica de EII del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

**PALABRAS CLAVE:** EII. Educar. Cuidar.

**KEY WORDS:** IBD. Educate. Look After.

**RESUMEN:** Los avances sociales revierten en las instituciones y envuelven a todas las personas de la sociedad.

En este caso, referido a la profesión enfermera y a su desarrollo, esos avances profesionales corresponden a una organización como lo es el Colegio Profesional siendo, además, la entidad garante de su desarrollo.

Para ello, esta Institución, debe situarse a nivel de esos avances necesarios socialmente.

En consecuencia, se une a corporaciones sociales como las fundaciones, que, a su vez, tienen como misión fines de interés general.

Entre ambas, logran consumir proyectos comunes para el interés general de la profesión enfermera y de la propia sociedad en su conjunto.

**ABSTRACT:** Aim: set up a care protocol to the patient once diagnosticated his IBD allowing implement measures of health education and self care, promoting trust with asistencial team bringing emotional support to him and his family.

Results: specialized nurse with her verbal information and writing reinforcement, developing informative triptychs about IBD, unit card of the unity to the patient and his familiars, all of this increase the asistencial patient quality in the multidisciplinary care, improve his health and life's quality in IBD's cares.



Figura 1. Componentes del protocolo de acogida del paciente diagnosticado de enfermedad inflamatoria intestinal.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal es una enfermedad autoinmune de tipo crónico de causa desconocida en individuos genéticamente susceptibles, existen dos tipos: enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa. Diferenciándose en su localización, la enfermedad de Crohn se puede extender desde la boca hasta el ano y la Colitis Ulcerosa solo se centra en el colon. Ambas enfermedades cursan con periodos de brote y remisión. Es importante la adhesión al tratamiento por parte de los pacientes una vez diagnosticada y tratada su enfermedad por el especialista. La enfermera de la unidad coordina la atención integral prestada con el apoyo del equipo multidisciplinar que este tipo de pacientes precisa.

Tabla I. Características de la visita de acogida.

• Primer contacto después de la visita con el médico especialista.
• Duración aproximada 15 minutos.
• Se presenta información sobre el funcionamiento de la consulta, servicios, vías de acceso y apoyo ofrecido al paciente.
• Se entrega una tarjeta informativa con el nombre del profesional de enfermería que le atiende, el horario de atención a los pacientes, el número de teléfono al que llamar y las circunstancias de cuándo llamar a la(e) enfermera(o).
• Se introducen los conceptos de enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa) mediante un tríptico como material educativo y soporte escrito a la información verbal.
• Se responde a las preguntas del paciente y familiares de forma clara y cálida, generando la máxima confianza en el paciente.
• Programación de la primera visita de enfermería en un plazo no superior a 10 días.

## FUENTES

Revisión bibliográfica de documentos del consenso del grupo español del trabajo en EII, GETECCU, Guía Clínica de la ECCO.

## METODOLOGÍA

Revisión, análisis y selección de los artículos obtenidos de la búsqueda bibliográfica realizadas en las fuentes, base de datos, revistas científicas de enfermería en su versión electrónica, así como las recomendaciones de consenso del grupo español de trabajo en EII, GETECCU y Guía Clínica de la ECCO.

## CONCLUSIONES

- En nuestra unidad la educación sanitaria impartida por la enfermera mejora la calidad asistencial al paciente en su cuidado multidisciplinar.
- Refuerzo de autocuidado del paciente con acciones informativas-formativas a lo largo de su enfermedad
- El papel de enfermería es un referente en el apoyo al paciente y a sus familiares beneficiando su estado de salud y su calidad de vida en los cuidados de su enfermedad crónica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Carbonnel F, Jantchou P, Monnet E, Cosnes J. Environmental risk factors in Crohn's disease and ulcerative colitis: an update. *Gastroenterol Clin Biol* 2009;33 (Suppl 3):S145-S157
2. Gómez E, Vidal A, Panés J, Jaén J, Fernández E, Piqué JM. Asociación entre acontecimientos vitales estresantes de la vida e inicio o actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal según la percepción subjetiva del paciente. *Gastroenterol Hepatol* 2003;6:411-416
3. Torrejon A, Masachs M, Borruel N, Castillo N, Malagelada JR, Casellas F. Aplicación de un modelo de asistencia continuada en la enfermedad inflamatoria intestinal: la Unidad de atención Crohn-Colitis. *Gastroenterol Hepatol* 2009;32:77-82
4. Solé C, Besora I, Salvador A, Barrachina M, Oriach RM, Vázquez C, et al. La visita de acogida. *Enferm Clin* 2002;12:238-243
5. Salinas M, Cid Galán C, Canalejas Pérez ML, Coro y Martínez Martín ML. Cuidados al enfermo con enfermedad inflamatoria intestinal. *Metas Enferm* 1999;2:22-27
6. Cano H, Ugena Mohino M, Fernández Chacón MJ, Valverde M, Gascueña M. Análisis de las necesidades de pacientes con colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. *EGEH*; 2002:12-16



# LA EVOLUCIÓN DEL PAPEL DE LAS ENFERMERAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES Y PEDIÁTRICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

## *The changing role of nurses in neonatal and pediatric intensive care: a case study*

Antonio Vázquez Sellán

Centro Universitario San Rafael-Nebrija. Universidad Antonio de Nebrija

M<sup>a</sup> Luisa Díaz Martínez

Facultad de Medicina. UAM

Pedro Piqueras Rodríguez

Hospital Universitario La Paz de Madrid

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería, cuidados intensivos, pediatría.

**KEY WORDS:** Nursing, Intensive care, Pediatrics.

**RESUMEN:** Desde los años 50 del siglo pasado se han propuesto desde la Disciplina Enfermera diferentes perspectivas desde las que abordar el estudio del cuidado proponiendo diversos modelos explicativos. Podemos diferenciar entre modelos conceptuales, modelos profesionales del cuidado y modelos de práctica clínica. En el ámbito hospitalario español está muy extendida la idea de distinguir, por parte del colectivo enfermero, entre actividades, tareas o intervenciones (se utilizan como sinónimos, aunque no signifiquen exactamente lo mismo) delegadas y autónomas. Del ámbito anglosajón proviene esta división a través del Modelo de práctica clínica bifocal desarrollado por Lynda J. Carpenito en los años ochenta. El desarrollo del cuidado del neonato, niño y adolescente ha experimentado cambios muy relevantes merced a la incorporación de los modelos enfermeros, evolucionando de una división del cuidado en base a tareas a un cuidado holístico e integrador del niño y su familia.

**ABSTRACT:** Since the 50s of last century, the nursing discipline has proposed different perspectives to approach the study of care, taking the form of several explanatory models. We can differentiate between conceptual, professional and clinical practice models of care. In the Spanish hospital environment, and more specifically among the nursing profession, the idea of distinguishing between delegate and autonomous activities, tasks or interventions (terms used synonymously, although their meaning is not exactly the same) is widespread. This division comes from the Anglo-Saxon scope, through the bifocal clinical practice model developed by Lynda J. Carpenito in the eighties. The development of infant, child and adolescent care has experienced very significant changes thanks to the incorporation of nursing models, evolving from a division of care based on tasks to a more holistic model of care which integrates child and family.



## INTRODUCCIÓN

Como actividad humana que es, el trabajo ha estado presente desde los orígenes de la humanidad, aunque ha ido cambiando su significado y valor según los diferentes contextos socioculturales, económicos e históricos. La consideración de la salud y la enfermedad ha ido evolucionando con el correr del tiempo, condicionada por valores, creencias, cultura, economía, entre otros valores sociales. El concepto de atención de enfermería y la evolución de la propia actividad hacia la profesionalización han ido parejos a estos cambios. Existen magníficos trabajos historiográficos en el ámbito de la enfermería, entre los que podemos destacar los de Collière<sup>1</sup>, Donahue<sup>2</sup>, Hernández<sup>3</sup>, Hernández Conesa<sup>4</sup> y Sellán<sup>5-6</sup>, que dan cuenta del discurrir de esta profesión, su evolución y las influencias de muy diversa índole: históricas, socioculturales y científico-técnicas, las concepciones sobre la enfermedad y la salud, las instituciones dónde se han formado y han trabajado, que han intervenido en su construcción profesional y disciplinar.

La enfermería tiene un complejo origen histórico y han sido muchas y muy diferentes las personas encargadas de cuidar. A partir de los años setenta diferentes grupos empiezan a cuestionarse el concepto de salud vigente hasta el momento. Se pasa de un concepto de salud considerado como ausencia de enfermedad a otro que la define como un proceso integral y no como un estado. La salud se entiende como el equilibrio entre los individuos y su ambiente, por lo que el cuidado enfermero cambia de orientación, pasando a integrar un conjunto de actividades encaminadas a propiciar un mayor bienestar físico y una mejor adaptación de las personas con su entorno.

En este período las enfermeras empiezan a preguntarse por su razón de ser, describen la actuación diferenciada de la profesión, se plantean métodos de trabajo científicos que sustituyen por los empíricos y, las enseñanzas se incorporan a la universidad, profesionalizándose de forma paulatina esta actividad cuidadora.

## OBJETIVOS

- Identificar los modelos de práctica clínica que se han utilizado en las unidades de Cuidados Intensivos Pediátrico y Neonatales del Hospital Universitario La Paz.
- Identificar los diversos sistemas de prestación de cuidados en ambas unidades.
- Analizar la evolución del proceso cuidador en estas unidades tomando como referencia el Modelo de práctica clínica bifocal desarrollado por Lynda J. Carpenito.

## MATERIAL Y MÉTODO

El material y el método seleccionado proceden de fuentes historiográficas. Se han llevado a cabo búsquedas bibliográficas en las principales bases de datos y se ha procedido un análisis documental de la literatura seleccionada.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El hospital elegido para la investigación es el Hospital La Paz, un centro hospitalario público, considerado de tercer nivel, situado en la zona norte de la Comunidad de Madrid. Se inauguró en 1964. En la actualidad está compuesto por cuatro hospitales y diecisiete edificios. Los hospitales a los que hacemos referencia son: Hospital General (el primero en inaugurarse), Hospital Maternal, Hospital Infantil y Hospital de Traumatología y Rehabilitación. Desde el 10 de febrero de 2005 también forma parte del centro el Hospital de Cantoblanco, según los datos ofrecidos a través de la página web del propio hospital. En fechas recientes se ha incorporado el Hospital Carlos III. Desde 1970 es uno de los hospitales adscritos a la Universidad Autónoma de Madrid y, en 1972 comienza

su andadura la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios que más tarde será Escuela Universitaria de Enfermería hasta diciembre de 2010 y que a partir del 1 de enero de 2011 se integra en la estructura de la UAM.

Para nuestros objetivos, nos interesa fundamentalmente, acercarnos a los modelos profesionales del cuidado ya que intentan dar razón del cómo debe ser el cuidado asistencial. Según Santamaría, Arribas, Borrego y Aréjula<sup>7</sup> podemos distinguir entre modelos de proceso que concretamente explican cómo es la ayuda que prestan las enfermeras y, modelos de lenguaje que se centran en cómo expresar ese proceso de cuidado. Igualmente interesante para dilucidar cómo trabajan y se organizan los profesionales enfermeros en su práctica asistencial tenemos que acercarnos tanto a los modelos de práctica clínica como a los sistemas de prestación de cuidados imperantes en nuestro contexto. En el ámbito hospitalario español está muy extendida la idea de distinguir, por parte del colectivo enfermero, entre actividades, tareas o intervenciones (se utilizan como sinónimos, aunque no signifiquen exactamente lo mismo) delegadas y autónomas. Las primeras hacen referencia a las acciones que llevan a cabo y son prescritas por otro profesional (mayoritariamente médico), siendo las autónomas las que prescriben y ejecutan ellas mismas.

Del ámbito anglosajón proviene esta división a través del Modelo de práctica clínica bifocal desarrollado por Lynda J. Carpenito en los años ochenta, fruto de los avances en el desarrollo científico enfermero según Hernández Conesa en Carpenito-Moyet<sup>8</sup>. Dicho modelo "representa las situaciones que influyen en las personas, los grupos y las comunidades, así como la clasificación de estas respuestas, desde una perspectiva enfermera. Las situaciones se organizan en cinco amplias categorías: fisiopatológica, terapéutica, personal, ambiental y madurativa<sup>8</sup>. Como se puede apreciar dichas situaciones son variadas en influyen de forma compleja en las personas. Para la autora, las enfermeras son capaces de prescribir y tratar no la situación que acontece a la persona sino las respuestas presentes en las personas antes estas situaciones. En este modelo se entiende que dos son los objetivos de la práctica clínica: los diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración<sup>8</sup>. "El profesional enfermero toma decisiones independientes frente a los problemas en colaboración y los diagnósticos enfermeros. La diferencia radica en que en el caso de los diagnósticos, el enfermero prescribe el tratamiento definitivo para conseguir los resultados deseados, pero en los problemas en colaboración, la prescripción del tratamiento definitivo es la combinación de enfermería y medicina"<sup>8</sup>. Para Carpenito nos encontramos, por tanto, con dos tipos de intervenciones: las independientes, prescritas por las enfermeras, y las delegadas prescritas por el médico; de ahí que este modelo reciba el nombre de bifocal.

Desde la puesta en marcha de estas unidades en los años setenta del siglo XX, los cuidados proporcionados por las enfermeras y enfermeros han cambiado, sustancialmente, pasando de modelos centrados el cuidado derivado del trabajo médico, a modelos dónde el protagonista es el cuidado de los infantes y de sus familias, dentro de los cuales podemos destacar el de Cuidados Centrados en la Familia, algunas de cuyas medidas más destacables serían el horario de puertas abiertas, la promoción de la lactancia materna, la implicación de los padres en los cuidados de sus hijos, etc. Con la introducción de la gestión clínica para controlar los costes de la asistencia sanitaria proporcionada, se hizo también necesario gestionar la provisión de recursos humanos para alcanzar los objetivos propuestos por la institución optimizando al máximo la dotación económica con la que se cuenta en los presupuestos. Con respecto al personal de enfermería se han utilizado diferentes sistemas para planificar y organizar la prestación de cuidados, podemos señalar, entre otros, método del caso, enfermería funcional, equipo de enfermería, enfermería modular, enfermería primaria, gestión del caso, método integral, como apuntan Marriner<sup>9</sup> y Gillies.<sup>10</sup> En nuestro contexto y, en concreto en los hospitales, se han utilizado fundamentalmente dos sistemas de organización de cuidados parecidos a los mencionados anteriormente aunque con matices. Nos

referimos al de enfermería funcional que también recibe el nombre de cuidados por tareas y al equipo de enfermería. Estos cambios en la forma de entender el trabajo enfermero pasando de dividir su trabajo por tareas a llevar pacientes y hacerse cargo de realizar todas las intervenciones y cuidados de esos pacientes fue potenciada tras la promulgación del Real Decreto 521/87, de 15 de abril, en el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el INSALUD<sup>11</sup>.

## CONCLUSIONES

El desarrollo del cuidado del neonato, niño y adolescente ha experimentado cambios muy relevantes merced a la incorporación de los modelos enfermeros, pasando de un cuidado centrado en la patología y a una división del cuidado en base a tareas a un cuidado holístico e integrador del niño y su familia.

La Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias especifica en el artículo 7.2 para las enfermeras: "Corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades"<sup>12</sup>. A nivel legislativo, existe una escasa explicitación de lo que los profesionales enfermeros pueden y deber hacer en sus ámbitos de trabajo, es decir, de sus funciones, a pesar de que a nivel académico, a través de la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, quedan muy claras cuáles son las competencias a alcanzar durante los estudios de enfermería y conseguir el título que les permite ejercer en España.

Más recientemente, el RD 1093 de septiembre de 2010, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, obliga a que los pacientes y/o familia reciban un informe de Cuidados de Enfermería que incluya Diagnósticos de Enfermería, Criterios de Resultados e Intervenciones según los lenguajes estandarizados propuestos por NANDA, NOC y NIC. Es por ello que los centros deben dotar de los instrumentos necesarios para que dichos informes puedan ser emitidos.

Pese a todas las mejoras que han tenido lugar queda todavía un largo camino por recorrer para la plena integración del conocimiento disciplinar en la práctica asistencial y el desarrollo autónomo de la profesión.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Collière MF. Promover la vida. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 1993.
2. Donahue MP. Historia de la Enfermería. Barcelona: Doyma; 1993.
3. Hernández F. Historia de la Enfermería e España (Desde la Antigüedad a nuestros días). Madrid: Ediciones Síntesis; 1996.
4. Hernández Conesa J. Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 2001.
5. Sellán MC. Identidad y conflicto en el ejercicio del cuidado. Una aproximación histórica a la dinámica de la identidad enfermera en España. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma; 2007.
6. Sellán MC. La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería Española Contemporánea. Madrid: FUDEN; 2009.
7. Santamaría JM, Arribas A, Borrego R y Aréjula JL. Apuntes sobre el cuidado. Por qué es y cómo es. 2<sup>a</sup> ed. Madrid: FUDEN; 2008.

8. Carpenito-Moyet LJ. Planes de Cuidados y documentación clínica en enfermería. 4ªed. Colombia: McGraw-Hill/Interamericana; 2005.
9. Marriner A. Guía de gestión y dirección de enfermería. (8ª ed.). Barcelona: Elsevier; 2009
10. Gillies D A. Gestión de enfermería. Una aproximación a los sistemas. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas S.A.; 1994.
11. Real Decreto 521/87, de 15 de abril, en el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el INSALUD. Boletín Oficial del Estado, (15-04-1987).
12. Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Boletín Oficial del Estado, nº 280, (22-11-2003).
13. Real Decreto 1093 de 3 de septiembre por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 225, (03-09-2010).



# ¿CÓMO HAN CAMBIADO LAS PAUTAS DE CURAS DE HERIDAS EN LOS ÚLTIMOS 25 AÑOS?

*How have patterns cures wounds changed in the last 25 years?*

**Raquel Menezo Viadero**

C.S. Cazoña, Santander

**Sonia Pérez Mena**

C.S. Cazoña, Santander

**Manuel Herrero Montes**

Servicio de Nefrología, HUMV, Santander

**PALABRAS CLAVE:** Atención Primaria de Salud, Cicatrización de Heridas e Historia de la Enfermería.

**KEY WORDS:** Primary Health Care, Wound Healing and History of Nursing.

**RESUMEN:** El objetivo del trabajo fue revisar la evolución de las pautas de curas de heridas y comparar dichas pautas hace 25 años con las actuales.

**ABSTRACT:** The aim of this study was to check the evolution of patterns cures and compare these patterns since 25 years to nowadays.

Se revisaron historias clínicas en formato escrito y digital y se entrevistó a enfermeras que han trabajado desde los años 90 hasta la actualidad.

Were reviewed handing and digital medical charts and were interviewed nurses who have worked in the 1990s and today.

Se trata de un estudio retrospectivo transversal comparativo de los resultados obtenidos en dos períodos.

It is and Cross-sectional retrospective and comparative study of the results in the two periods.

La sustitución de soluciones-pomadas para el tratamiento de curas de heridas en los años 1990 frente al uso actual de apósitos ha sido el cambio más importante evidenciado en nuestro estudio.

The replacement of solutions-ointments for the wounds cures treating in 1990 against the dressings has been the most important evidenced change in our study.

## INTRODUCCIÓN

Herida según el diccionario de la lengua española, en una de sus acepciones, es perforación o desgarramiento en algún lugar de un cuerpo vivo<sup>1</sup>. Otra definición de herida es la respuesta a una agresión mecánica por un acto quirúrgico o traumático, entendiéndose como tal toda acción violenta ejercida sobre el organismo que de cómo resultado una solución de continuidad de los tejidos<sup>2</sup>.

Una herida es, por tanto, una lesión que se produce en el cuerpo, hay una pérdida de continuidad de la piel, producida por múltiples razones, aunque generalmente es debido a traumatismos o desgarros. Dependiendo de su gravedad es necesaria asistencia sanitaria y como consecuencia de la agresión de ese tejido existe riesgo de infección y posibilidad de lesiones en órganos y tejidos adyacentes: músculos, nervios y vasos sanguíneos<sup>3,4</sup>.

Los enfermeros a lo largo de la historia de nuestra profesión nos hemos venido enfrentando en nuestra labor asistencial diaria a la valoración, cuidado, tratamiento y curación de distintos tipos de heridas, de distinta causa, tipo, localización, complejidad o gravedad, utilizando para ello distintos tipos de curas, seca o húmeda, y distintos materiales según la disponibilidad en los centros sanitarios.

Los profesionales de enfermería han tenido y tienen grandes inquietudes en todo lo relacionado al estudio e investigación de heridas<sup>5</sup>. Numerosos protocolos, guías, revistas, artículos, grupos nacionales e internacionales existen en relación al estudio, divulgación y asesoramiento para el tratamiento y/o prevención de las mismas<sup>6,7</sup>.

Las heridas son un importante problema sanitario, que genera en ocasiones graves consecuencias en la calidad de vida de quienes las padecen y de quienes les rodean, y en la utilización tanto de tiempos asistenciales de los profesionales de enfermería como de recursos materiales<sup>6</sup>.

Los cambios en las pautas de curas de los distintos tipos de heridas a lo largo de las últimas décadas era evidente. Un grupo de enfermeros conscientes de este gran cambio sentimos la curiosidad de investigar cómo curábamos en el inicio de nuestra profesión y en la actualidad, recurriendo para ello a distintas fuentes que estaban a nuestro alcance.

## OBJETIVOS

Los objetivos que nos propusimos en este trabajo han sido:

- Revisar la evolución de las pautas de curas de heridas en un Centro de Salud de Cantabria y comparar dichas pautas hace 25 años con las actuales.
- Describir la percepción subjetiva de dichos cambios entre enfermeras que han presenciado ambas épocas.

## FUENTES

- Revisión de los Registros de Enfermería de 87 historias clínicas de pacientes fallecidos elegidas al azar en formato escrito y 40 historias clínicas en soporte digital de pacientes que en Enero de 2015 se les realizaba procedimiento de cura por parte de enfermería.
- Entrevista a 5 enfermeras que habían trabajado en el Centro de Salud desde los años 90 hasta la actualidad.

## METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo transversal comparativo de los resultados obtenidos en dos períodos A: 1989-1992 y B: Enero 2015.

Fue preciso recurrir a historias clínicas de pacientes que habían fallecido para tener más probabilidad de encontrar registros de enfermería con fecha entre los años 1989-1991. Se necesitó revisar 87 historias clínicas para encontrar 40 registros de enfermería con pautas de curas, que era el número de pacientes que fijamos estudiar. No pudimos valorar más ítems a parte de las pautas de curas por ausencia en los registros escritos de otras variables.

Se entrevistó a 5 enfermeras que habían trabajado en el Centro de Salud desde los años 90 hasta la actualidad, haciéndoles 4 preguntas abiertas sobre cómo eran las pautas de curas hace 25 años y en la actualidad y ventajas y/o inconvenientes antes y en la actualidad para los profesionales y los pacientes. Las entrevistas se realizaron por un solo investigador y se han garantizado en todo momento la confidencialidad de los datos y el anonimato de los pacientes.

## RESULTADOS

Se revisaron 87 historias clínicas de pacientes fallecidos encontrando en 40 de ellas registros de enfermería entre los años 1989-1991 con pautas de curas: 32,5% nitrofurazona (13), 20% sulfadiazina de plata (8), 17,5% solución mercurial (7), 12,5 % solución yodada (5) y 17,5% combinación (7)<sup>6</sup>. Gráfico 1.

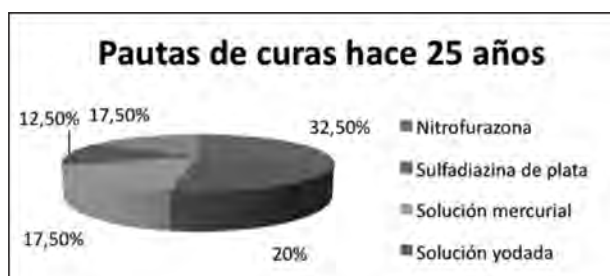


Gráfico 1. Pautas de curas de heridas hace 25 años.

De las 40 historias clínicas en soporte digital de pacientes con procedimiento de cura en Enero de 2015, las pautas empleadas fueron: 25% espuma de poliuretano (10), 20% apósito hidrocoloide (8), 10% apósito hidrocelular (4), 10% apósito con plata (4), 10% solución o tull yodado (4), 5% sulfadiazina de plata (2), 2,5% enzimas proteolíticas (1), 2,5% mupirocina (1), 15% combinación (6)<sup>6</sup>. Gráfico 2.



Gráfico 2. Pautas de cura de heridas en Enero de 2015.

Todas las enfermeras entrevistadas coinciden en que hace 25 años las curas las realizaban con soluciones antisépticas y/o antibióticas, desbridamiento quirúrgico cuando era necesario, gasas para controlar el exudado y vendaje o adhesivo para la sujeción. La frecuencia en la pauta en ocasiones era de varias veces al día, en cada turno o diaria, rara vez se podía espaciar más debido al control del exudado. Los pacientes sufrían más dolor e incomodidad por este motivo y por el desbridamiento cuando se precisaba. Actualmente aunque siguen utilizando alguna solución de las empleadas en los años 90, el uso de apósitos ha sustituido en la mayoría de los casos a dichas soluciones. Como ventajas más destacables del uso de apósitos mencionan el poder alargar la frecuencia de las curas, la disminución de las cargas de trabajo de enfermería, debido tanto a la gestión de tiempo como a la comodidad de uso del material (las soluciones hace 25 años venían preparadas en garrafas de farmacia y había que utilizar muchas gasas,



compresas, vendaje y apósitos según el tipo de herida y/o exudado) y la principal ventaja el mayor confort del paciente en relación a poder espaciar la pauta de cura, el desbridamiento autolítico y el mejor control del exudado.

## CONCLUSIONES

La sustitución en la utilización de soluciones-pomadas para el tratamiento de curas de heridas en los años 1990 frente al uso actual de apósitos ha sido el cambio más importante evidenciado en nuestro estudio y coincide con la percepción subjetiva de las enfermeras entrevistadas. Todas ellas refieren que aunque hay soluciones cuyo uso perdura en la actualidad, la disponibilidad de la diversa gama de apósitos en estos últimos años ha favorecido el poder espaciar más las pautas de cura mejorando las cargas de trabajo de enfermería y sobre todo el confort del paciente.

Nos hubiera gustado haber realizado un estudio con más datos pero no pudimos valorar más ítems, a parte de las pautas de curas, por ausencia en los registros escritos de enfermería de otras variables.

Sorprende que aún en la actualidad se sigan realizando las curas de heridas con pautas utilizadas hace décadas a pesar de la evolución y el cambio en los materiales que se emplean en las mismas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario de la lengua española. 22ª Edición. 2012. Disponible en: <http://rae.es/drae/?-val=herida>.
2. Cuidados generales de la piel. En: Manual CTO Enfermería. Vol II. Madrid: CTO; 2008. p. 567-588.
3. Lawley TJ, Yancey KB. Alteraciones de la piel. En: Longo DL, Kasper DL, Jameson JL et al, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol I. 18ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2014. p 317-352.
4. Long BC. El paciente con alteraciones dermatológicas. En: Long BC, Phipps WJ, editoras. La Enfermería médico-quirúrgica. Voll. 2ª ed. Madrid: Interamericana.McGraw-Hill; 1992. p. 1489-1530.
5. Esperón JA, Loureiro MT, Antón VM et al. Variabilidad en el abordaje de las heridas crónicas: ¿qué opinan las enfermeras? Gerokomos. 2015. Disponible en: <http://gneaupp.info/variabilidad-en-el-abordaje-de-las-heridas-cronicas-que-opinan-las-enfermeras-2/>
6. Cacicado R, Castañeda, C, Cossio F et al. Manual de prevención y cuidados locales de úlceras crónicas. 1ª ed. Santander: Servicio Cántabro de Salud; 2011.
7. <http://www.gneaupp.es>

# OPINIÓN DE PACIENTES, ENFERMERAS Y ALUMNOS MEDIANTE ENCUESTA VALIDADA SOBRE PRÁCTICAS CLÍNICAS DE ALUMNOS ENFERMERÍA

## *Nursing-School Clinical Practicum: Opinions of Patients, Nurses, and Nursing Students as Measured Using a Validated Survey*

Paloma Rodríguez Gómez

Esperanza Vélez Vélez

Ángela González Hernández

Escuela Enfermería Fundación Jiménez Díaz – UAM

**PALABRAS CLAVE:** Satisfacción del paciente, cuestionario, alumno de enfermería.

**KEY WORDS:** Patients' satisfaction, Questionnaire, Nursing students.

**RESUMEN:** La calidad es un requisito imprescindible para competir con organizaciones de todo el mundo.

**OBJETIVOS:** Comparar opiniones de pacientes, enfermeras y alumnos sobre prácticas clínicas mediante encuesta validada.

**MÉTODOS:** Estudio observacional descriptivo transversal. Ámbito de estudio: Hospital FJD y muestra total estudiada 667 pacientes, 90 enfermeras y 78 alumnos. Herramienta: Encuesta validada, unidimensional 12 ítems, fiabilidad (alfa Cronbach 0.92).

**RESULTADOS:** satisfacción pacientes 75,8-87%, enfermeras 66,6-79,4% y alumnos 72-85,2%.

**DISCUSIÓN:** pacientes mejor opinión sobre prácticas que enfermeras y alumnos. Aspectos más valorados: los relacionados con la intimidad (87%), escucha (86,6%), y menos valorados: educación sanitaria, (76%), e información (75,8%).

**ABSTRACT:** Quality is an essential requirement to compete with worldwide organizations.

**OBJECTIVE:** To compare patients, nurses and students' views of clinical practice using a validated questionnaire.

**METHODS:** Cross-sectional descriptive study, carried out in FJD Hospital with a final sample of: 667 patients, 90 nurses and 78 students. Study tool: a validated-unidimensional-12 Item questionnaire with a Cronbach alpha 0.92.

**RESULTS:** 75.8 to 87% patient satisfaction, nurses from 66.6 to 79.4%, and students from 72 to 85.2%.

**DISCUSSION:** Patients kept a better opinion than nurses and students about clinical training. Most valued aspects: those related to privacy (87%), listening (86.6%), and least appreciated: health education (76%), and information (75.8%).

## **INTRODUCCIÓN**

La calidad de los servicios sanitarios, clásicamente, se ha evaluado mediante los resultados directos e indirectos de la atención sanitaria desde el punto de vista de los profesionales sanitarios. Para evaluar la calidad de los resultados de la atención sanitaria, es imprescindible, incorporar el punto de vista del paciente, realizando estudios <sup>1-2-3-4</sup>, que tienen en cuenta las expectativas, necesidades, preferencias y satisfacción del paciente. Autores como Donabedian<sup>5</sup> y Ware<sup>6</sup> han señalado la importancia y pertinencia de introducir la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud, (calidad percibida), como parte y complemento de otras actividades de evaluación y mejora de la calidad asistencial, ya que, sólo conociendo las expectativas y necesidades sentidas por los pacientes, se puede proporcionar una correcta orientación de los servicios prestados. La calidad se está convirtiendo en nuestros días en un requisito imprescindible para competir en las organizaciones de todo el mundo, ya que las implicaciones que tienen con los resultados, tanto a corto como a largo plazo, son muy positivas para las empresas envueltas en este tipo de iniciativas. Se ha escrito ampliamente sobre la satisfacción del paciente, pero es escasa la investigación de la misma en relación al ámbito de los alumnos de enfermería. Los estudios de enfermería no son ajenos a la nueva organización del Espacio Europeo de Educación Superior y teniendo que modificar y adaptar sus planes de estudios, de acuerdo con lo establecido por la normativa actual, con un enfoque basado en competencias, siendo ahora el momento de desarrollar las nuevas metodologías orientadas a la adquisición de las mismas y, por ende, sistemas de evaluación que certifiquen y acrediten al estudiante competente al finalizar el Grado. La evaluación, como parte fundamental del proceso de enseñanza-aprendizaje, requiere de nuevos métodos que permitan evidenciar que se adquieren las competencias que exige cada Titulación. Es necesario, por tanto, disponer de instrumentos validados y fiables de evaluación que permitan demostrar, no sólo lo que exige el Ministerio a efectos de garantía de calidad de las Titulaciones de Grado en Enfermería, sino también, lo que exige la sociedad de los profesionales de Enfermería en el momento actual. Tras realizar una revisión bibliográfica, nos parece que la opinión de los pacientes, como herramienta de evaluación del practicum de los alumnos de enfermería, no se encuentra contemplada. Siendo un tema novedoso y original, ya que aporta algo nuevo, (opinión de los pacientes sobre las prácticas de los alumnos de enfermería), a lo ya conocido y estudiado (opinión de los pacientes sobre los profesionales sanitarios). Es importante para introducir estrategias de mejora en la calidad asistencial y universitaria.

## **OBJETIVOS**

1. Comparar las opiniones de los tres grupos, pacientes, tutores de prácticas y alumnos de enfermería.
2. Identificar qué aspectos valora positiva y negativamente el paciente con respecto a las prácticas clínicas de los alumnos de enfermería.

## **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo transversal, realizado en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (HUFJD) de Madrid, durante los meses de febrero a junio de 2012. La Herramienta para la recogida de datos fue mediante encuesta validada. Para determinar el número de factores se utilizó el Análisis Paralelo, obteniendo un test unidimensional de 12 Ítems, y una fiabilidad mediante alfa Cronbach de 0.92. La muestra fueron pacientes ingresados en HUFJD (667), enfermeras tutoras de prácticas (90) y alumnos de enfermería de último curso (78). Tras el análisis de la calidad de la base de datos, se realizó un análisis descriptivo: las variables cualitativas se describen por su frecuencia y porcentaje y las variables cuantitativas por su media y desviación estándar (DE) o mediana y

rango intercuartílico (RI), en función de su distribución. La distribución se analizó mediante el test estadístico Kolmogorov-smirnov.

## RESULTADOS

### 1. DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES:

El cuestionario se pasó a una muestra de 667 pacientes, habiéndose recibido 498 contestaciones, siendo el índice de respuesta del 74,6%. El estudio de la normalidad de las variables cuantitativas, no permite asumir normalidad en la distribución de las variables edad, días de ingreso e ingresos por año. Al observar las características sociodemográficas de los 498 pacientes, encontramos, que la mediana de la edad fue de 72 años RI (58-80). El 52,2% de los pacientes son mujeres. El mayor porcentaje (44,4%) presenta estudios primarios, el 50,2% están casados y el 57,2% están jubilados.

### 2. DESCRIPTIVO DE LAS ENFERMERAS TUTORAS:

El cuestionario se pasó a una muestra final de 90 enfermeras (tutoras de prácticas), habiéndose recibido 76 contestaciones, siendo el índice de respuesta obtenido del 84,4%. El estudio de la normalidad, revela una distribución asimétrica de la variable edad. Al observar las características sociodemográficas de las 76 enfermeras que contestaron la encuesta, encontramos, una mediana de edad de 31, RI (26-38). El 96,1% de las enfermeras son mujeres, mientras que el 3,9% restante son hombres.

### 3. DESCRIPTIVO DE LOS ALUMNOS:

El cuestionario se pasó a una muestra final de 78 alumnos, se recibieron 66 contestaciones, lo que supone un índice de respuesta obtenido del 84,61%. La muestra de alumnos participantes presenta una mediana de edad de 21 años, RI (20-22). El 84,8% de los alumnos son mujeres, mientras que el 15,2% restante son hombres.

Los aspectos que más valoran los **pacientes** son los relacionados con la intimidad (87%) y la escucha (86,6%), mientras que los aspectos menos valorados son los relacionados a la educación sanitaria, estilos de vida saludable, consejos sanitarios y medidas de prevención (76%), así como la información sobre las normas generales del hospital (75,8%).

Los aspectos que más valoran las **enfermeras** son los relacionados con el tiempo que le deja el alumno al paciente para expresarse (79,4%), la escucha (78,8%), la transmisión de inquietudes o dudas (77,8%), el respeto por su intimidad corporal (75,2%) y el interés que demuestra el alumno por favorecer la autonomía del paciente (75,2%), mientras que los aspectos menos valorados son estilos de vida saludable, consejos sanitarios y medidas de prevención (66,8%), así como información sobre las normas generales del hospital (68,6%).

Los aspectos que más valoran los **alumnos** son los relacionados con favorecer la autonomía del paciente (85,2%), intimidad corporal (84,4%), la escucha (83,8%) y el respeto por valores, creencias y costumbres (83,2%), mientras que los aspectos menos valorados son los relacionados con estilos de vida saludable, consejos sanitarios, medidas de prevención (78,4%), rapidez al responder a una demanda personalizada (77,2%), así como información sobre normas generales del hospital (72%).

En la **Tabla** podemos observar los totales de las medias y porcentajes de satisfacción que ofrecen los pacientes, enfermeras y alumnos.

ITEM	Media (DE) Pacientes	Pacientes satisfacción global (%)	Media (DE) Enfermeras	Enfermeras satisfacción global (%)	Media (DE) Alumnos	Alumnos satisfacción global (%)
ÍTEM 1: En su opinión, el grado de satisfacción con la forma y el trato de acogerle la primera vez que contacta con el alumno de enfermería ha sido:	4,22 (0,87)	84,4	3,61 (0,83)	72,2	3,95 (0,72)	79
ÍTEM 2: La información sobre las normas generales del funcionamiento del hospital (horarios, comidas, visitas, etc) que le ha dado el alumno ha sido:	3,79 (1,20)	75,8	3,43 (0,77)	68,6	3,6 (0,75)	72
ÍTEM 3: La información sobre procedimientos y cuidados que le ha realizado el alumno ha sido:	4,19 (0,86)	83,8	3,64 (0,85)	72,8	4 (0,75)	80
ÍTEM 4: Se siente usted escuchado por el alumno	4,33 (0,81)	86,6	3,94 (0,86)	78,8	4,19 (0,81)	83,8
ÍTEM 5: El alumno le ha dejado tiempo a expresarse cuando lo ha necesitado	4,28 (0,82)	85,6	3,97 (0,86)	79,4	4,11 (0,80)	82,2
ÍTEM 6: La transmisión por parte del alumno a la enfermera de sus inquietudes y dudas ha sido	4,12 (0,88)	82,4	3,89 (0,85)	77,8	3,97 (0,92)	79,4
ÍTEM 7: En su opinión, la rapidez al responder a una demanda personalizada por parte del alumno ha sido:	4,09 (0,86)	81,8	3,6 (0,93)	72	3,86 (0,80)	77,2
ÍTEM 8: En su opinión, al realizar los cuidados propios de enfermería el alumno ha respetado su intimidad corporal:	4,35 (0,77)	87	3,76 (0,83)	75,2	4,22 (0,84)	84,4
ÍTEM 9: El respeto por sus valores, creencias y costumbres por parte del alumno ha sido:	4,21 (0,84)	84,2	3,85 (0,81)	77	4,16 (0,85)	83,2
ÍTEM 10: El interés que demuestra el alumno para favorecer su autonomía ha sido:	4,25 (0,82)	85	3,63 (0,94)	75,2	4,26 (0,74)	85,2
ÍTEM 11: El interés que demuestra el alumno para explicarle estilos de vida saludables, consejos sanitarios y medidas de prevención ha sido:	3,80 (1,20)	76	3,34 (0,94)	66,8	3,9 (0,81)	78,4
ÍTEM 12: En su opinión la preparación del alumno de enfermería ha sido:	4,26 (0,78)	85,2	3,69 (0,93)	73,8	4,17 (0,77)	83,4

## DISCUSIÓN

En relación a los resultados, se puede destacar, que con la herramienta empleada en este estudio, podemos conocer como novedad, la opinión que tienen los pacientes sobre las prácticas

de los alumnos de enfermería. De los tres grupos estudiados, son los pacientes lo que tienen mejor opinión, y las enfermeras son las que presentan porcentajes más bajos, esto puede ser debido a que el diseño de la encuesta, está pensado en la calidad funcional descrita por Grönroos<sup>7</sup>, que hace referencia a la forma en que el paciente percibe la interacción con el personal (trato, información, cortesía, respeto, etc), y no a la calidad técnica, que suele ser el Documento de Evaluación que realiza habitualmente la enfermera de prácticas. Si comparamos nuestros resultados de satisfacción de pacientes hacia los alumnos, con otros estudios de satisfacción de pacientes, a otros profesionales sanitarios<sup>7-8-9-10</sup>, coinciden en evaluar positivamente la calidad de la asistencia recibida en cuanto a escucha, empatía, intimidad, trato, etc. En nuestro estudio los aspectos más negativos son los relacionados con normas e información, dato que coincide con varios artículos<sup>10-11</sup>, lo que supone una oportunidad de mejora, ya que claramente los estudios demuestran cómo los pacientes manifiestan la necesidad de ser informados<sup>10-12</sup>. Este estudio, nos permite conocer la calidad en la Escuela desde la perspectiva del paciente y por tanto, proponer mejoras en los aspectos que nos refieren. En cuanto a las limitaciones de este trabajo, podemos decir, que la encuesta está diseñada para conocer la opinión de los pacientes sobre las prácticas de los estudiantes, pero se debe utilizar para conocer la opinión de alumnos y enfermeras otro tipo de encuesta que incluya también ítems correspondientes a calidad técnica. Al ser una herramienta de Evaluación sencilla, rápida y fiable, se recomienda su reproducción para otras Escuelas o Facultades de Enfermería.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Valderas JM, Ferrer M, Alonso J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Med Clin (Barc)* 2005; 125 (Supl. 1): 56- 60.
2. Pujula-Masó J, Suñer-Soler R, Puigdemont- Guinart M, Grau-Martín A, Bertrán-Noguer C, Hortal-Gasull G, Baró Ministrall N et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enf Clin.* 2006;16(1):19-26.
3. Pérez Jover V, Mira JJ, Tomás O, Nebot C, Rodríguez-Marín J. Buenas prácticas y satisfacción del paciente. *Rev Calidad Asistencial* 2010;25(6):348-55.
4. Castelo S, Valenciano A, Tabeada J, Bastida R. Mejoras en los servicios generales de un hospital a raíz de las encuestas a pacientes. *Rev Calidad Asistencial* 2010;25(5):275-80.
5. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quart* 1966; 44(2): 166-202.
6. Ware JE, Davies-Avery A, Stewart AL. The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health Med Care Service Rev* 1978; 1(1):13-5.
7. Grönroos C. *Marketing y gestión de servicios: la gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios.* Madrid: Editorial Díaz de Santos. 1994.
8. García A, Herrero J, Corral L, Jorge R. Calidad percibida por los usuarios de un servicio de Medicina Interna tras 5 años de aplicación de una encuesta de satisfacción. *Rev Calid Asist* 2010;25(2):97-105.
9. Regaira E, Sola M, Goñi R, Del Barrio M, Margall M.A, Asiain M.C. La Calidad asistencial en cuidados intensivos evaluada por los pacientes mediante la escala SERVQUAL. *Enfermería Intensiva* 2010;21(1):3-10.
10. González-Valentín, MA, Padín López S, Ramón Garrido, E. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enfermería Clínica.* 2005;15(3):147-55.

11. Santana J, Bauer AE, Minamisava R, Queiroz AL, Regina M. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(3):454-60.
12. Guix J, Fernández J, Sala J. Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes. *Gac Sanit*. 2006;20:465-72.

Este libro se acabó de imprimir en Santander,  
el 1 de mayo de 2015,  
“Día Internacional  
del Trabajador”

