



Colegio de Enfermería
de Salamanca

Los Colegios Profesionales de Enfermería, su función social e institucional

Coordinadores:

Carmen Sánchez Macarro
Antonio Claret García Martínez
Manuel Jesús García Martínez



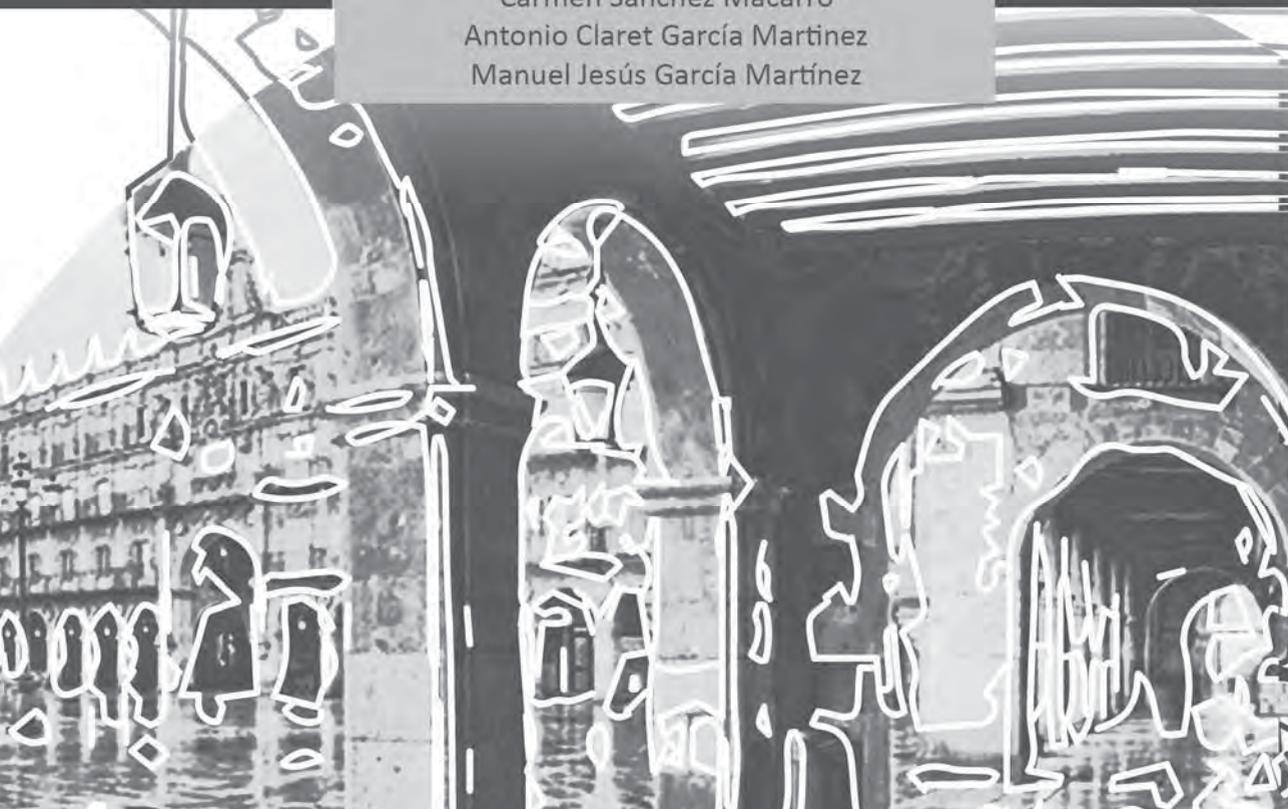


Colegio de Enfermería
de Salamanca

Los Colegios Profesionales de Enfermería, su función social e institucional

Coordinadores:

Carmen Sánchez Macarro
Antonio Claret García Martínez
Manuel Jesús García Martínez





Edita: Colegio Profesional de Enfermería de Salamanca
C/ Dimas Madariaga, 14 Bajo · 37005 Salamanca

© Colegio Profesional de Enfermería de Salamanca
© Los autores

“Este ebook incluye los enlaces a los videos de todas las Conferencias y Mesas redondas presentadas en el XV Congreso Nacional y X Internacional de Historia de la Enfermería celebrado en Salamanca del 4 al 6 de Mayo de 2017”.

ISBN: 978-84-497-5073-5

Coordinadores:

Carmen Sánchez Macarro, Antonio Claret García Martínez, Manuel Jesús García Martínez

Consejo Asesor:

Francisca J. Hernández Martín, M^a. José García Romo, Emilia Ruiz Antúnez, Carolina Benito Vela, Asunción Casado Romo, M^a. del Carmelo de Castro Sánchez, M^a. Luz Fernández Fernández, Ramón del Gallego Lastra, Pilar González Barez, Isidoro Jiménez Rodríguez, Amparo Martín García, M^a. Isabel Morente Parra, Paloma Rodríguez de la Cruz, David Sánchez Lozano, Amparo Tamborino Santos, M^a. Josefa Tocino Rodríguez

Maquetación:

David González Martín

Diseño Grafico:

David González Martín, Ruth M. Sánchez Albarrán

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.

PRÓLOGO. Carmen Sánchez Macarro.....	15
PRESENTACIÓN. Francisca J. Hernández Martín.....	19
CARTA DE S.M. LA REINA	21

**PARTE PRIMERA:
LOS COLEGIOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

Capítulo 1. Los Colegios Profesionales de Enfermería. Su función social e institucional. Marco nacional e internacional

- Fuentes para la investigación de la Historia de la Enfermería. Los archivos colegiales. ANTONIO CLARET GARCÍA MARTÍNEZ, MANUEL JESÚS GARCÍA MARTÍNEZ	27
- El valor de la investigación histórica en la consolidación de la profesión enfermera. MARIA LUZ FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ	45
- Responsabilidad civil extracontractual de la administración pública por los daños derivados de la prestación sanitaria [una muestra jurisprudencial: los pronunciamientos del tribunal supremo de 2016] JUAN MANUEL ALEGRE ÁVILA.....	65
- El cuidar enfermero en los Códigos Éticos. FRANCISCO DE LLANOS PEÑA	103
- Los colegios y la unificación de la titulación enfermera. ISIDORO JIMÉNEZ RODRÍGUEZ.....	111
- El Colegio de Enfermería de Salamanca un siglo trabajando por la protección y defensa de los enfermeros y enfermos/usuarios. CARMEN SÁNCHEZ MACARRO	131
- Towards professionalism: Early training institutions for nurses in Ireland. GERARD FEALY	145
- Orden de Enfermería: del sueño a la realidad (Portugal: 1940 - 2000). OSCAR M. RAMOS FERRERIA	161
- Los colegios de enfermería en Italia. ANNA LA TORRE	175
- Los Colegios de Enfermería y las Órdenes Religiosas. FRANCISCA J. HERNÁNDEZ MARTÍN.....	187
- Las organizaciones de enfermería y la investigación en Latinoamérica. ANA LUISA VELANDIA MORA	197
- Los Colegios de Matronas y su proyección social a comienzos del siglo XX. MANUEL JESÚS GARCÍA MARTÍNEZ, ANTONIO CLARET GARCÍA MARTÍNEZ	211
- El futuro de los Colegios profesionales en la Sanidad del siglo XXI. ROCÍO CARDEÑOSO HERRERO	229

Capítulo 2: Colegios de Enfermería de España: hacia la reconstrucción de su historia.

- Historia del Colegio de Enfermería de Gipuzkoa. MANUEL SOLÓRZANO SÁNCHEZ..... 245
- El Colegio Matronal de Soria (1954-1984). M^ª DEL CARMEN ROJO PASCUAL,
MARÍA GARCÍA FUGAROLAS, HUGO ROJO SEGUÍ. 253
- Los primeros Colegios de Practicantes, Matronas y Enfermeras en Castilla-La
Mancha. RAÚL EXPÓSITO GONZÁLEZ. 261
- Revista "Nuberos" del Colegio de Enfermería de Cantabria.
GLORIA DE ALFONSO BLANES 271
- La actividad colegial de los practicantes en "La Vanguardia" (1905-1935)
DANIEL DÍAZ VILLAFRUELA, MIRIAM COBREROS PEÑAS, ISMAEL FERNÁNDEZ BONET. 279
- El Colegio Oficial de A.T.S. Valladolid a través de la Revista de los Ayudantes
Técnicos Sanitarios (1976-1980). MARÍA LÓPEZ VALLECILLO. 285
- Fuentes de investigación para la historia del Colegio de Enfermería de Cádiz.
MARIANA GARCÍA, MANUEL CANO LEAL, FRANCISCO GLICERIO CONDE MORA 293
- Luces y sombras de la organización colegial desde una perspectiva de género.
CONCHA GERMÁN BES, YOLANDA MARTÍNEZ SANTOS 299
- La Proyección social del Colegio de Enfermería de Cantabria.
ALEXANDRA GUALDRÓN ROMERO, ROCÍO CARDEÑOSO HERRERO, ANA MANZANAS GUTIÉRREZ. 307

PARTE SEGUNDA:

LOS COLEGIOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN SU CONTEXTO HISTÓRICO (SIGLOS XIX-XX)

Capítulo 3. Los grandes cambios en la Enfermería contemporánea.

- La enfermería durante el reinado de Isabel II. Marco legislativo de la
profesionalización enfermera en España. JOSÉ ANTONIO SÁNCHEZ MIURA,
ROCÍO ROMERO CASTILLO. 313
- El anticlericalismo en Europa como germen de la profesionalización de la
enfermería. Dualidad entre modelo francés y español ELADIO JOSÉ ROLO CARRÓN,
ELENA PÉREZ MARTÍN, ZAHIDA MARTÍNEZ CASTROSÍN. 319
- La prensa profesional sanitaria ante la propuesta de nivelación de titulaciones
de 1866. MIRIAM COBREROS PEÑAS, DANIEL DÍAZ VILLAFRUELA, ISMAEL FERNÁNDEZ BONET. 325
- Evolución de la enfermería en España en el siglo XIX y su institucionalización
como profesión. JOSÉ M^ª PALANCA DE LA VARGA, M^ª PAZ CASTRO GONZÁLEZ, PATRICIA PÉREZ GARCÍA. 333
- Instrumentos y técnicas odontológicas empleadas por los ministrantes.
MIRIAM COBREROS PEÑAS, DANIEL DÍAZ VILLAFRUELA, ISMAEL FERNÁNDEZ BONET. 343
- La ética enfermera durante la guerra Civil española.
M^ª EUGENIA GÓMEZ DE ENTERRÍA CUESTA, ANA ISABEL GANSO PÉREZ, MARIO AMO BLANCO 351

- La lucha por la autonomía profesional. Enfermeras referentes del periodo franquista en Catalunya. AMELIA GUILERA ROCHE, ANNA RAMIÓ JOFRE, CARMEN TORRES PENELLA.	359
- La electricidad como agente terapéutico: su utilización por los Practicantes a mediados del siglo XX. SERGIO GONZÁLEZ DE LA VERA.	363
- Heridas de cine. ELADIO JOSÉ ROLO CARRÓN, ELENA PÉREZ MARTÍN, ZAHIDA MARTÍNEZ CASTROSÍN.	371
- Enfermería y medios de comunicación en España. Siglo XX-XXI. ELENA MARTÍN GONZÁLEZ, MARIA TERESA MARTÍN GARCÍA.	377
- La percepción de los enfermeros y enfermeras tras cuarenta años de titulación universitaria en España. ALEXANDRA GUALDRÓN ROMERO, MARIO FLORES PRIETO, M ^ª LUZ FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ.	385
- El movimiento estudiantil en el período post-revolucionario de abril de 1974. Una escuela de Enfermería en Portugal. VIRIATO MASCARENHAS MOREIRA, LUÍS LISBOA SANTOS.	389
- Enseñanza de Enfermería en Brasil: de los principios hasta la actualidad. SÉRGIO LUIS ALVES DE MORAIS JÚNIOR, SANDRA MARIA DA PENHA CONCEIÇÃO, CLÁUDIA DE LIMA TEIXEIRA FUENTES GARCIA.	397
- Un siglo de cambio en el tratamiento de las heridas. M ^ª . ISABEL ROMO SANZ, LUIS CERÓN GARCÍA, JULIA M. HERNÁNDEZ CARRERA.	403

Capítulo 4: Instituciones enfermeras.

- Importancia de la Hermandad de Salus Infirmorum en la redacción del Código Deontológico Profesional. M ^ª JOSÉ CARRANZA NAVAL, ÁNGEL MARTÍNEZ ÁVILA, ANTONIO MEJÍAS MÁRQUEZ.	407
- Movilización de jóvenes voluntarias y formación de Damas Enfermeras de la Cruz Roja durante la Guerra Civil Española. JOSÉ ANTONIO SÁNCHEZ MIURA, ROCÍO ROMERO CASTILLO.	415
- Influencia de la I Guerra Mundial en la enfermería española. Título de enfermería y Plan Formativo de la Cruz Roja. JOSÉ ANTONIO SÁNCHEZ MIURA, ROCÍO ROMERO CASTILLO.	421
- El Comité Femenino de Higiene Popular y su aportación a la Enfermería. MARIA ISABEL ARANDOJO MORALES, JOSEFA CENTENO BRIME.	427
- Estudio sobre la evolución de los cuidados de Enfermería en el Hospital del Mar de Barcelona. Dando visibilidad enfermera. CARMEN VILA GIMENO, PILAR VILLAVIEJA BUENO.	435
- Participación de Salus Infirmorum en el Comité Internacional Católico de Enfermeras y Asistencia Médica y Social. ISABEL LOURDES LEPIANI DIAZ, MARÍA JOSÉ CARRANZA NAVAL, ÁNGEL MARTÍNEZ ÁVILA.	441
- Asociaciones enfermeras en la filatelia mundial. TXARO ULIARTE LARRIKETA, JOSÉ EUGENIO GUERRA GONZÁLEZ, MARISOL ULIARTE LARRIKETA.	447

Capítulo 5: Biografías para la Historia de la Enfermería.

- Investigación enfermera: primera enfermera en administrar la vacuna de manera internacional: Isabel Zandal. ELENA MARIA CRUZ MORALES, BEATRIZ VALDAYO ROSADO, ROCIO MARTIN ALMENTA. 457
- Las otras funciones de la matrona, más allá de la asistencia médica. El caso de Victoria Campos en 1814. LAURA GUTIÉRREZ CHICOTE. 463
- Sor María Esperanza Blanc, pionera de la formación competencial de la enfermería leridana. LORENA LOURDES TEJERO VIDAL, CARMEN TORRES PENELLA. 469
- El practicante, recuerdo u olvido. Historia de Josep Cabús. CARMEN TORRES PENELLA, LORENA LOURDES TEJERO VIDAL. 473
- Nicolás Barajuán, presidente del Colegio de Practicantes de Álava entre 1907 y 1918. MANUEL FERREIRO ARDIÓNS, JUAN LEZAUN VALDUBIECO. 479
- Análisis prosopográfico de Mercedes Milá y Carmen Cavestany: su participación en los Órganos Colegiados. MARÍA DEL MAR GÓMEZ SÁNCHEZ, RODRIGO GUTIÉRREZ LÓPEZ, FRANCISCO GLICERIO CONDE MORA 487
- María Abaurrea, Rectora de Salus Infirmorum de Cádiz. Su reconocimiento por el Consejo Nacional. FRANCISCO GLICERIO CONDE MORA, CONCEPCIÓN MATA PÉREZ, ISABEL LEPIANI DÍAZ 493
- El Practicante y Procurador en cortes, Manuel March Tortonda (1906-1953). ISIDORO JIMÉNEZ RODRÍGUEZ, INMACULADA CORRAL LIRIA. 501
- Isabel Zandal, la primera enfermera de la historia en labor internacional. MARÍA DE LOS ÁNGELES BOYERO PEREIRA, JUAN MANUEL IGEA AZNAR. 509

PARTE TERCERA: HACIA LOS ORÍGENES DE LA ENFERMERÍA

Capítulo 6. Los antecedentes de una Enfermería moderna en España.

- Los tribunales de la Santa Inquisición y sus consecuencias en la actividad sanadora en Toledo (s. XV a XVII). MINERVA VELASCO ABELLÁN, SAGRARIO GÓMEZ CANTARINO, ISABEL DEL PUERTO FERNÁNDEZ. 521
- El aspecto social del cuidado en el siglo XVI. Una aproximación a la antropología enfermera en la Valencia Renacentista. AMPARO NOGALES ESPERT..... 529
- Aplicación de los remedios por enfermeros religiosos: El empleo del “vinum acre” al siglo XVIII. HELGA RAFAEL HENRIQUES, ISABEL PEREIRA, CRISTINA LAVAREDA BAIXINHO. 537
- Ejemplos musicales en la obra de Simón López, Directorio de Enfermeros, 1668. RAMÓN PÉREZ PEÑARANDA. 543
- Antecedentes históricos de la organización profesional de la sanidad en España: El Protomedicato, siglos XIV-XIX. JOSÉ M^º PALANCA DE LA VARGA, M^º PAZ CASTRO GONZÁLEZ, PATRICIA PÉREZ GARCÍA. 551

- Medicina y religión frente a los cuidados femeninos (S. XV – XVII). SAGRARIO GÓMEZ CANTARINO, MINERVA VELASCO ABELLÁN, MARÍA IDOIA UGARTE GURRUTXAGA.	559
- El uso terapéutico del vino por parte de los enfermeros entre 1601-1800. CRISTINA LAVAREDA BAIXINHO, HELGA RAFAEL HENRIQUES, ISABEL PEREIRA.	567
- Identificación y localización de Hospitales antiguos en la provincia de Álava (España). MANUEL FERREIRO ARDIÓNS, JUAN LEZAUN VALDUBIECO.	575
- Cuidados y cuidadores en el Hospital General de Madrid en el siglo XVIII. MARÍA LORENTE PEDREILLE.	583
- La revolución médica de Paracelso: La visión holística del enfermo y su aplicación en Enfermería. DAVID LALOUMET CEDIEL, IRENE JIMENEZ VILLANUEVA, FABIO GUTIÉRREZ MARCOS.	591
- Los enfermeros en las boticas: su función. PALOMA POSADA MORENO, FRANCISCA J. HERNÁNDEZ MARTÍN, RAMÓN DEL GALLEGO LASTRA.	599

Capítulo 7: La prestación de cuidados: desde los orígenes hasta la Edad Media.

- Investigación Enfermera: Los primeros cuidadores en la prehistoria. BEATRIZ VALDAYO ROSADO, ROCÍO MARTÍN ALMENTA, ELENA MARÍA CRUZ MORALES.	609
- Los remedios de sanación de los papiros médicos del Imperio Medio egipcio. JAVIER FERNÁNDEZ DE RAMÓN, CRISTINA CRIADO FLORES.	613
- Mundo Clásico. Seguidores de Hipócrates, aportaciones a las CC. Salud, manuscritos realizados. LUCÍA PANIAGUA MONTORO, SARA QUINTINO GARGANTILLA, CARMEN M ^º RODRÍGUEZ GONZÁLEZ.	621
- Los hábitos alimentarios y las prácticas de salud en la Península Ibérica durante el tiempo de Gayo Plinio. ISABEL PEREIRA, HELGA RAFAEL HENRIQUES, CRISTINA LAVAREDA BAIXINHO.	629
- Alta Edad Media siglos V-X: Salud y Cuidados realizados en la cultura árabe. PATRICIA DOMÍNGUEZ ISABEL, AZUCENA ELENA HERNÁNDEZ, SARA FERNÁNDEZ ARROYO.	637
- Enfermería en la Edad Media. M ^º ÁNGELES MOLINA HERNANDO, MILAGROS ARBE OCHANDIANO, J. CARLOS MARTÍN CORRAL.	643

PARTE CUARTA:

HEURÍSTICA, EPISTEMOLOGÍA, METODOLOGÍA

Capítulo 8: Heurística. Fuentes para la Historia de la Enfermería.

- Documentos para la reglamentación sanitaria del Hospital de San José de Getafe (Madrid) en el siglo XVI. ISABEL PORTELA FILGUEIRAS, SUSANA MARÍA RAMÍREZ MARTÍN.	653
- Los practicantes en la prensa. Segunda mitad del siglo XIX. JOSEFA CENTENO BRIME, MÓNICA ÁLVAREZ RUIZ, FRANCISCA J. HERNÁNDEZ MARTÍN.	661

- Notas sobre la formación de los practicantes del siglo XIX. El libro “Vademecum del Practicante”. JOSÉ MARÍA PALANCA DE LA VARGA, PATRICIA PÉREZ GARCÍA, MARÍA TERESA PUENTE MARTÍNEZ.....	669
- Orígenes de los manuales para la enseñanza de la enfermería. FRANCISCA J. HERNÁNDEZ MARTÍN, MÓNICA ÁLVAREZ RUIZ, PALOMA POSADA MORENO.....	679
- La actualidad profesional durante 1926, a través de los editoriales de “El Practicante Toledano”. ISIDORO JIMÉNEZ RODRÍGUEZ, MARTA LOSA IGLESIAS.....	687
- La formación del Ayudante Técnico Sanitario según los manuales de la editorial Oteo (1962-1975). YOLANDA MARTÍNEZ SANTOS, CONCHA GERMÁN BES.....	695
- La investigación histórica en la revista colegial de Huelva documentos de enfermería (1994-2016). JOSÉ EUGENIO GUERRA GONZÁLEZ, CARMEN Mª MARTINEZ SÁNCHEZ, DIEGO JOSÉ FERIA LORENZO.....	703
- Fuentes para la investigación de Historia de la Enfermería- Fondo Hospital de San José (Lisboa). LUÍS LISBOA SANTOS, VIRIATO MASCARENHAS MOREIRA.....	709
- Alternativas ante la ausencia de archivos especializados: otras fuentes. ANA ISABEL GANSO PÉREZ, Mª EUGENIA GÓMEZ DE ENTERRÍA CUESTA, MARTÍN JESÚS GUTIÉRREZ MORÁN.....	715

Capítulo 9. Epistemología, Metodología y Pensamiento enfermero.

- El conocimiento precientífico enfermero. ROCÍO MARTÍN ALMENTA, BEATRIZ VALDAYO ROSADO, ELENA MARIA CRUZ MORALES.....	725
- Historia de la Enfermería de Salud Mental. NATALIA SÁNCHEZ SÁNCHEZ, ANDREA CUERVAS-MONS TEJEDOR.....	729
- Revisión: la imagen social de Enfermería y su evolución histórica en el cine. MARIA DEL ROCÍO JIMÉNEZ CARABIAS, ALICIA VICENTE SÁNCHEZ, EMILIA RUIZ ANTÚNEZ.....	737
- El estudiantado ante el estudio de la historia enfermera y su contribución disciplinar. Mª CARMEN OLIVÉ FERRER, ANA MARTINEZ RODRIGUEZ, VICTORIA HERNÁNDEZ GRIMA.....	745
- Historia oral temática: descripción de pasos para la realización de estudios en el campo de la Enfermería. VANESSA RIBEIRO NEVES, MARIA CRISTINA SANNA, SÉRGIO L. ALVES DE MORAIS JÚNIOR.....	751
- Investigación en el desarrollo de la Enfermería. Mª PURIFICACIÓN JORGE HERNÁNDEZ, M. PILAR MONZÁLVIZ HERNÁNDEZ.....	757
- Dignidad humana y respeto a la vida como principio enfermero. ÁNGELA SIESTO LÓPEZ, Mª TERESA MENESES JIMÉNEZ, AMPARO LÓPEZ RUIZ.....	763
- Investigar en Enfermería para mejorar la relación con el paciente. ELENA MARTÍN GONZÁLEZ, IRENE DÍAZ GARCÍA.....	771
- La Metodología enfermera desde la óptica asistencial cuarenta años después de la titulación universitaria. MARIO FLORES PRIETO, ALEXANDRA GUALDRÓN ROMERO, Mª LUZ FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ.....	779

- La recepción del pensamiento de Heidegger en la enfermería contemporánea: un estudio bibliométrico. ANA RAMOS CRUZ, GINÉS MATEO MARTÍNEZ, ANTONIO VÁZQUEZ.....	783
- Más allá de Sorge. Algunas claves sobre la utilidad del pensamiento de Heidegger para una filosofía de los cuidados. JULIO VIELVA, ANTONIO VÁZQUEZ, FLORENTINO BLANCO.	789
- Epistemología de Estudios de Mujeres: aplicación a la Historia de la Enfermería. CORAL CUADRADA.	797
- El cuerpo: una visión de la evolución del concepto. CRISTINA MARÍA ROSA JEREMÍAS, JOSÉ MANUEL SOBRA, MARÍA DOS ANJOS PEREIRA LOPES.	807
- La enfermería, en cada etapa histórica, representa los valores de la sociedad a la que cuida. NOEMÍ HERRERO PORTILLA, JOSÉ A. MARTÍN AMADOR.	815
Capítulo 10. La Enfermería: miradas desde el Presente.	
- La enfermería escribiendo la Historia: trigésimo aniversario de la Ley General de Sanidad (1986). ISIDORO JIMÉNEZ RODRÍGUEZ.	825
- La actuación y la práctica del enfermero auditor para mejorar la calidad de servicio en la salud: Una revisión integrativa. JAQUELINE VIEIRA DE OLIVEIRA.	833
- Derecho al Consentimiento Informado del Paciente y competencia en Enfermería. MILAGROS ARBE OCHANDIANO, M ^a ÁNGELES MOLINA HERNANDO, J. CARLOS MARTÍN CORRAL.	841
- Situación actual del clima organizacional de la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN), Valparaíso, Chile. MARITZA SOTO URTUBIA.	847
- Autonomía en el paciente psiquiátrico: criterios para la toma de decisiones. TAMARA RAQUEL VELASCO SANZ, FRANCISCA J. HERNÁNDEZ MARTÍN.	855
- De la sumisión a la autonomía profesional, un camino inacabado. M ^a CARMEN SELLÁN SOTO, M ^a LUISA DÍAZ MARTÍNEZ, ANTONIO VÁZQUEZ SELLÁN.	861
- Respeto a la vida y a la dignidad humana. LUIS MARÍA HERRERO GARCÍA, NOEMÍ CALVO TAMAMES.	869
- La relación humana entre la enfermera y el paciente. ESTELA ROMERO RODRÍGUEZ, ELISA BENITO GARCÍA.	875
- Relación con el paciente. LUIS MARÍA HERRERO GARCÍA, RAQUEL CABO VILLALÓN, NOEMÍ CALVO TAMAMES.	881
- Autonomía y el Consentimiento informado y la competencia. ESTELA ROMERO RODRÍGUEZ, RAQUEL CABO VILLALÓN, ELISA BENITO GARCÍA.	889
- Evolución de la enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria. Abriendo caminos. SARA BERMUDO FUENMAYOR, MARÍA RODRÍGUEZ CARRASCO, LUCIA RÍOS CAMBERO.	895
MULTIMEDIA Y COLOFÓN.	901

Prólogo



Conocer el pasado de la Enfermería nos permite no solo descubrir los caminos andados por la profesión, sino también explicarnos su momento presente y poder trazar su porvenir. Si para todos los colectivos es importante conocer su historia para poder abordar el futuro, para las enfermeras y enfermeros, lo es aún más. Los cuidados, desde una perspectiva más o menos profesionalizada, han estado presentes desde el comienzo de la humanidad y han permitido la evolución del hombre. No podemos olvidar que desde su nacimiento el ser humano es vulnerable y necesita las atenciones de otros para poder recorrer su ciclo vital.

A pesar de esta presencia de personas encargadas de atender y asistir en la enfermedad o preservar la salud del resto de la comunidad en todas las culturas y civilizaciones, desconocemos muchos aspectos relativos a su ejercicio y ámbitos de actuación.

La presente publicación recoge más de cien trabajos de investigación sobre la historia de la Enfermería. Detrás de cada una de estas aportaciones están horas de estudio y análisis en la interpretación de un momento, circunstancia o suceso de interés para la profesión. Gracias a estos nuevos textos conoceremos algo más sobre quienes nos han precedido y las circunstancias en que se ha desarrollado su labor.

Ha sido a lo largo de las últimas dos décadas cuando la historia de la enfermería ha despertado un interés para las enfermeras españolas. En este sentido hay que destacar la labor llevada a cabo por el Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería y la Asociación Nacional de Investigadores de Historia de la Enfermería, cuyas reuniones y congresos están descubriendo numerosos testimonios y aspectos que sitúan a los cuidadores españoles que nos han precedido, entre los más vanguardistas a nivel mundial. Empezamos a conocer la labor de las enfermeras en los antiguos hospitales; las normativas que orientaron su actuación; los hospitales, instituciones y lugares donde han prestado los cuidados; los planes de estudio que han guiado su formación; sus líderes o personajes más sobresalientes... Y todo ello se está materializando en estudios monográficos, artículos y tesis doctorales de gran interés.

Es un honor para el Colegio de Enfermería de Salamanca y para su Junta de Gobierno poner en tus manos estas páginas sobre nuestra historia. Su publicación coincide con los primeros cien años de vida de esta institución que me honro en presidir. Un siglo apasionante que comenzó casi a la vez que el reconocimiento oficial del título de enfermera en España, allá por el año 1915. Podemos asegurar que ha sido un periodo de gran interés para la Enfermería en España que no solo ha sabido adaptarse a los cambios que se estaban produciendo en otras naciones, sino que ha llegado a alcanzar una práctica profesional puntera a nivel mundial.

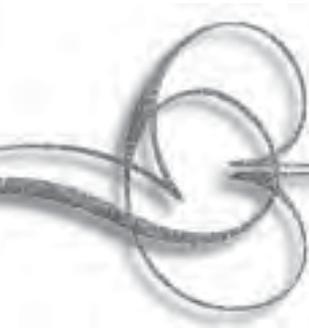
Conseguir que nuestra Enfermería se sitúe entre los primeros puestos no ha sido fácil y ha exigido el sacrificio y entrega de quienes nos han precedido. Atrás quedan las antiguas disputas entre practicantes y enfermeras, o las manifestaciones y medidas de presión para conseguir un nivel de estudios adecuado para poder prestar unos cuidados de calidad. No

ha sido fácil llegar hasta aquí, como tampoco lo será superar los retos presentes y los que se nos planteen más adelante.

Sin duda, estos nuevos tiempos también estarán guiados por los Colegios Profesionales y su función de regular y garantizar unos cuidados excelentes a la sociedad. Esta ha sido, y es la meta del Colegio Profesional de Enfermería de Salamanca a lo largo del último siglo. Nuestro recuerdo entrañable a quienes han guiado durante estos cien años los destinos de nuestro Colegio. Gratitud y reconocimiento que también hacemos extensible a los profesionales enfermeras y enfermeros, que en los distintos tiempos y circunstancias, han dado lo mejor de sí mismos en la compleja y difícil tarea de cuidar.

Carmen Sánchez Macarro

Presidenta del Colegio Profesional de Enfermería de Salamanca

A decorative flourish consisting of several overlapping loops and a trailing line that ends in a small arrowhead, positioned to the left of the title.

Presentación



LOS COLEGIOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, SU FUNCIÓN SOCIAL E INSTITUCIONAL

El libro que tiene en sus manos es fruto de la reflexión y el debate que en este XV Congreso Nacional y X Internacional de Historia de la Enfermería hemos celebrado con ocasión del Centenario de esta Institución: el Colegio Oficial de Enfermería, de Salamanca. Con el lema *“Los Colegios Profesionales de Enfermería en la Historia. Su función social e institucional”* el Congreso ha sido organizado por dicho Colegio con el Seminario Permanente y la Asociación de Historiadores de la Enfermería. Un hecho que hay que situar en el tiempo.

La segunda mitad del siglo XIX vio la paulatina aparición de asociaciones profesionales que poco a poco se denominaron “colegios” y que se extiende hasta principios del siglo XX, no siendo siempre esta realidad tan nítida y clara. Su reconocimiento oficial no se logra hasta 1929. Sin embargo, quizá gracias a ese atrevimiento por defender el reconocimiento de su profesión, del que da razón la documentación que lo avala, es por lo que hemos podido celebrar este Congreso.

Los Colegios fueron definitivamente regulados por la Ley de 1974 y modificado por el artículo 36 de nuestra Constitución vigente de 1978. Dicho artículo, otorga a los Colegios una garantía institucional. Esta garantía institucional creada por directrices europeas se aplicaba a diversas instituciones y a la función pública. Esta categoría se aplicó posteriormente a los Colegios Profesionales para garantizar los rasgos característicos de su imagen social.

Las profesiones son roles sociales que dan respuesta a una necesidad social y que cualquiera no puede ejercerla. Su quehacer está relacionado con los dones más preciados por el ser humano como es la vida, la salud, la enfermedad o la muerte. Por ello, el profesional necesita una formación reglada y un reconocimiento social.

Hoy, la Enfermería es una profesión y la exigencia de la colegiación no es para defender los intereses de los profesionales enfermeros, sino para la defensa del interés público. Los profesionales de la sanidad son gestores de la salud. Las Profesiones colaboran de modo fundamental en la gestión de un bien Público tan relevante como es la salud, constitucionalizado en el artículo 43 de nuestra norma fundamental. Todo ello ha sido objeto de debate en este Congreso desde las conferencias, ponencias y trabajos de investigación presentados por los participantes en el mismo; desarrollado en un clima de atención y acogida propio de esta ciudad en la que se hermanan ciencia y humanidad a través de su Universidad y su gente.

El Congreso ha sido posible gracias a la colaboración de todos, principalmente del Colegio a través de su Presidenta, Carmen Sánchez, avezada en organizar estos eventos, y a la gentileza y aportación de las entidades que nos han ayudado. Todo ello ha contribuido

a que el Congreso haya alcanzado el nivel y reconocimiento que se merece, haciendo que hoy podamos tener el libro como testigo en nuestras manos.

Gracias a todos, y desde el Seminario y Asociación quedan invitados a participar de esta Historia, la Historia de nuestra Profesión, la Enfermería, que a decir de Florence Nightingale es “la más bella de las bellas artes”.

Francisca J. Hernández Martín

Directora del Seminario Permanente
Presidenta de la Asociación de Historiadores de la Enfermería



CASA DE S. M. EL REY

CREDENCIAL

Nº 251/2016

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 «**XV CONGRESO NACIONAL Y X INTERNACIONAL DE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA**» que, con el lema "*Los Colegios Profesionales de Enfermería. Su función social e institucional*", se celebrará en Salamanca del 4 al 6 de mayo de 2017.

Lo que me complace participarles para su conocimiento y efectos.

PALACIO DE LA ZARZUELA, 24 de octubre de 2016

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

SEÑORAS PRESIDENTAS DEL COMITÉ CIENTÍFICO Y ORGANIZADOR DEL CONGRESO.

SALAMANCA



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

Palacio de La Zarzuela
Madrid, 30 de septiembre de 2016

Señoras
DOÑA FRANCISCA J. HERNÁNDEZ MARTÍN Y
DOÑA CARMEN SÁNCHEZ MACARRO
Presidentas del Comité Científico y Organizador del
«XV Congreso Nacional y X Internacional de Historia
de la Enfermería»
C/ Dimas Madariaga, 14
37005 SALAMANCA

Estimadas Presidentas:

Como continuación a mi carta del pasado 31 de agosto, me complace informarles 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 «XV Congreso Nacional y X Internacional de Historia de la Enfermería» que, con el lema "Los Colegios Profesionales de Enfermería. Su función social e institucional", se celebrará en Salamanca del 4 al 6 de mayo de 2017, por lo que adjunto tengo mucho gusto en remitirles la correspondiente Credencial.

Respecto de la invitación que formulan a Su Majestad para que presida el acto de inauguración del Congreso, les informo de que tenemos tomada nota de la misma y, en fechas más próximas a su celebración, les comunicaremos si es posible encajar este evento en Su agenda.

Aprovecho la ocasión para enviarles un cordial saludo de Su Majestad, al que añado el mío propio,

JOSÉ MANUEL ZULETA

al



Parte Primera

Los Colegios Profesionales de Enfermería





Capítulo 1

Los Colegios Profesionales de Enfermería.
Su función social e institucional. Marco
nacional e internacional



FUENTES PARA LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA: LOS ARCHIVOS COLEGIALES

SOURCES FOR THE HISTORY OF NURSING: NURSING COUNCILS ARCHIVES

Antonio Claret García Martínez

Facultad de Humanidades. Universidad de Huelva

Manuel Jesús García Martínez

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla

PALABRAS CLAVE: Colegios de Enfermería, Archivos de los Colegios de Enfermería, Patrimonio Documental y Bibliográfico, Libros y Documentos.

KEY WORDS: Nursing Councils, Archives of Nursing Colleges, Documentary and Bibliographic Heritage, Books and Documents.

RESUMEN: Los Colegios de Enfermería de toda España guardan una documentación que es resultado de sus actividades institucionales y sociales, con frecuencia fechada desde los primeros años de su fundación, en la segunda mitad del siglo XIX y primeras décadas del XX. Pero este rico Patrimonio Histórico de la Enfermería española corre el riesgo de perderse si no se toman las medidas adecuadas y deciden los Colegios profesionales la creación de sus Archivos Históricos.

El trabajo que presentamos viene a remarcar la necesidad de que los representantes colegiales promuevan la recuperación, salvaguarda y puesta en valor del Patrimonio Histórico, y en especial el Documental y Bibliográfico, de los Colegios de Enfermería y a ofrecer algunas estrategias para su consecución y puesta en valor.

ABSTRACT: The Nursing Councils of all Spain keep a documentation that is the result of their institutional and social activities, frequently dated from the first years of its foundation, in the second half of the nineteenth century and first decades of the twentieth. But this rich Historical Heritage of Spanish Nursing runs the risk of being lost if appropriate measures are not taken and professional Councils decide to create their Historical Archives.

The work presented here underscores the need for council staff to promote the recovery, safeguarding and enhancement of Historical Heritage, especially the Documentary and Bibliographic, and to offer some strategies for its achievement and diffusion.

INTRODUCCIÓN

Los Colegios de Enfermería de España tienen tras de sí una dilatada y compleja historia, que hunde sus raíces hasta mediados del siglo XIX, cuando se promulga la Titulación de Practicantes y Matronas por la Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857. Con las primeras promociones de practicantes va surgiendo la idea de la defensa del colectivo y se producen las primeras reuniones y agrupaciones en distintas ciudades de España que conformarán a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX los Colegios Profesionales de Practicantes, denominados de distinta manera, aunque siguiendo unos patrones comunes.

La fundación de los Colegios se inicia siempre con un proceso de institucionalización que consistía en el establecimiento de una Junta Directiva (al principio de manera nominal y funcional), la búsqueda de una sede social en donde pudieran llevarse a cabo las reuniones y sirviera de punto de encuentro entre los colegiados, la creación de una masa social y la redacción de unos estatutos. En los primeros momentos del nacimiento de estas asociaciones profesionales¹, imperó el liderazgo claro de alguno o varios profesionales que asumieron la responsabilidad y dedicaron tiempo, esfuerzo y, con frecuencia, soporte económico propios para dar forma a la institución colegial. A partir de ahí, cada Colegio tiene su propia historia, con frecuencia profundamente imbricada con la historia de otros Colegios provinciales cercanos o de otras regiones del País².

1. EL PATRIMONIO HISTÓRICO DE LOS COLEGIOS DE ENFERMERÍA ESPAÑOLES

Tratados escritos por enfermeros³, documentos administrativos que refieren el trabajo de las enfermeras en los hospitales y otras instituciones asistenciales, el instrumental empleado por los practicantes en su trabajo domiciliario, las publicaciones periódicas promovidas por las asociaciones enfermeras y otros materiales que están siendo recuperados y puestos en valor para visibilizar el desarrollo de la profesión. Todo ello constituye el Patrimonio Histórico de la Enfermería española, o lo que es lo mismo, aquellos vestigios materiales e inmateriales que han sobrevivido al paso del tiempo y que

¹ Durante la segunda mitad del siglo XIX y los comienzos del XX se produce en toda España un estallido de movimientos asociativos, en los que participaron activamente practicantes y matronas. Puede verse al respecto GARCÍA MARTÍNEZ, M. J., GARCÍA MARTÍNEZ, A. C. (2004): "Mujer y Asociacionismo profesional. El Colegio de Matronas de Sevilla y su labor en la defensa del colectivo durante el primer tercio del siglo XX". En *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, núm. 9, pp. 607-624. ÁLVAREZ NEBRED, C., HERNÁNDEZ MARTÍN, F. (ed.): *El asociacionismo en la Enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión. 150 años de Historia del Colegio de Enfermeras de Madrid (1862-2012)*. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. Madrid, 2013. EXPÓSITO GONZÁLEZ, R. (2009): "Las primeras asociaciones nacionales de practicantes". En *Enfermería en Ciudad Real*, núm. 56. MARÍN PAZ, A. J. (2014): "El «Practicante Moderno» (1903-1904) y la I Asamblea de Practicantes de España: el asociacionismo del colectivo en el período regeneracionista". En *Temperamentvm*, núm. 20.

² La investigación sobre la historia de los Colegios de Enfermería conoce un momento de gran auge, pudiéndose encontrar numerosas monografías, artículos científicos y tesis doctorales: ÁVILA OLIVARES, J. A. (2012): *Evolución histórica del movimiento colegial de Enfermería: el Colegio de Alicante*. Tesis Doctoral defendida en la Universidad de Alicante.

³ ÁLVAREZ NEBRED, C.: *Catálogo bibliográfico de publicaciones enfermeras (1541-1978)*. Colegio de Enfermería de Madrid, 2008.

hablan del quehacer enfermero en nuestro País⁴.

La consolidación de los Colegios de Prácticas se llevó a cabo a través de una ingente actividad desarrollada por sus promotores, a través de reuniones personales, intercambio de cartas, celebración de actividades culturales y sociales, que servían de unión de los primeros miembros asociados y para el establecimiento de estrategias encaminadas a la formalización legal de la naciente institución colegial. Estos primeros momentos del nacimiento de la Institución suelen ser los más difíciles de documentar, ya que dejan poca constancia escrita. Aún así, es posible conocerlos a través de cartas redactadas tiempo después de los hechos y que hacen referencia a reuniones mantenidas con anterioridad.

En este sentido, los Colegios Profesionales de Enfermería han ido generando a lo largo de su existencia un rico patrimonio que está en gran medida por recuperar y que no está recibiendo la atención y el cuidado que debieran, salvo algunos contados casos a nivel nacional, consecuencia de la preocupación de presidentes y secretarios de algunos Colegios que han comprendido el valor sentimental e histórico del Patrimonio de las Instituciones que presiden y representan.

De este modo, desde los primeros momentos del nacimiento de los incipientes Colegios de Prácticas se fue generando una documentación escrita muy interesante y rica, que comienza a conformar el Patrimonio Histórico de estas Instituciones.

2. LOS ARCHIVOS DE LOS COLEGIOS DE ENFERMERÍA

El establecimiento de los Colegios Profesionales de Enfermería fue generando una rica documentación escrita como resultado de sus actividades. Gran parte de ella se ha ido perdiendo con el paso de los años y como consecuencia de los avatares históricos, especialmente tras el estallido y desarrollo de la Guerra Civil Española entre 1936 y 1939, que supuso la pérdida de una parte del Patrimonio Histórico español, muy especialmente libros y documentos por su fragilidad material. Aún así, una parte del mismo se ha podido salvar y ha sobrevivido de muy distinta manera, más por el interés personal de algunos colegiados que se han implicado en su conservación.

2.1. Naturaleza de los fondos de los Archivos Colegiales de Enfermería: el Colegio de Sevilla

Para nuestro estudio hemos tomado como referente y punto de partida el Archivo del Excelentísimo Colegio de Enfermería de Sevilla, al que conocemos bien gracias a las facilidades prestadas por su Presidente, D. José María Rueda Segura, y a su Secretario, D. Carmelo Gallardo Moraleda, para acceder a sus fondos y conocer los buenos trabajos de recuperación y custodia emprendidos en su seno desde hace ya unas décadas, lo que le ha permitido conservar unos fondos documentales y bibliográficos muy interesantes⁵.

⁴ El Colegio de Enfermería de Madrid y la Fundación Teresa Miralles inauguraron hace unos años un magnífico Museo de Historia de la Enfermería que recoge una colección de piezas de extraordinario valor para comprender la Profesión enfermera. Véase en <http://fundacionmariateresamiralles.es/#inicio>

⁵ En este sentido, deseamos agradecer tanto al Sr. Presidente del Colegio de Enfermería de Sevilla, D. José María Rueda Segura, como a su Secretario, D. Carmelo Gallardo Moraleda, su siempre disponibilidad para trabajar en el Archivo Colegial y conocer su situación y fondos documentales.

No es nuestra intención, ni en un trabajo de esta naturaleza sería lo más idóneo, crear y mostrar un cuadro de clasificación detallado de los fondos existentes en el Colegio sevillano, antes bien deseamos mostrar la documentación más interesante que conserva la Institución colegial y promover desde estas páginas la organización, recuperación y creación de los archivos colegiales como una tarea urgente y necesaria, para evitar su deterioro y pérdida definitiva.

Los Colegios de Enfermería son entes vivos, que generan una importante actividad administrativa e institucional y utilizan los documentos escritos para canalizar dichas actividades. Pasado el tiempo, el valor puramente administrativo de estos documentos pasan a un segundo plano y cobra vigencia e importancia su valor histórico; se convierten en “testigos de la institución colegial”.

Los Colegios son centros “emisores” de documentación, porque a lo largo de su existencia producen documentos en el ejercicio diario de sus funciones; generan actas de sus reuniones, cartas derivadas de sus relaciones con otras instituciones y personas, documentación económica como resultado de sus ingresos y gastos, elaboran informes de diversa naturaleza, publican boletines y revistas y producen otra documentación muy variada.

Pero también los Colegios son “receptores” de documentación, ya que obtienen respuestas a sus cartas, reciben invitaciones para participar en eventos, hacen intercambios de boletines con otros Colegios profesionales, de practicantes y otras corporaciones, además de otra documentación que han ido formando parte de lo que podría denominarse los documentos del Colegio.

2.2. Su situación actual

La situación actual de los fondos documentales de los Colegios de Enfermería en España es muy desigual. Según la información que nos han transmitido a título personal algunos presidentes de Colegios o sus secretarios, la recuperación y puesta en valor de estos fondos no ha venido siendo una prioridad entre sus estrategias, aunque reconocen no pocos de ellos que comienzan a contemplar la necesidad de una intervención que detenga su deterioro y ponga en valor este Patrimonio tan desconocido. Sólo en algunos casos, se encuentran Colegios que, si bien no se podría hablar en sentido estricto de la existencia de un archivo histórico colegial, sí por lo menos se han ocupado de guardar la documentación en cajas archivadoras y la mantienen recogida y protegida en armarios.

Existen algunos valiosos estudios al respecto con la recogida de encuestas para conocer la existencia o no de archivos colegiales o la supervivencia de documentación con cierta antigüedad, como el llevado a cabo por Diego J. Feria Lorenzo y José E. Guerra González⁶. Los datos extraídos son muy reveladores: de los casi 50 Colegios a los que se les envió una ficha-cuestionario solicitando información al respecto, la gran mayoría de los que contestaron afirmaron no disponer de un archivo histórico en sentido estricto,

⁶ LORENZO FERIA, D. J. Y GUERRA GONZÁLEZ, J. E. (2016): “La historia por escribir en los Colegios Oficiales de Enfermería provinciales, los archivos como fuentes de investigación”. En *Cultura de los Cuidados*, núm. 45, pp. 35-43.

aunque sí habían comenzado a publicar trabajos sobre la historia del Colegio⁷; en este sentido se observa en los últimos años un importante incremento en el número de publicaciones relacionadas con la Historia de los Colegios, fundamentalmente promovidas por la celebración de los centenarios de sus respectivas fundaciones⁸. Esta situación ha incrementado el interés por el estado de la documentación generada o guardada por los Colegios y la puesta en marcha de proyectos de recuperación de estos fondos documentales, aunque con no pocos problemas⁹.

2.3. Los fondos producidos por la Institución

Entre los fondos documentales más interesantes que suelen poseer los Colegios de Enfermería cabe destacar sus *Libros de Actas*. Estos Libros son la puesta por escrito de los acuerdos aprobados en las reuniones (Ordinarias y Extraordinarias) de las Juntas Directivas de los Colegios y por ello recogen los asuntos de máximo interés que preocupaban a la institución en cada momento de su historia. Su valor como fuente histórica es extraordinario, ya que en ellos aparecen los miembros constituyentes de las Juntas Directivas de los Colegios, los temas que preocupaban a los practicantes, las relaciones institucionales del Colegio, los asuntos de orden interno del mismo y referencias muy diversas a los más variados asuntos.

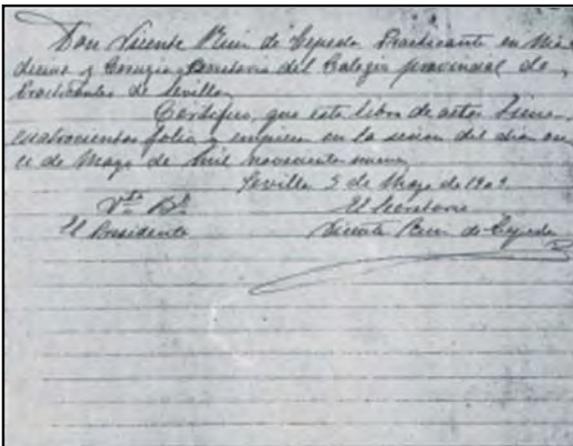


Ilustración 1. Libro de Actas del Colegio de Practicantes de Sevilla de 1909. La firma como Secretario Vicente Ruiz Cepeda. GALLARDO MORALEDA, C. et al.: *La Enfermería sevillana. El Colegio y su Historia (1900-1930)*. Colegio de Enfermería de Sevilla. Sevilla, 1993, p. 27.

⁷ Ver tabla elaborada en LORENZO FERIA, D. J. Y GUERRA GONZÁLEZ, J. E. (2016): "La historia por escribir en los Colegios Oficiales de Enfermería provinciales, los archivos como fuentes de investigación". En *Cultura de los Cuidados*, núm. 45, pp. 38-39.

⁸ HERRERA RODRÍGUEZ, F. (2000): "El Centenario del Colegio de Practicantes de Cádiz". En *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, núm. 7. Qalát Chábir, A.C., pp. 239-246.

⁹ Es de resaltar el trabajo llevado a cabo por JOSÉ E. GUERRA Y DIEGO J. FERIA sobre los fondos documentales del Colegio de Enfermería de Huelva. Véase GUERRA GONZÁLEZ, J. E. Y FERIA LORENZO, D. J. (2014): "Historiando el origen del Ilustre Colegio Provincial de Practicantes de Huelva". En *Cultura de los Cuidados*, núm. 38, pp. 59-63.

En el Archivo del Colegio de Enfermería de Sevilla se conservan Libros de Actas desde 1908¹⁰:

- Libro de Actas del Colegio Provincial de Practicantes de Sevilla (1908-1918).
- Libro de Actas de Juntas Directivas del Colegio Provincial de Auxiliares en Medicina y Cirugía de Sevilla (Diciembre de 1929-Octubre de 1930).

Y Libros de Actas del Colegio de los distintos períodos de su Historia:

- Libro de Actas del Consejo Provincial del Colegio de Auxiliares Sanitarios de Sevilla. Sección Practicantes (19 de marzo de 1962 a 11 de diciembre de 1969).
- Libro de Actas de la Junta Directiva del Colegio Provincial de Auxiliares Sanitarios de Sevilla. Sección Matronas (19 de enero de 1964 a 31 de julio de 1967).
- Libro de Actas del Consejo Provincial del Ilustre Colegio Oficial de A.T.S. de Sevilla (15 de enero de 1970 a 2 de noviembre de 1973).
- Libro de Actas de la Comisión Provincial (unificación de las Tres Secciones de Auxiliares Sanitarios de Sevilla) (30 de junio de 1977 a 9 de agosto de 1978).

La *Correspondencia* mantenida por los Colegios de Enfermería con otras instituciones o con personas a título individual (sean colegiados o no) conforma otra interesante sección documental que aporta abundante información sobre la actividad de la Institución. El mantenimiento de los contactos del Colegio y el establecimiento de relaciones institucionales se hacía fundamentalmente a través de las cartas, de ahí que hasta la expansión del teléfono y de los modernos sistemas de comunicación, la carta ocupara un lugar privilegiado entre los instrumentos de comunicación, a corta, media y larga distancia.

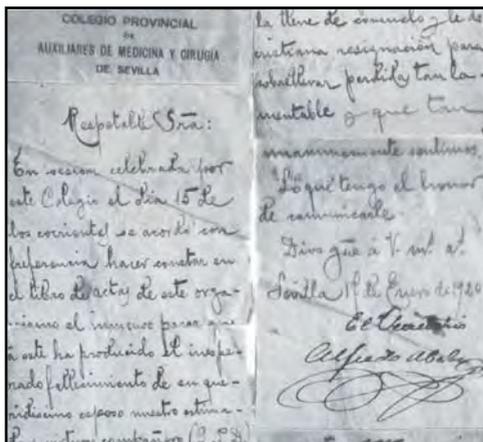


Ilustración 2. Carta de condolencia del Colegio de Sevilla a la viuda de Santos Bonilla, por el fallecimiento repentino del colegiado. GALLARDO MORALEDA, C. et al.: *La Enfermería sevillana. El Colegio y su Historia (1900-1930)*, p. 98.

¹⁰ Para comprender la Historia del Colegio de Enfermería de Sevilla es imprescindible consultar los exhaustivos y bien documentados trabajos de Carmelo Gallardo Moraleda y sus colaboradores: *La Enfermería Sevillana. El Colegio y su Historia* en cuatro volúmenes, que abarcan desde el año 1900 hasta el año 2005. En su elaboración ha sido fundamental la documentación existente entre los fondos del Colegio.

Las *Circulares Informativas* conforman otro tipo documental muy utilizado por los Colegios como medio de comunicación con sus colegiados. A través de ellas el Colegio informaba sobre asuntos muy diversos que preocupaban en cada momento a la Institución y servían para mantener informados a sus asociados.

Documentación muy variada: de la economía de los Colegios generaba documentación en forma de recibos, cartas de pago, facturas y documentos relacionado con la compra de material para uso del Colegio. Expedientes colegiales y registros de colegiados son otros tipos documentales de interés.

La economía de los Colegios ha sido siempre uno de los principales problemas que han tenido que solventar estas instituciones. La falta de ingresos regulares dificultaba su mantenimiento básico: gastos de alquiler de la Sede social, de papelería, de viajes de los miembros de las Juntas Directivas, de publicación del Boletín o Revista de los Colegios y otros gastos corrientes. Las cuotas de los asociados apenas cubrían unos gastos básicos y la inclusión de publicidad en los Boletines y Revistas venían a soportar con dificultad su maltrecha economía.

REGIONES	AÑOS					
	1921	1922	1923	1924	1925	1926
1.ª Andalucía Oriental y África...	100	113	125	100	204	172
2.ª Andalucía Occidental y Canarias	249	204	308	420	335	270
3.ª Aragón.....	460	501	817	914	692	110
4.ª Valencia y Murcia.....	415	415	660	488	450	205
5.ª Cataluña y Baleares.....	116	88	46	>	64	178
6.ª Vasco-Navarra.....	295	379	412	368	324	196,25
7.ª Castilla la Nueva y Extremadura	532	567	795	768	706	426
8.ª Castilla la Vieja.....	209	143	88	>	>	40
9.ª León.....	111	110	150	180	264	28
10.ª Galicia y Asturias.....	72	59	183	115	115	120
TOTALES.....	2 559	2 579	3 584	3 353	3 154	1 805,25

Ilustración 3. Ingresos de los Colegios agrupados por regiones. Gallardo Moraleda, C. et. al.: *La Enfermería sevillana. El Colegio y su Historia (1900-1930)*, p. 159.

Los fondos documentales de los Colegios suelen guardar también documentos muy diversos, como las fichas acreditativas de los colegiados locales.

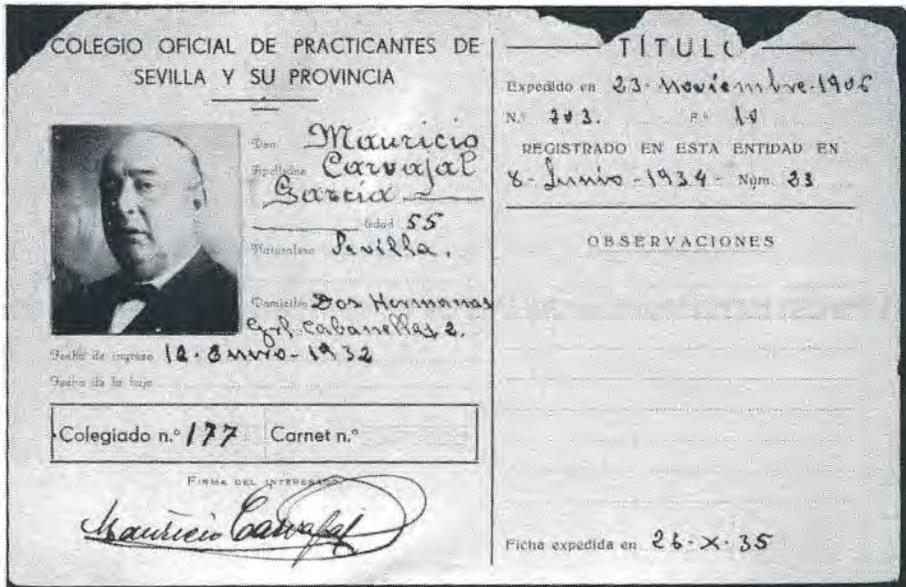


Ilustración 4. Ficha original de Mauricio Carvajal, Secretario del Colegio de Practicantes de Sevilla en 1910. Colegiado número 177. Gallardo Moraleda, C. et. al.: *La Enfermería sevillana. El Colegio y su Historia (1900-1930)*, p. 31.

Fotografías llegadas a su Sede procedentes de colecciones particulares, como las de personalidades significativas de la ciudad y del propio Colegio, de eventos organizados por el Colegio o en los que la Institución había participado como parte de sus actividades de consolidación institucional en la ciudad. Muchas de ellas procedentes de otros Colegios de toda España con los que mantenían relaciones entre sí; sin olvidar los interesantes estatutos colegiales, que han ido modificándose con el paso del tiempo y adaptándose a la realidad de cada momento.



Ilustración 5. María Moreno Ruiz, primera mujer Practicante conocida en la provincia de Sevilla. GALLARDO MORALEDA, C. et al.: *La Enfermería sevillana. El Colegio y su Historia (1900-1930)*, p. 71.



Ilustración 6. Juan J. Fernández García. Primer Presidente del Colegio de Practicantes de Madrid (1902) y convocante de la 1.ª Asamblea Nacional en 1903. GALLARDO MORALEDA, C. et al.: *La Enfermería sevillana. El Colegio y su Historia (1900-1930)*, p. 22.

Lugar de especial interés ocupa las publicaciones especializadas que ponen en marcha los Colegios desde los primeros momentos de su fundación. Así es, ha sido una práctica sistemática por parte de los Colegios la edición de *Boletines* y *Revistas* como órganos de difusión y expresión de la Institución colegial¹¹. A través de ellos, los Colegios difundían sus actividades, sus reivindicaciones profesionales, sus logros y sus aspiraciones. En sus páginas se promueve la formación de los colegiados, sus relaciones sociales e institucionales y para ello se insertan copias de documentos, fotografías de personalidades de la época y de eventos vinculados al mundo enfermero. Por ello, constituyen una fuente de extraordinario valor para comprender la evolución no sólo de la institución, también de la ciudad y de otros lugares del País, por las relaciones mantenidas con instituciones nacionales¹².

¹¹ Sobre la prensa especializada de los practicantes véase: GARCÍA MARTÍNEZ, A. C.: "Las publicaciones especializadas de los practicantes: un agente de cambio profesional (1857-1936)". En *El asociacionismo en la Enfermería y su influencia en el desarrollo de la Profesión. 150 años de Historia del Colegio de Enfermeras de Madrid (1862-2012)*. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, 2013, pp. 91-112. Véase también LASARTE CALDERAY, J. E. *La prensa de las profesiones auxiliares sanitarias en Andalucía. Estudio socio-profesional (1916-1939)*. Cádiz, Universidad de Cádiz, 1993. EXPÓSITO GONZÁLEZ, R.: "Historia de la prensa profesional de los ministrantes y practicantes en España en el siglo XIX". En *Cultura de los Cuidados*. 2009, núm. 13; HERRERA RODRÍGUEZ, F. "Un periódico aragonés: El Practicante (1885)". En *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*. Qalat Chábir, 1995, pp. 153-167.

¹² Suelen incorporar una información muy rica y variada, y aparecen especialmente ilustradas con fotografías que poseen un valor excepcional, ya que suelen ser los únicos testimonios gráficos de los fundadores de los Colegios o sus principales impulsores, de colegiados o de actos organizados. Su valor es mayor cuando la información que recogen no solamente alude al Colegio promotor de la publicación, sino con frecuencia también lo hacen de otros Colegios provinciales con los que mantienen relaciones institucionales.

Los boletines y revistas¹³ alcanzan un especial valor como fuente histórica por su gran dinamismo y actividad, recogiendo en sus páginas todo tipo de información relacionada con la clase. Los Colegios suelen guardar entre sus fondos los boletines y revistas de distintos Colegios toda España al hacerse habitual la práctica del intercambio. De tal manera, que muchos Colegios podrían completar sus colecciones en caso de pérdida de parte de los números de su propios boletines con los existentes en otras sedes colegiales y recuperar de este modo este importante legado histórico y cultural.

El Colegio de Practicantes de Sevilla hacía intercambio de 32 Boletines y Revistas pertenecientes a Colegios de Practicantes y otras instituciones sanitarias de toda España en 1929. De esta manera, los colegiados podían acceder a las noticias que se recogían en dichas publicaciones en las sedes colegiales y conocer los problemas más notables que tenía la Clase y las actividades que organizaban las asociaciones. Las relaciones entre los Colegios se veían favorecidas por esta prensa especializada.

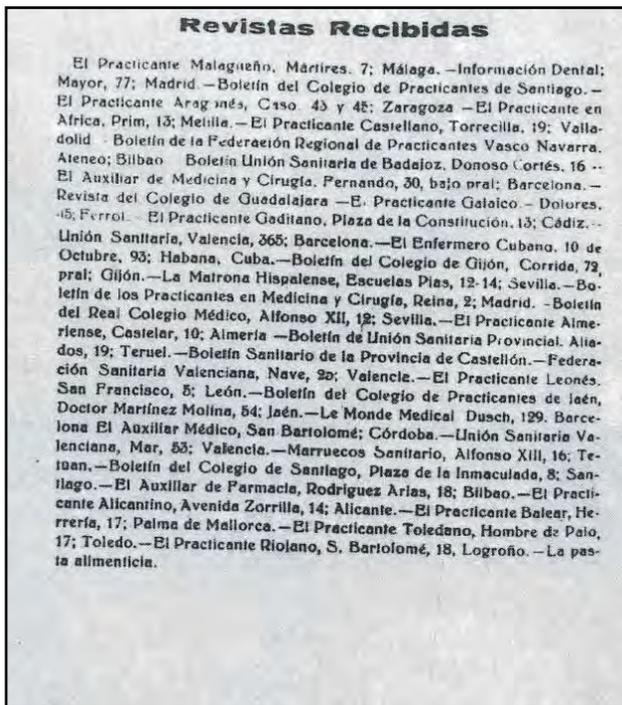


Ilustración 7. Revistas recibidas en el Colegio de Enfermería de Sevilla en 1929 por intercambio. Gallardo Moraleda, C. et al.: *La Enfermería sevillana. El Colegio y su Historia (1900-1930)*, p. 196.

¹³ Es ya muy amplia la bibliografía producida en los últimos años sobre la prensa especializada de los practicantes, matronas y enfermeras. Desde catálogos como el de ÁLVAREZ NEBREA, C.: *Catálogo de publicaciones periódicas enfermeras (1864-1977)*. Colegio de Enfermería de Madrid, 2010; hasta estudios monográficos sobre revistas, como SILES GONZÁLEZ, J.; CIBANAL JUAN, L.; GARCÍA HERNÁNDEZ, E. GABALDÓN BRAVO, E. M.; MOLERO TOLINO, D. (1998): "Historia de las publicaciones de enfermería en Alicante: el caso de la revista CATS". En *Metas de Enfermería*, núm. 7, pp. 10-18. Y SILES GONZÁLEZ, J.; GARCÍA HERNÁNDEZ, E. GABALDÓN BRAVO, E. M. (1998): "Un año en la Revista del Practicante: análisis histórico de las publicaciones correspondientes a 1945". En *Enfermería Científica*, pp. 5-10.

REVISTAS PROFESIONALES QUE RECIBÍA EL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE SEVILLA EN 1929 POR INTERCAMBIO	
<ul style="list-style-type: none"> - El Practicante Malagueño, Málaga. - Información Dental, Madrid. - Boletín del Colegio de Practicantes de Santiago, Santiago de Compostela. - El Prácticante Aragonés, Zaragoza. - El Practicante en África, Melilla. - El Practicante Castellano, Valladolid. - Boletín de la Federación Regional de Practicantes Vasco Navarra, Bilbao. - Boletín Unión Sanitaria de Badajoz, Badajoz. - Revista del Colegio de Guadalajara, Guadalajara. - El Practicante Galaico, Ferrol. - El Practicante Gaditano, Cádiz. - Unión Sanitaria, Barcelona. - El Enfermero Cubano, Gijón. - La Matrona Hispalense, Sevilla. - Boletín de los Practicantes en Medicina y Cirugía, Madrid. - Boletín del Real Colegio Médico, Sevilla. 	<ul style="list-style-type: none"> - El Practicante Almeriense, Almería. - Boletín de Unión Sanitaria Provincial, Teruel. - Boletín Sanitario Sanitario de la Provincia de Castellón, Castellón. - Federación Sanitaria Valenciana, Valencia. - El Practicante Leonés, León. - Boletín del Colegio de Practicantes de Jaén, Jaén. - Le Monde Medical, Barcelona. - El Auxiliar Médico, Córdoba. - Unión Sanitaria Valenciana, Valencia. - Marruecos Sanitario, Tetuán. - Boletín del Colegio de Santiago, Santiago de Compostela. - El Auxiliar de Farmacia, Bilbao. - El Practicante Alicantino, Alicante. - El Practicante Balear, Palma de Mallorca. - El Practicante Toledano, Toledo. - El Practicante Riojano, Logroño.
<p>Fuente: GALLARDO MORALEDA, C.; Jaldón García, E.; Villa García-Noblejas, V.: <i>La Enfermería sevillana. El Colegio y su Historia (1900-1930)</i>. Ed. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla. Sevilla, 1993, pp. 196.</p>	

2.4. La recuperación de un patrimonio disperso

Otra de las tareas que deben desarrollar los Colegios para la creación de su Archivo Histórico es la localización y recopilación de documentos que no han sido generados ni recibidos por los Colegios, pero que hacen alusión directa a ellos.

Por muy diversas circunstancias, distintas instituciones locales y nacionales, o personas a título individual han mantenido una relación circunstancial con los Colegios de Practicantes. Esa relación se iría concretando en el intercambio de correspondencia, la firma de convenios o la participación de los Colegios en las más diversas actividades. Fruto de todo ello es la existencia de documentos, fotografías o testimonios sonoros (recuperables a través de entrevistas con practicantes, matronas y enfermeras de avanzada edad); o también de la participación en la prensa local y nacional de profesionales colegiados que dejaron constancia de sus preocupaciones a través de su colaboración en periódicos de todo el País, ya fuera a título personal, ya en nombre de los propios Colegios. Carmelo Gallardo ha realizado una interesante recopilación de estas colaboraciones para el período comprendido entre 1925 y 1930, aunque también existen para otros períodos de la Historia del Colegio sevillano:

NOTAS Y COMUNICADOS DE PRENSA:

- «Diario Burgos»: 22 junio 1925.
- «El Norte de Castilla» (Valladolid): 5 abril 1927.
- «El Correo de Andalucía» (Sevilla): 17 abril 1927.
- «Noticiero Sevillano»: 17 abril 1927.
- «El Liberal» (Sevilla): 17 abril 1927.
- «Diario de Jerez»: 17 abril 1927.
- «Heraldo de Madrid»: 26 septiembre 1927.
- «Diario de Navarra»: 29 y 30 mayo 1928.
- «La Voz de Navarra»: 29 y 30 mayo 1928.
- «El Sol» (Madrid): 13 julio 1928.
- «La Voz de Galicia»: 5 y 9 agosto 1928.
- «El Noroeste» (La Coruña): 9 agosto 1928.
- «El Ideal Gallego»: 9 agosto 1928.
- «El Eco Gallego»: 9 agosto 1928.
- «El Eco de Santiago»: 11 agosto 1928.
- «El Correo Gallego» (El Ferrol!): 11 agosto 1928.
- «El Pueblo Gallego» (Vigo): 12 agosto 1928.
- «Diario de Galicia»: 12 agosto 1928.
- «El Faro de Vigo»: 13 agosto 1928.
- «El Imparcial»: 26 septiembre 1928.
- «La Nación»: 26 octubre 1928.
- «Liberal» (Madrid): 27 octubre 1928.
- «El Imparcial» (Madrid): 27 octubre 1928.
- «Libertad» (Madrid): 25 y 27 octubre 1928.
- «El Nervión» (Bilbao): 26 enero 1929.
- «El Liberal»: 27 enero 1929.
- «El Noticiero Bilbaino»: 28 enero 1929.
- «La Voz de Aragón»: 29 enero 1929.
- «La Voz de Aragón»: 6 febrero 1929.
- «El Imparcial»: 14 febrero 1929.
- «El Día» (Alicante): 16 junio 1929.
- «El Urbanizador» (Madrid): 8 diciembre 1929.
- «El Heraldo»: 20 mayo 1930.
- «La Voz de Aragón»: 11 y 20 mayo 1930¹⁴.

De la misma manera, son muy interesantes los datos que aportan los colegiados a través de entrevistas concertadas. Experiencias personales, recuerdos, documentos guardados en viejas cajas constituyen un legado patrimonial que, si bien pertenecen a las familias poseedoras, forman parte de la Historia de los Colegios profesionales y deben ser,

¹⁴ GALLARDO MORALEDA, C.; JALDÓN GARCÍA, E.; VILLA GARCÍA-NOBLEJAS, V.: *La Enfermería sevillana. El Colegio y su Historia (1900-1930)*. Ed. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla. Sevilla, 1993, pp. 249-250.

en la medida de lo posible recuperados y guardados antes de que lleguen a perderse.

Para la elaboración del magnífico trabajo sobre la Historia del Colegio de Enfermería de Sevilla, Carmelo Gallardo y sus colaboradores han reunido una serie de testimonios orales de gran valor histórico, que ofrecen información con frecuencia desconocidas de la historia de la Institución colegial:

TESTIMONIOS ORALES DE COLEGIADOS SEVILLANOS

- Hijos de D. Alfredo Abela García.
- D. Eliseo Cobo de Blas, Secretario General del Primer Comité Ejecutivo Oficial de la Federación Nacional de Colegios Oficiales de Practicantes de España.
- D. José Ortiz Cruz, hijo de D. José Ortiz Ballesteros.
- D. Fernando Mateos, hijo de D. Fernando Mateos (vocal del Primer Comité Ejecutivo Oficial).
- D. Ricardo Bonilla, nieto de D. Santos Bonilla.
- D. Antonio Vergara, nieto de D. Santiago Vergara.
- Dr. D. Francisco López Ruiz, médico sevillano.
- D. Jerónimo Carranza Tristán, Colegiado de Honor del Colegio de Enfermería de Sevilla.
- D. Rafael y D. Víctor Fernández Carril, hijos de D. Rafael Fernández Carril.
- D. Manuel Leal Calderi. Colegiado de Honor del Colegio de Enfermería de Sevilla.
- D. Jaime Mazuecos Lefort, hijo de D. Rafael Mazuecos y Pérez Pastor¹⁵.

Los *Anuarios y Guías Provinciales* son publicaciones que empezaron a proliferar en la primera mitad del siglo XX y contienen datos seriadados sobre los más variados temas de las ciudades y pueblos. Un buen ejemplo de esto es la *Guía Oficial de Sevilla y su Provincia*, editada en 1944. Constituye un grueso volumen de cerca de 1.400 páginas con información económica, demográfica e institucional. Nos interesa resaltar en esta ocasión la relación de los Centros Benéficos Sanitarios y Hospitales de Sevilla, con los servicios existentes en la ciudad, su personal profesional y su ubicación¹⁶. Interesante es la relación de Colegios Profesionales de la Ciudad, en donde se recogen los datos del Colegio de Matronas, presidida por Concepción Checa Badillo, con sede social en la Calle Doncellas, 11. Se incluyen los nombres de las matronas integrantes de la Junta Directiva y el de todas las colegiadas, una relación de 114 matronas con sus nombres y sus domicilios.

Idéntica información recoge del Colegio de Practicantes, con domicilio en Plaza Nueva, número 6 y teléfono 27647. Su Presidente era D. José Sabio Enríquez, que vivía en la calle Santa Ana, número 12; y su Secretario D. Jerónimo Leal Castaño, residente en la calle

¹⁵ *IBIDEM*, p. 249.

¹⁶ *Guía Oficial de Sevilla y su Provincia*, editada por Editorial Católica Española, S.A., Sevilla, pp. 229 y ss.

Gravina 18 y con teléfono 25537. De igual manera, incluye un listado con los 404 colegiados que tenía el Colegio en ese año, con sus nombres y domicilios.

Este detallado informe se extiende a los pueblos de la Provincia. Así, la localidad de Alcalá de Guadaíra, que tenía 20.355 habitantes de derecho en 1944, contaba con tres matronas, Doña Isabel Anguiano Aguilar, Doña Isabel Selma Medina y Doña Antonia Oliva Colmena; y cinco practicantes, D. Joaquín Vals Sevillano, D. Manuel Carrero Homillo, D. Fernando del Salto González, D. Luis Cotán Casado y D. Francisco Vals¹⁷.

Si nos remontamos unos años antes, en 1927 se publica en Madrid el *Primer Anuario Médico de España*¹⁸. En él se recogen datos de gran interés para los Colegios de Matronas y de Practicantes, como la Asamblea Nacional de Matronas, celebrada en Madrid entre los días 1 y 5 de octubre de 1926 y la nueva Junta de la Federación de Colegios Matronales de España, integrada por su Presidenta, doña Dolores Santos de la Carrera, de Sevilla; Secretaria, doña María Montero, de Sevilla, y como Tesorera doña Dolores Morillas Caba, también de Sevilla¹⁹.

Continúa el Anuario con los nombres de las integrantes de las Juntas Directivas de distintos Colegios matronales de España: Alicante, Almería, Huelva, Madrid (Unión Matronal de Madrid) y Sevilla entre otros.

También información similar recoge sobre los Colegios de Practicantes. El Colegio de Practicantes de Sevilla estaba presidido en 1927 por D. Antonio Matamoros Moreno. Igualmente se recogen datos del Colegio de Practicantes de Huelva, de Jaén, de Málaga, de Cádiz, de Almería y de Córdoba, por citar sólo algunos. De todos ellos recoge sus Juntas Directivas, número de asociados y otros datos de interés.

2.4. Los fondos documentales diversos recibidos por la Institución

Al ser los Colegios de Enfermería instituciones imbricadas profundamente con su ciudad, no dejan de participar en actos de muy diversa naturaleza en representación del colectivo. Por ello, es frecuente que a lo largo del tiempo recibieran carteles de las fiestas locales, invitaciones a eventos celebrativos y documentos muy variados que reflejan esa vinculación tan profunda con la ciudad, sus instituciones y sus gentes. Todo ello conforma otra sección de especial valor sentimental e histórico, porque refleja esa “otra vida” de las instituciones colegiales, la del día a día de las gentes para las que, en definitiva, trabajaban y con las que compartían mucho más que la práctica profesional que ofrecían.

3. QUÉ INFORMACIÓN APORTAN LOS ARCHIVOS COLEGIALES

La historia de los Colegios de Prácticantes y de Enfermería forma parte indisoluble de la historia de las ciudades en donde se erigieron y de sus gentes. Los practicantes, las enfermeras y las matronas han desarrollado una labor fundamental en la prestación de

¹⁷ *IBIDEM*, p. 1.306.

¹⁸ *Primer Anuario Médico de España*. Año I. Editorial Apolo, Madrid, 1927, 688 pp. Ejemplar depositado en la Institución Colombina de Sevilla, con signatura 68-130 / R. 7614.

¹⁹ *IBIDEM*, p. 412.

cuidados para la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos. El Colegio de Practicantes o de Enfermería, según el período histórico al que nos refiramos, como institución, ha venido contribuyendo desde sus orígenes a la consolidación de una profesión compleja que ha experimentado profundos cambios entre la segunda mitad del siglo XIX y todo el siglo XX. Estos cambios hubiesen sido difícilmente posibles sin las aportaciones de los Colegios Profesionales, con sus períodos de auge y de dificultades²⁰.

La documentación conservada en los Colegios ayudan a conocer la evolución de la Institución desde sus orígenes, en el mejor de los casos, sus promotores, sus actividades institucionales, científicas y sociales; su vinculación con otras instituciones, ya fueran sanitarias, ya de índole política. Los documentos conservados son testigos de disputas entre colegiados, de enfrentamientos entre ideologías y de una febril tarea de institucionalización, para conformar las instituciones que son hoy. Todo ello se ha producido en los convulsos años de los siglos XIX y XX, cuando se estaban sentando las bases de la contemporaneidad.

Recuperar la historia de los Colegios de Enfermería es, sin duda, adentrarnos en la microhistoria de las ciudades y la macrohistoria de las profesiones. Las asociaciones colegiales han creado una red institucional que ha posibilitado el intercambio de experiencias e ideas y han contribuido a hacer visible a una Profesión que ha luchado por ocupar un lugar digno dentro de las profesiones sanitarias.

4. TAREAS DE RECUPERACIÓN DE LOS ARCHIVOS COLEGIALES DE ENFERMERÍA

Antes que nada, la documentación generada y recibida por los Colegios de Enfermería de España representan una parte del Patrimonio Histórico, no sólo de la Institución colegial, sino también de la profesión enfermera en sentido amplio y de las propias ciudades en donde estas instituciones han surgido y han realizado un servicio a los profesionales enfermeros y a la sociedad para la que trabajan. Su recuperación, salvaguarda y difusión han de ocupar el interés de las autoridades colegiales, que deben velar por su custodia y puesta en valor, y todo ello antes de que puedan perderse definitivamente sus fondos.

4.1. Organización de los Archivos

Por ello es tarea de primera importancia la organización de los fondos documentales existentes en las Sedes colegiales y la creación de sus archivos históricos. Hay que contar con la ayuda de los profesionales de los archivos, diplomatas y paleógrafos; especialistas en el Patrimonio Histórico, y especialmente en el Patrimonio Documental y Bibliográfico para que lleven a cabo esta tarea de organización de los fondos. Se han de crear instrumentos de descripción: Cuadros de clasificación e inventarios de los fondos documentales y bibliográficos y se han de dotar de unas instalaciones para la salvaguarda

²⁰ En los últimos años está aumentando significativamente los estudios dedicados a la historia de los practicantes, matronas y enfermeras en el período que va entre mediados del siglo XIX y el estallido de la Guerra Civil Española en 1936, precisamente por ser un período muy rico y decisivo en la conformación de la Enfermera actual. Véase GONZÁLEZ CANALEJO, C.: *Las ciudadoras. Historia de las practicantes, matronas y enfermeras (1857-1936)*. Diputación de Almería, 2006.

de dicho Patrimonio colegial.

Casi con toda seguridad, en el mayor número de los casos, el Patrimonio Documental y Bibliográfico de los Colegios podría guardarse en una o dos estanterías; en algunos casos, quizás algo más, lo que no supondría un gasto económico excesivo y soportable para estas Instituciones. La labor más compleja es, a nuestro parecer, la concienciación de los representantes colegiales, que tienen que asumir el valor de su documentación y la puesta en marcha de las tareas de organización y creación de los archivos históricos.

4.2. Digitalización de sus fondos

Una de las estrategias que están desarrollando las grandes instituciones archivísticas de todo el mundo consiste en la digitalización de sus fondos documentales. Los archivos de menor entidad deben aplicar estrategias similares para la salvaguarda de su Patrimonio Documental. Los archivos históricos de los Colegios de Enfermería deberían proceder a la digitalización de los documentos, una vez creado su Archivo e inventariado sus fondos. Con ello se asegura la salvaguarda del Patrimonio, al menos a través de las copias digitales.

4.3. Recuperación de fondos externos: fotografías, referencias al Colegio en otras publicaciones, etc.

Con el paso de los años y los acontecimientos históricos ocurre con frecuencia que parte de los bienes de una institución pasen temporalmente a manos de algunos de sus miembros, bien en calidad de representantes de la Institución (presidentes, secretarios, tesoreros), bien como protectores momentáneos de los mismos. Esto fue muy frecuente durante los años que duró la Guerra Civil Española, durante los cuales, hermanos de cofradías, representantes de organizaciones profesionales y asociaciones de la más diversa naturaleza guardaron y protegieron bienes pertenecientes a las instituciones de las que eran representantes. Habitualmente estos bienes volvían a las instituciones titulares una vez finalizado el conflicto, pero en no pocas ocasiones parte de esos bienes nunca lo hicieron, ya por fallecimiento de sus miembros o por desaparición de las mismas instituciones, que necesitaron muchas de ellas no pocos años para recuperar su funcionamiento en los primeros años del régimen del General Franco.

Por ello, no es del todo infrecuente que en manos de particulares, herederos de antiguos representantes de los Colegios, pudiera haber sobrevivido parte del legado patrimonial de los Colegios, y que fuera incluso desconocido su procedencia y valor por los familiares y allegados. Conocemos no pocas historias de esta naturaleza²¹.

²¹ Este es el caso de los descendientes de Doña Rosalía Robles Cerdán, Presidenta del Colegio de Matronas de Sevilla, que guardaron y conservaron revistas y documentos personales de la Sra. Presidenta que representan auténticas joyas para la Historia del Colegio de Matronas de Sevilla y su Provincia para el periodo anterior de la Guerra Civil Española. GARCÍA MARTÍNEZ, M. J.; ESPINA GUTIÉRREZ, M.ª D. (1999): "La revista sevillana «La Matrona Hispalense» (1929/1930): a la búsqueda de una identidad profesional". En *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, n.º 5-6. Qalat Chábir, A.C., pp. 285-326.

Es una labor muy interesante que deberían llevar a cabo los Colegios de Enfermería la recuperación de esos documentos en forma de cartas, fotografías, publicaciones y otra documentación que a buen seguro guardan las enfermeras, practicantes y matronas de más edad como testimonios personales, pero en los que se recoge parte de la historia que ellos han vivido y de la que forman parte, vinculadas muchas de ellas con los propios Colegios.

4.4. Difusión de su Patrimonio

Otra de las tareas que han de llevar a cabo los Colegios Profesionales de Enfermería es la difusión de todo este rico patrimonio enfermero. Las posibilidades son múltiples y variadas: desde la inclusión en las webs oficiales de los Colegios de una sección dedicada a su Historia y su Archivo, hasta la celebración de exposiciones físicas y virtuales, la organización de ciclos de conferencias y la publicación de trabajos relacionados con el Archivo. Todo ello contribuye a aumentar la visibilidad de la Institución entre los propios colegiados y mostrar a la sociedad para la que trabaja los años de servicio.

5. CONCLUSIONES

A comienzos del siglo XXI, cuando las directrices fundamentales de la UNESCO enfatizan la necesidad de proteger, estudiar y difundir el Patrimonio Histórico de los pueblos, porque representan sus mejores muestras de sus señas de identidad, reflejo de su genio creador y auténtica riqueza de nuestra civilización, las profesiones deben luchar por recuperar, conservar y difundir su Patrimonio. Los Colegios de Enfermería y las instituciones de las que proceden poseen un rico patrimonio que deben conservar y difundir; parte de ese patrimonio está constituido por sus documentos, reflejo y testimonio de su evolución como institución y de su vitalidad social.

La mayor parte de los Colegios de Enfermería de España no han creado un archivo histórico en donde se guarde la documentación que ha sobrevivido al paso del tiempo; en el mejor de los casos, los desvelos y el tesón de algunos colegiados ha evitado su desaparición. Pero la Enfermería española no puede permitirse su pérdida, porque son instrumentos que atesoran el tesón de sus profesionales, las energías dedicadas a consolidar su profesión, las estrategias desarrolladas para que la Enfermería ocupe un lugar digno dentro de nuestro entramado institucional y social.

Esos considerados con frecuencia “papeles viejos” son los mejores testimonios de la lucha de una Profesión por avanzar y contribuir a la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos de este País. Su recuperación y salvaguarda son el mejor homenaje que se puede rendir a cuantas personas han contribuido para construir una profesión con orgullo y futuro: la Enfermería.

EL VALOR DE LA INVESTIGACIÓN HISTÓRICA EN LA CONSOLIDACIÓN DE LA PROFESIÓN ENFERMERA

THE VALUE OF HISTORICAL RESEARCH IN THE CONSOLIDATION OF THE NURSING PROFESSION

María Luz Fernández Fernández

E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla". U. de Cantabria

**"la vida debe vivirse hacia adelante, pero solo
puede comprenderse mirando hacia atrás"
Soren Kierkegaard (1813-1855)**

LA INVESTIGACIÓN HISTÓRICA EN ENFERMERÍA

En el devenir del mundo cada vez más complejo y cambiante que nos ha tocado vivir, condicionado por múltiples factores entre los que hay que destacar, la globalización y la aceleración de los cambios tecnológicos, las generaciones presentes comenzamos a interrogarnos sobre en qué medida las decisiones tomadas y los caminos no elegidos han condicionado la realidad actual. La celeridad de las transformaciones de sociales y el declive de los valores ancestrales que venían configurando y sustentando nuestra forma de vida, genera inquietudes e inseguridades a la vez que nos plantea nuevos retos, que solo pueden afrontarse desde la óptica investigadora de la historia. Aquí reside la relevancia de la labor de los historiadores, quienes se consideran responsables de la colectividad social a la que pertenecen de manera, que tratan de objetivar y conectar los hechos históricos de las acciones humanas del pasado con las experiencias del presente.

Para una profesión como la Enfermería, cuyo pilar esencial es el cuidado del ser humano en toda su dimensión, el conocimiento de la historia es esencial, puesto que como refiere el historiador Enrique Florescano, en palabras del filósofo de la historia Robin George Collingwood (1889-1943), *"Es la disciplina del autoconocimiento humano,*

conocerse a sí mismo significa conocer lo que se puede hacer puesto que nadie sabe lo que puede hacer hasta que no lo intenta, la única pista para saber lo que puede hacer el hombre es averiguar lo que se ha hecho, por tanto, este es el valor de la historia”(1).

Desde el contexto de lo expuesto, los investigadores de la historia de la enfermería, desde los años ochenta del siglo pasado, vienen realizando un enorme esfuerzo historiográfico con el fin de contribuir a esclarecer el papel y la tipología de los cuidadores, las características de las instituciones dedicadas a la atención de los enfermos y los marcos legislativos que han sustentado la práctica profesional. Todo ello en definitiva, con el objetivo de argumentar la importancia, necesidad y contribución de la profesión enfermera a la sociedad.

Es indudable, que aunque no ha sido fácil, el arduo trabajo de los historiadores e historadoras de la Enfermería ha sido esencial para desentrañar nuestros orígenes, las formas de actuar, el sentido de nuestra esencia y los principios epistemológicos que nos sostienen y fundamentan como Ciencia y disciplina. Es así como se justifica la importancia de la investigación histórica, ya que como bien describe la Dra. Santo Tomás, en la Editorial de la “Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería”, desde su nacimiento en la Grecia clásica, *“la historia tenía carácter de investigación, “alguien” que necesita conocer algo con exactitud acudía a “alguien” a que lo investigase y tras investigar el hecho concreto, ese “alguien” se convertía en un testigo, “un histor” que construía un relato, una historia; o lo que es lo mismo, un historiador conocedor del hecho y constructor de la historia”* (2).

Ahora bien, para ser constructores de nuestra historia e indagar sobre nuestra genealogía, se requiere de una labor historiográfica rigurosa siendo imprescindible, según señala Sergio Fernández Riquelme en su artículo *“La Historia como ciencia”*, tener en cuenta los elementos de la ciencia histórica, el significado de las fuentes, el tiempo histórico y el espacio o lugar donde se han producido los hechos históricos (3).

Las cuestiones planteadas constituyen el armazón del trabajo del historiador que ha de poner en conexión múltiples factores bien directos e indirectos, que influyen de manera determinante en el objeto de estudio. En el caso de la Enfermería, ninguna investigación histórica puede abordarse sin tener en cuenta, que acometer el estudio del cuidado del ser humano entraña en sí una gran complejidad, puesto que interfieren distintos marcos políticos, sociales, religiosos y culturales. Estos, afectan a su forma de vida y desarrollo, convirtiendo la actividad cuidadora en una acción cargada de simbolismos y particularidades. Los historiadores de la Enfermería, ante la necesidad de poner de manifiesto la entidad de la profesión como ciencia de carácter autónomo en el complejo universo de las Ciencias de la Salud, han llevado a cabo una labor de argumentación exhaustiva, conscientes del compromiso ético y esfuerzo de contrastación que requiere el trabajo investigador.

En todo caso, a pesar del esfuerzo y de las conquistas conseguidas, entre las que hay que destacar el alcance del máximo grado académico, los viejos fantasmas del pasado siguen planeando sobre la sociedad en forma de imágenes estereotipadas de la profesión. Es por esto, que la Enfermería necesita de los investigadores para desmitificar algunos de los atributos que la han configurado, que no son sino el fruto entre otras razones, de una

historia construida desde el androcentrismo y de la que los auténticos protagonistas, enfermeros y enfermeras han comenzado a formar parte apenas hace cuarenta años. Actualmente, podemos congratularnos de tener en el seno de la profesión una generación de historiadores de la Enfermería de gran calidad, como queda patente en las distintas líneas de investigación y las numerosas publicaciones.

Por lo anteriormente planteado, la celebración hace dos años del Centenario de la legalización de los estudios de Enfermera en nuestro país fue sin duda, un momento trascendental para analizar y reflexionar sobre la metamorfosis que viene sufriendo la profesión. Desde este enfoque, se trazaron las líneas estratégicas del XIV Congreso Nacional y IX Internacional de Historia de la Enfermería celebrado en Santander en mayo de 2015. En la elaboración del Programa científico se tuvo en cuenta, como expresaba Francisca Hernández, la dificultad que supone narrar los hechos que abarcaban dicha efemérides, comprendidos en el período histórico del siglo XX y los primeros años del XXI, por lo que se *“hizo necesario captar los hitos fundamentales y sus trayectorias profesionales y humanas que nos han conducido hasta ese momento”* (4). El resultado de los trabajos de investigación aportados por los distintos Ponentes y participantes, recogido en la publicación del Libro *Un siglo cuidando a la sociedad*, constituye un conjunto de gran riqueza para el acervo de nuestra historia profesional.

Un año antes de la conmemoración del acontecimiento ya señalado, en junio de 2014, en el marco de la celebración en Madrid de las VIII Jornadas de Profesorado Universitario, se me invitó a disertar sobre la *“Aportación de la Enfermería española al desarrollo disciplinar”*, introducía el tema exponiendo que *“analizar cuál ha sido la aportación que la Enfermería española al desarrollo disciplinar es un tema, que no puede llevarse a cabo sin tener en cuenta los precedentes históricos que han concurrido, y las personas que hicieron posible el presente en el que hoy nos encontramos”* (5). Una argumentación, que sirve de punto de partida para abordar la importancia de la investigación histórica en la consolidación de la profesión enfermera especialmente en este año 2017, en el que se cumple el cuarenta aniversario de la integración de los estudios de Enfermería en la Universidad.

LA INAUGURACIÓN DE UN NUEVO PERÍODO

Uno de los acontecimientos más significativos en el panorama histórico de la Enfermería en nuestro país lo constituyó, la promulgación el 23 de julio de 1977 del Real Decreto por el que las Escuelas de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.) se integraban en la Universidad como Escuelas Universitarias (6). La incorporación al mundo académico y la obtención de título universitario, supuso el advenimiento de una etapa ilusionante, llena de expectativas, en la que por primera vez, en la larga historia de la profesión española, los enfermeras y enfermeros toman las riendas de la misma.

Este acontecimiento representa un antes y un después para la profesión puesto que supuso un cambio consustancial, al cerrar una larga etapa sustentada formativamente en los saberes médicos, y supeditada a ellos en la práctica, para abrir un período sin retorno a la apertura de la Ciencia enfermera. La cuestión es trascendental, ya que, al afrontar lo que ha aportado la investigación histórica a la consolidación de la Enfermería, resulta obligado plantearse, ¿desde cuando la historia de la profesión forma parte del currículum

básico?, ¿quiénes la imparten? y ¿desde cuándo tenemos producción?.

Los antecedentes previos hay que situarlos en la titulación de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.), establecida por Real Decreto de 4 de diciembre de 1953 (7), por la que se unificaron las titulaciones de enfermera, practicante y matrona, que venían marcando el devenir de la praxis enfermera en nuestro país. El Plan de Estudios, aprobado por Orden de 4 de julio de 1955 (8), estaba estructurado según directrices médicas, bajo el perfil de un auxiliar de la medicina con alta capacitación técnica para responder a las exigencias del momento en el ámbito sanitario. Esta última cuestión queda patente en la promulgación del Decreto de 26 de julio de 1956 (9), en el que se regulan las funciones para las que capacita la obtención del título de ATS, especificándose en el artículo primero, que estas se realizarán *“previa indicación o bajo dirección médica”* (9).

La creación del título de A.T.S. supuso un cambio importante, ya que se elevó el nivel previo de estudios y también la duración de estos, ampliándose de dos a tres cursos académicos. En cuanto al diseño curricular, ya referenciado en la Orden anteriormente citada de 1955 (8), en el segundo curso, en el apartado de *“Enseñanzas teóricas”* se especifica *“Historia de la profesión: Diez horas”*. Esta cuestión constituyó un punto de novedad en los estudios de Enfermería ya que es la por primera vez que se documenta este hecho en la legislación formativa. Sin embargo, tuvo escasa repercusión para la profesión debido al el escaso número de horas asignadas y al hecho de estar diseñada, organizada e impartida por profesionales de la Medicina al igual que el resto de las asignaturas de la carrera. En todo caso, se trataba de formar profesionales con gran preparación técnica, alta cualificación moral, capaces de obedecer las órdenes de los galenos sin rechistar, y atender a un enfermo que debía dejarse hacer sin cuestionarse nada.

A modo de aclaración de lo descrito, tomando como referencia los Manuales más utilizados en la formación de A.T.S. concretamente la tercera y quinta edición del Manual de II Curso de Ayudantes Técnicos Sanitarios de los años 1970 y 1975 (10)(11), en ambos puede apreciarse, que a los contenidos sobre Historia de la Profesión se le dedican unas veinte páginas. La autora, Dra. María Gloria del Carrizo San Millán, entonces Porf. Ayudante de la Cátedra de Medicina de la U. Complutense de Madrid, inicia el primer apartado bajo el título, *“Orígenes de la Medicina”*. En este punto, al que dedica dos párrafos, explica, que *“la ayuda al semejante enfermo es indudable que existe desde el comienzo de la humanidad caída.....”*, posteriormente, de manera ligeramente más extensa, expone: *“Como todas las profesiones, la de enfermero requiere también su tiempo histórico para estructurarse, y habrían de pasar numerosos siglos para que fuese adquiriendo un carácter semejante al actual”* (10) (11).

En el resto de los contenidos de este tema, la Dra. del Carrizo trata sobre la atención a los enfermos de manera cronológica desde las civilizaciones de la Antigüedad; Grecia y Roma; el Cristianismo; la Edad Media; la Edad Moderna, el Renacimiento y la Reforma; el siglo XIX y las nuevas instituciones que van surgiendo. Igualmente se abordan, el papel de las órdenes religiosas católicas, caso de los Hermanos de San Juan de Dios y las Hermanas de la Caridad, además de otras Congregaciones fuera de la iglesia católica, las anglicanas o las alemanas, caso de las Diaconisas de Kaiserswerth. Uno de los apartados se dedica a

Florence Nightingale, su vida y obra, además de un pequeño apunte en relación a la Cruz Roja (10) (11).

Sin embargo, es interesante dedicar unas líneas a los dos últimos apartados relacionados con la Historia de la Profesión. En el primero de ellos, *Tendencias actuales en la organización y misión de los Ayudantes Técnicos Sanitarios*, reseñar el segundo párrafo. La descripción del mismo da una clara idea del perfil que se espera de las enfermeras, “*El desarrollo de la sociedad en la que vivimos necesita de la colaboración de un personal eficaz que sepa unir a la moderna técnica científica el amor de caridad en su ayuda al semejante enfermo*” (10) (11). En lo que concierne al segundo apartado, *Historia de la profesión en España. Legislación*, describe, que la carrera de auxiliares sanitarios ha tenido en España diversos nombres aunque no se “*documenta como profesión hasta la fundación por los Reyes Católicos del Protomedicato en el año 1477; una de sus atribuciones era regular las actividades de barberos y practicantes*”. Asimismo, referencia la Ley Moyano y la regulación en la misma de la titulación de Practicantes y Matronas, así como las primeras Escuelas de Enfermeras, Santa Isabel de Hungría, Cruz Roja y Valdecilla. Pero no hay ninguna mención a la legalización del título de Enfermera por Orden de 7 de mayo de 1915(12), ni tampoco, a la del 21 de mayo de 1941 referente a “*las condiciones y estudios necesarios para la obtención del título de Enfermera*” (13). La autora cierra los contenidos de este capítulo con la transcripción del Plan de Estudios de ATS.

Con lo relatado hasta aquí, puede apreciarse, que a pesar del aspecto positivo que supuso la incorporación a los contenidos de la Historia de la profesión en la formación de ATS, estos fueran planteados e impartidos por facultativos de la medicina. Por tanto, a lo largo de más de veintidós años, los profesionales enfermeros de nuestro país se educaron en una filosofía sustentada en la supeditación a las órdenes médicas y los aspectos caritativos, carente de una identidad propia.

En cuanto a lo que supuso para la formación y el desarrollo de la Enfermería española el dilatado período que abarca la titulación de ATS, enmarcado entre los años cincuenta y setenta de la época franquista, no puede observarse desde una perspectiva lineal. Esta cuestión tiene coherencia si se tiene en cuenta, que el propio régimen dictatorial también estuvo sujeto a cambios, tal y como especifica Miguel Ángel Giménez Martínez en el artículo, “*El corpus ideológico del franquismo: principios originarios y elementos de renovación*”. En el mismo refiere, que “*el franquismo levantó su repertorio ideológico sobre la base de unos principios diversos, en cuya defensa coincidieron las distintas «familias» del régimen. Estos fundamentos doctrinales, sin embargo, no permanecieron inmutables, sino que se adaptaron a las circunstancias de cada momento y evolucionaron al compás de la necesidad del sistema por sobrevivir*” (14).

Los matices que impregnan las bases pedagógicas de los recién estrenados estudios de ATS en 1953 se sustentan en las características del momento político y en la firma el mismo año del Concordato con la Santa Sede, circunstancia, que consagró “*la presencia de la iglesia en todos los ámbitos de la vida española....*” (14). Es en este contexto en el que se entiende, que la nueva titulación ATS tuviera dos ramas bien definidas, la femenina, con todo lo que esto supone, y la masculina, las diferencias quedaron claras, tanto en la formación como en el ámbito laboral.

En palabras de Giménez Martínez, en la España de los años sesenta comenzaban a vislumbrarse una serie de modificaciones que emanaban de la necesidad del avance económico ante el auge del turismo y el aumento de consumidores, entre otras cuestiones. Estos factores influyen en un panorama político en el que se compatibiliza “*lo viejo y lo nuevo*”, lo que acabará generando “*un elevado grado de incoherencia de la ideología resultante*”. Finalmente, como refleja el autor mencionado, “*la crisis de este dilema encontró su máxima expresión a comienzos de la década de 1970, en los años que jalonaron el final del régimen de Franco y lo dibujaron como un camino sin futuro*” (14). La llegada de los llamados tecnócratas a las filas del gobierno marcará una nueva etapa para la sociedad española, siendo en este ambiente en el que surge la promulgación de la nueva Ley de Educación de 1970 (15).

La publicación de la Ley General de Educación y Financiación de la Reforma Educativa de 4 de agosto de 1970 permite dejar atrás la ya obsoleta primera Ley de Educación de nuestro país de 1857, y adecuar el sistema educativo a las necesidades de la población y a la realidad de otros países del entorno europeo. La mención a la misma se entiende dentro de los cambios que se establecen en relación a la Enfermería, en concreto, a la titulación de ATS en la Disposición Transitoria Segunda, que en el apartado siete: “*Las Escuelas de Idiomas, las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, los Centros de Formación Profesional Industrial y las Escuelas de Artes Aplicadas y Oficios Artísticos se convertirán en Escuelas universitarias o Centros de Formación Profesional, según la extensión y naturaleza de sus enseñanzas*” (15).

Las Enfermeras españolas tenían claro, que la formación de la profesión debía ubicarse en el marco universitario como venía ocurriendo en otros países fuera de nuestro entorno. En este sentido, como describe Mari Paz Mompert, quien fue testigo directo de este proceso, en el artículo publicado en la Revista Rol de Enfermería en el año 2002, bajo el título “*Rebelión en las Aulas*”, el colectivo profesional fue consciente, que el mejor camino para avanzar era la integración de los estudios en la universidad, motivo por el que ya en 1973 la Comisión del Colegio de Barcelona, redactó el primer Proyecto de enseñanza universitaria (16). Igualmente, otra de las personas que vivió y participó plenamente de este proceso fue Roser Tey i Freixa, quién explica con detalle los prolegómenos del mismo y las circunstancias que concurrieron en el artículo “*Roser Tey i Freixa: Testigo y partícipe de la transición de los estudios de la enfermería española a la Universidad*”, en la Rev. Temperamentum de 2007 (17).

Sin embargo, las cosas no serán fáciles, como queda de manifiesto ante la publicación en marzo de 1976 de un Decreto sobre Ordenación de la Formación Profesional, cuya Disposición transitoria tercera, y en apartado c), refiriéndose entre otros, a los Ayudantes Técnicos Sanitarios, expone, que podrían acceder a la Formación Profesional de Tercer Grado quienes tuvieran aprobados los tres cursos (18).

La reacción de los profesionales de Enfermería al Decreto mencionado no se hizo esperar, sus reivindicaciones por la titulación universitaria se plasmaron en numerosas huelgas que han marcado un hito histórico para la profesión, que nunca se ha mostrado más unida. Finalmente, el 23 de julio se promulgaba el Real Decreto por el que las Escuelas de ATS se integraban en la Universidad como Escuelas Universitarias (6),

siguiendo lo establecido en punto tres del artículo treinta y uno de la Ley de Educación de 1970, que especifica, *“La Educación seguida en las Escuelas universitarias, constará de un solo ciclo de tres años, salvo excepciones”* (15). Una cuestión, que trataremos más adelante, ya que la imposibilidad de acceder a un segundo ciclo durante largos años, limitó las posibilidades de investigación en Enfermería frenando el adecuado avance de la disciplina. Aun así, la entrada en la Academia supuso un gran logro puesto que, de manera primigenia, las Enfermeras cogen el timón de la profesión e inician el camino de la construcción de la misma como disciplina científica con entidad propia. En este proceso, la Historia de la Enfermería se convierte en una pieza clave para establecer las señas de identidad.

LOS HISTORIADORES DE LA ENFERMERÍA EN LAS PRIMERAS ETAPAS UNIVERSITARIAS

Una vez se hubo conseguido ubicar a la profesión en la esfera del mundo académico, el siguiente paso, fue la publicación de las directrices para la elaboración de los Planes de Estudios de la recién creada titulación de Diplomado Universitario en Enfermería (D.U.E.) por Orden de 31 de octubre de 1977. La primera novedad que puede apreciarse es la orientación de dichos estudios, centrados ahora en la salud de la persona desde una dimensión integral. Desde esta concepción, se establecen cinco áreas de conocimiento: Ciencias Básicas; Ciencias Médicas; Ciencias de la Conducta; Ciencias de la Enfermería y Salud Pública, adscribiéndose a ellas las distintas asignaturas (19).

En el primer curso, según especifica la Orden anteriormente citada, dentro de las Ciencias de la Enfermería, se sitúa la asignatura de Enfermería Fundamental. En ella se imparten, como su propio nombre indica, *“los conceptos fundamentales de la Enfermería...”*, aunque también se incluyeron aquí las llamadas ciencias auxiliares de la misma, las Matemáticas y Bioestadística; Administración y Legislación; Pedagogía; el ciclo Salud y Enfermedad y Microbiología (19). En definitiva, los fundamentos de la profesión, a los que se les asigna una duración anual, se ven involucrados en un auténtico cajón de sastre que repercutirá en la organización de la asignatura y en el tiempo que se les debe dedicar. En todo caso, la Enfermería Fundamental se convierte el eje sobre el que han de pivotar la esencia formativa y es aquí, donde se sitúan los contenidos de la Historia de la Enfermería, a pesar de que no aparezca ninguna alusión a los mismos.

Por fin, estábamos al mando de nuestra profesión, además de haber recuperado el nombre original “Enfermería”, ahora era importante asentarla reconstruyendo su pasado histórico, e identificando las señas que la han ido confiriendo una entidad única y diferenciada en el cuidado de la salud del ser humano. Desde este punto arranca el valor de todas las enfermeras y enfermeros docentes, que tuvieron la responsabilidad de poner en marcha los nuevos planes de estudios de DUE, con especial mención en este caso a las profesoras de Enfermería Fundamental y en concreto de Historia de la Enfermería. La primera dificultad con la que se encontraron, fue la ausencia de publicaciones científicas enfermeras que pudieran servir de referencia. En este sentido, el primer texto que aborda cuestiones relacionadas con el desarrollo histórico de la profesión en España, escrito por Enfermeras, es el ejemplar de Conceptos de Enfermería elaborado por Rosamaría Alberdi; Pilar Arroyo y M. Paz Mompert, publicado en 1981 (20) con motivo del Curso de Nivelación de los estudios de ATS a DUE, establecido por R.O. de 15 de julio de 1980 (21).

En el libro descrito, las autoras dedican el primer tema al desarrollo histórico de los estudios de Enfermería en España estructurándolo en tres fases. La primera, dividida en dos apartados, se centra en los comienzos oficiales y legales, y a diferencia de lo que ocurrió en el Manual de ATS, aquí las autoras si especifican que, “*no se tiene constancia legal de la titulación de Enfermera hasta 1915 (Orden de 7 de mayo)*”. En cuanto al segundo apartado, se especifica la creación de las primeras Escuelas, y aparece aquí otra de las cuestiones que no se trataban anteriormente en la formación, es decir, nos referimos a los cambios de plan de estudios y condiciones de ingreso que se produjeron en los años 1940 y 1941. El Programa de ATS y sus consecuencias en el plano profesional, social y educativo, se abordan en la segunda fase y finalmente la tercera trata sobre el Plan de Estudios de DUE (20).

Pero además de lo descrito, con respecto al libro de Conceptos de Enfermería del Curso de Nivelación, hay que destacar, que su publicación tiene un alto significado histórico para la profesión en nuestro país. En primer lugar, porque sus autoras son enfermeras españolas y en segundo lugar, por el hecho definir por primera vez el concepto de Enfermería y el sello identificativo de su función en la sociedad, “*La Enfermería.....es el resultado de la evolución dentro de la sociedad, de una actividad fundamentalmente humana: la actividad de cuidar*” (20).

Como se ha señalado con anterioridad, los profesores enfermeros que tuvieron que hacerse cargo de la Asignatura de Enfermería Fundamental y en concreto de los contenidos de la Historia de la profesión, tropezaron con el inconveniente de no tener a penas material bibliográfico. En este sentido, uno de los primeros libros utilizados, relacionados con la Historia de la Enfermería en nuestro país fue el que lleva por título: *Desarrollo histórico de la Enfermería*, cuya primera edición data de 1953 y la última, la cuarta de 1987 (22). Sus autoras, dos religiosas de la Caridad, Sister Charles Marie Frank y Sor Teresa Elizondo. La primera, Directora de Educación de Enfermería en el Incarnate Word College en San Antonio, Texas, Estados Unidos de América (E.U.A.) y la segunda de México. Esta obra, organizada en veintiún capítulos, trata fundamentalmente del desarrollo histórico de la Enfermería en América Latina y E.U.A.

Asimismo, otra de las enfermeras cuya contribución a la Historia de la Enfermería ha marcado toda una época, es M. Patricia Donahue, quién fue Presidenta de la Asociación Americana de Historia de la Enfermería entre los años 1988-1990. La traducción al castellano de su obra *Historia de la Enfermería* en 1987 (23), continua siendo aun hoy, una referencia bibliográfica básica en los Programas formativos relacionados con el conocimiento del desarrollo histórico de la profesión más allá de nuestras fronteras.

En cuanto al aporte de los enfermeros españoles al conocimiento de la Historia de la profesión en España es indudable, que no es posible referenciar aquí la prolífica producción de los distintos autores. Por tanto, se señalarán tan solo las obras más significativas, o que han servido como punto de referencia para asentar nuestros saberes y consolidar la disciplina. Desde esta perspectiva, y dado que estamos tratando en este punto los inicios de la andadura universitaria, es interesante destacar, entre las primeras contribuciones, las obras de los enfermeros y Hermanos de San Juan de Dios, Cecilio Eseverri Chavarri y Francisco Ventosa Esquinaldo. En cuanto al primero, destacar su obra

Enfermería, profesión con futuro en 1978 (24) y unos años después, en 1984, *Historia de la enfermería española e hispanoamericana* (25). Con respecto a Ventosa, subrayar su libro *Historia de la Enfermería Española*, publicado en 1984 (26). La contribución de ambos a la historia de la Enfermería a lo largo de estos años es realmente valiosa, aunque es importante mencionar, que en octubre de 2011, Francisco Ventosa obtuvo el grado de Doctor con la tesis: *Conceptos y valores presentes en el pensamiento de San Juan de Dios y la orden hospitalaria y su relación con la disciplina y la profesión de Enfermería en la actualidad*, en Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid (27)¹.

A las aportaciones anteriormente citadas hay que añadir en esta etapa, la de la Dra. Carmen Domínguez-Alcón y su libro, *Los cuidados y la profesión de Enfermería en España*, editado en 1986 (28). La importancia del mismo queda reflejado en la Reseña que hace Teresa Ortiz en la Revista *Dynamis* de 1985, “*La bibliografía española sobre historia de la profesión enfermera en España ha recibido desde 1984 algunos títulos que han ampliado numéricamente su reducida lista, aunque el libro que nos ocupa es el primero que consigue introducir un criterio decididamente analítico a la hora de estudiar una de las profesiones del mundo contemporáneo femeninas por excelencia. Su autora, enfermera y socióloga, consiguió con una tesis de igual título que el libro que comentamos, su doctorado en la Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, de París, en 1985*” (29).

Igualmente, otra de las personas que ha contribuido significativamente a la Historia de la Enfermería española y al asentamiento de la disciplina es la enfermera, Historiadora del Arte y Licenciada en Historia Medieval, Roser Tey. En este primer período de formación universitaria de la Enfermería española destacar, el artículo “*Pequeña historia de una gran evolución: Las Escuelas Universitarias de Enfermería*”, en el Boletín de la Escuela de ATS de Santa Madrona, de la que era Jefa de Estudios. En este trabajo, que fue publicado en la Revista *Rol de Enfermería* en 1979 en la Sección “*AEED Informa*”(30), la autora, refiere sus experiencias como miembro de la Comisión Interministerial para la reforma de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario, en calidad de representante de la Comisión Nacional de Escuelas de Enfermería. Asimismo, dejar constancia de la Ponencia que abrió las Terceras Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) “*Hacia una definición de Enfermería*”, publicada en el Libro de las mismas en 1982 (31).

Así, a lo largo de los años ochenta, las enfermeras docentes, responsables de la Enfermería Fundamental y la Historia de la profesión, trabajaron intensamente para demostrar la importancia de esta última en la formación, a pesar de no encontrar siempre la comprensión de sus propios colegas. Además, al igual que el resto del profesorado, percibieron la necesidad de la investigación como herramienta esencial para contribuir al crecimiento disciplinar, una cuestión, que quedó cercenada al integrarse los estudios como Escuelas Universitarias según se lo estableció la Ley de Educación de 1970.

¹ En este documento, debido a la limitación de páginas, cuando se haga mención a tesis doctorales, tan solo se referenciará la Base de Datos de tesis doctorales TESEO del Ministerio de Educación Cultura y Deporte, desde la que puede accederse a todas ellas.

LA INVESTIGACIÓN HISTÓRICA: FUNDAMENTANDO LA CIENCIA ENFERMERA

El inicio de la década de los años noventa traería consigo una reforma de los Planes de Estudio en Enfermería, Real Decreto 1466/1990 (32), en función de la aplicación del artículo 28 de la Ley Orgánica 11/1983 de Reforma Universitaria (LRU) y el Real Decreto 1497/1987. Los nuevos Planes de Estudios de Diplomado en Enfermería seguirán las directrices generales marcadas en la legislación referenciada, al igual que para el resto de las enseñanzas universitarias de nuestro país. Así, según establece legalmente, hay una serie de materias de carácter troncal, que serán de impartidas obligatoriamente en todos los Centros. Por otra parte, las Obligatorias, que quedan a criterio de las distintos Departamentos, las Optativas y las de Libre configuración. Lo único que se mantuvo fue la formación de tres años, a pesar de que casi desde los primeros años del DUE se venían insistiendo, en para el avance de la disciplina enfermera, la investigación era una necesidad en el marco académico y que para ello, era imprescindible, que los estudios se elevarán a un segundo ciclo, única vía para conseguir el doctorado.

A lo anterior añadir, que se produjo un cambio importante en las materias, en este sentido, la asignatura de Enfermería Fundamental pasa a denominarse Fundamentos de Enfermería, desgajándose de ella como materias independientes las que fueron llamadas en el Plan de 1977 como Ciencias Auxiliares: Administración de los Servicios de Enfermería; Legislación y Ética Profesional; Enfermería Comunitaria en la que se integraron la Bioestadística y la Microbiología. Sin embargo, una vez más, la Historia de la profesión es la gran olvidada, ya que en los descriptores de la materia de Fundamentos de Enfermería no hay ninguna mención (32). Esta cuestión tuvo repercusiones en cuanto a la distribución y ubicación de los temas históricos de la Enfermería en los distintos Centros.

En todo caso, hay que destacar en este período la traducción al español de dos libros, que tienen aún un gran significado. El primero de ellos, *Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es*, de Florence Nightingale publicada por primera vez en 1859, y al castellano en 1990 (33). Unos años después, la publicación de la obra de Marie Françoise Collière, *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*, en 1993 (1ª ed. en francés 1982) (34), que se convertirá en un “libro insignia”, como escribe Marie-André Vigil-Ripoach en su artículo “*Biographie d’une pionnière. Marie-Françoise Collière – 1930 – 2005. Une infirmière, Une historienne, Une auteure, Une pédagogue, Une conceptrice des soins, et... Une femme*” (35).

Aunque también, este es un gran momento para las contribuciones de autoría enfermera relacionadas con la Historia de la profesión en nuestro país, fundamentalmente de Manuales, que serán de gran apoyo a los distintos docentes de esta materia. Entre ellos, *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería*, de Juana Hernández Conesa y publicado en 1995 (36). En ese mismo año, dentro una colección editada por Mason, en el Libro de *Enfermería Fundamental*, organizado en cuatro partes, la primera, cuya autora es Magdalena Santo Tomás, se dedicará a la “*Historia de la Enfermería*” (37). En 1996, Francisca Hernández Martín publica el Manual, *Historia de la Enfermería: Desde la Antigüedad hasta nuestros días* (38).

Es también en estos años noventa cuando alguna de las enfermeras docentes, acuciadas por la necesidad de seguir avanzando en el conocimiento histórico, y en la

construcción de la disciplina, ante la imposibilidad de doctorarse en enfermería, deciden, cursar otros estudios. Entre ellas, la Profesora de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, Dra. Amparo Nogales Espert, enfermera y Licenciada en Geografía e Historia, que en 1993, obtiene el doctorado en Historia en la U. de Valencia con la tesis: *La sanidad Municipal en la Valencia foral Moderna: 1479-1707* (27). La Dra. Nogales, viene realizando una gran contribución a la historia de la profesión a lo largo de los años destacando, la presentación de su segunda tesis doctoral en el año 2016 bajo el título: *La Antropología de Pedro Laín Entralgo, y su aplicación a la Enfermería*, en la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid (27).

Por su aportación a la Historia de la Enfermería hay que nombrar aquí al enfermero, licenciado en Pedagogía José Siles González, que obtuvo el grado de Doctor en Historia la Universidad de Alicante con la tesis: *Estructura familiar y función social de la mujer en Alicante (1868-1936)* (27). El Dr. Siles también tiene una larga trayectoria investigadora en la historia de la profesión destacando la creación y dirección de la Revista “*Cultura de los Cuidados*” en 1997, de carácter cuatrimestral, de la que se han publicado hasta la actualidad cuarenta y siete números. Asimismo, y como se especifica en la página web, “*es una publicación orientada a contribuir al desarrollo del conocimiento histórico, antropológico, fenomenológico y teórico de los cuidados enfermeros*”. Además, este autor publicó en 1999 el libro *Historia de la Enfermería* (39), del que se realizó una segunda edición en 2011.

Asimismo, otra de las personas cuya contribución al campo de la Historia y la Filosofía enfermera ha sido fundamental, es la Dra. Juana Hernández Conesa, a quién ya nombramos anteriormente. Esta enfermera, Licenciada en Filosofía y Ciencias de la Educación, accedió al grado de Doctora con la tesis: *La construcción disciplinar de la Enfermería como Disciplina Científica: Una aproximación desde su Historia y sus Fundamentos*, en la Universidad de Murcia en 1996 (27). Es importante reflejar, que esta es la primera tesis en nuestro país que incluye en el título la palabra “enfermería”. La Dra. Conesa tiene una brillante labor como investigadora, y en el año 2014 presentó en la Universidad Complutense de Madrid su segunda tesis doctoral: *Interpretación doctrinal comparativa entre el “Manuale dell’ Infirmieri ossia instruzione sul di assiteri il malati” de Ernesto Rusca y “Notas de Enfermería, qué es y qué no es” de Florence Nightingale* (27).

También hay que subrayar, por la indiscutible importancia para la investigación histórica de la Enfermería y por ende, para la consolidación de la disciplina, la creación del Seminario Permanente para la Investigación Histórica de la Enfermería. Su génesis tiene lugar, a partir de la convocatoria en 1989 del Primer Premio internacional de Historia de la Enfermería aprobado en la Junta de Escuela de Enfermería de la U. Complutense de Madrid en 1991. Este se instaura bajo la dirección y el impulso de la Dra. Francisca Hernández Martín, con otros colegas como Amparo Nogales, Magdalena Santo Tomás, Antonio Claret y Manuel Jesús García Martínez, José Siles, o Juana Hernández Conesa, interesados en la investigación y recuperación de la memoria histórica de la Enfermería. En 1992 se celebran las Primeras Jornadas de Investigación en Madrid, momento en el que se creó la Comisión Permanente que elaboró unos breves Estatutos (40).

Desde su creación, y bajo la Presidencia de la Dra. Hernández Martín, la labor de los

miembros del Seminario en pro de la investigación de la historia de la Enfermería, tanto a nivel nacional como internacional, viene siendo una constante en continuo progreso. Una cuestión que se refleja en el número de publicaciones fruto de los distintos Congresos realizados, al que se unirá el de este 2017, el XV Congreso Nacional y X Internacional de Historia de la Enfermería que se celebra en Salamanca.

A la importancia de la creación del Seminario Permanente para la Investigación de Historia de la Enfermería en estos primeros años noventa del siglo pasado, se unirá también la fundación de la primera Revista de Historia de la Enfermería, *Híades* en 1993. Esta Revista constituye un auténtico referente para conocer el desarrollo de la andadura histórica de la profesión y como muestra de su transcendencia decir, que se han publicado un total de once volúmenes hasta mayo de 2015 en los que se recogen los trabajos de más de trescientos cincuenta investigadores tanto españoles, como de otras nacionalidades.

La publicación antes citada, nace de la mano de dos de los investigadores que han hecho un gran aporte a la historia profesional enfermera, Antonio Claret y Manuel Jesús García Martínez. El primero, Licenciado en Geografía e Historia, especialidad en Historia Antigua y Medieval, por la Universidad de Sevilla y Doctor en Historia por la Universidad de Huelva en el año 2000 con la tesis: *Entre la oralidad y la cultura escrita: el sermón como instrumento de formación en la Península Ibérica en el tránsito de la Edad Media a la Edad Moderna* (27). En cuanto a Manuel Jesús, es enfermero, Licenciado en Antropología Social y Cultural por la U. de Sevilla donde obtuvo su doctorado en 2007 con la tesis: *Cuidar el cuerpo y salvar las almas: La Práctica de la Enfermería según el modelo de la Congregación de enfermos obregonos* (27).

Además, una de las entidades científicas que ha colaborado de manera eficaz al desarrollo disciplinar en nuestro país, es la Fundación Index de Enfermería. Un proyecto, que como explica su Presidente, Manuel Amezcua, surge en 1988, gracias a “un grupo de profesionales, vinculados al Servicio Andaluz de Salud, que adoptan la investigación en enfermería y en cuidados de salud como estrategia para desarrollar los cambios propugnados por la Reforma Sanitaria”. Desde 1994, es “una fundación privada, sin ánimo de lucro.....incorporando la investigación a otras áreas como la historia....” (41). De la Fundación Index, bajo la dirección del enfermero y Doctor en Ciencias Sociales y de la Salud Manuel Amezcua, surgen, la Revista Index de Enfermería, con periodicidad trimestral, que inició su publicación en 1992 y la Base de Datos Cuiden. De la aportación de esta Revista en estos primeros años noventa, hay que subrayar, el Monográfico a la Historia de los Cuidados en España publicado en 1992 (41).

En el contexto de la Fundación Index se ubica también, la Revista *Temperamentum*, que como se recoge en su página web, es “*la primera revista científica digital especializada en historia y pensamiento enfermero de carácter internacional, y tiene como misión divulgar conocimiento en torno al pasado de la enfermería y la historia de los cuidados desde una perspectiva poliédrica, privilegiando abordajes desde la hermenéutica, la filosofía, la historia de las mentalidades y la difusión de las fuentes documentales, entre otras*”. Al referenciar esta publicación, cuyo primer número data de 2005, un monográfico dedicado a “La historia de la Enfermería a través de los documentos”, es obligado dedicar unas líneas a Carmen Chamizo Vega, quién formo

parte de su Comité de Redacción hasta su fallecimiento en 2016.

La Dra. Chamizo, era enfermera, y entre los años 2006 y 2013, fue Profesora de Historia y Filosofía de la Ciencia Enfermera en la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de Oviedo. En el año 2000 publicó su libro *La Gota de Leche y la Escuela de Enfermeras* (42), y en el 2009 defendió su tesis doctoral: *El proceso de profesionalización de la Enfermería en el Principado de Asturias (1857/1977)*, en la U. de Alicante (27). Desde aquí nuestro homenaje a una colega entusiasta de la profesión y su historia, cuya labor investigadora nos ha dejado un gran legado.

La Dra. Magdalena Santo Tomás Pérez, es otra de las personas referentes en la Historia de la Enfermería española. Enfermera, Licenciada en Filosofía y Letras por la U. de Valladolid, su tesis doctoral, *La asistencia a los enfermos en Castilla en la Baja Edad Media* (27), presentada en esa universidad en el 2002, supuso una importante aportación al conocimiento de los cuidados en el medievo en nuestro país. Al igual que los demás autores mencionados, tiene en su haber una nutrida producción científica dentro de la historiografía enfermera, aunque también, hay que destacar sus investigaciones en el campo de la Historia de Género, como fruto de su participación en el Grupo de Investigación de Historia de las Mujeres y de Relaciones de Género “Leticia Valle” de la U. de Valladolid.

Al patrimonio de la producción investigadora de la Historia y la Filosofía enfermera se ve también acrecentado por el tributo de la Dra. Carmen Sellán Soto. Esta enfermera, licenciada en Psicología en la U. Autónoma de Madrid, presento su tesis doctoral en esta universidad bajo el título: *Identidad y conflicto en el ejercicio del cuidado: una aproximación histórica a la dinámica de la identidad enfermera en España*, en 2007 (27). De esta misma autora, y por su relación directa con la Historia de la Enfermería, reseñar su obra, publicada por primera vez en 2009 y la segunda edición en 2010, *La Profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería contemporánea* (43).

En esta revisión relacionada con la trayectoria investigadora en el campo de la historia enfermera, cuya aportación sigue siendo fundamental para el fortalecimiento de la disciplina, hay que señalar, a las Doctoras, Carmen González Canalejo y Gloria Gallego Caminero, así como al Dr. Diego José Feria Lorenzo. La primera, con titulación inicial de enfermera, es Licenciada en Humanidades, y Doctora en Historia Contemporánea por la U. de Almería desde el 2005, con la tesis: *Asistencia sanitaria, género y cuestión social en Almería (1857-1930)* (27). En cuanto a la Dra. Gallego, también enfermera, se licenció posteriormente en Historia del Arte, doctorándose en el 2009 en la U. de las Illes Balears con la tesis: *El proceso de profesionalización sanitaria y la transición demográfica en Mallorca (1848-1932)* (27). El Dr. Feria Lorenzo, partió de su titulación como enfermero para licenciarse en Historia en la U. de Huelva en la que obtuvo el grado de doctor por la tesis: *La sanidad en el liberalismo isabelino. La promulgación de la Ley de Sanidad de 1855: Debate Parlamentario y Análisis prosopográfico* en 2007 (27).

Cómo continuación a lo anterior, aportar las contribuciones de la Enfermera y Doctora M^a Teresa Miralles Sangro y Concepción Germán Bes. En cuanto a la primera, su tesis doctoral, presentada en la U. Complutense de Madrid, constituye una aportación novedosa al analizar en la misma, *La Imagen de la enfermera a través de los documentos*

filatélicos desde 1840 hasta el 2000. Una contribución a la historia de la enfermería (27). Asimismo, Dra. Germán Bes, es enfermera, licenciada en Antropología Social y Cultural por la U. de Rovira y Virgili de Tarragona, defendió su tesis doctoral en la U. de Zaragoza en el 2006, que versa sobre Historia de la institución de la Enfermería Universitaria. Análisis con una perspectiva de género (27). Desde el 2010, forma parte del el primer Grupo de Investigación enfermero que se crea en esta fecha en U. de Zaragoza, denominado, Grupo de Investigación en Cuidados e Historia, y Aurora Mas.

En este recorrido, señalar la contribución de la Dra. Rosa Pulido Mendoza y su tesis doctoral *La formación de las Enfermeras de la Cruz Roja Española: legado histórico-filosófico*, defendida en la U. Complutense de Madrid en 2008.

Para cerrar este apartado, destacar la creación en 2005, por parte de un grupo de enfermeras docentes de Cataluña, Illes Balears y Andorra, del “Grupo FEBE, para el Estudio y Docencia de la Historia de la Enfermería con el objetivo de que esta materia se consolide en el campo docente e investigador. Este Grupo del que forman parte entre otras, Isabel Fargues; Anna Ramió; Carme Valiente; Carme Torres o Roser Valls, entre otras lleva realizando una amplia actividad en el campo de la historia de la Enfermería, como puede constatarse en la publicación de su trabajo, “10 años del Grupo FEBE y sus aportaciones a la Historia de la Enfermería (44).

LA INVESTIGACIÓN HISTÓRICA EN ENFERMERÍA COMO UN REQUISITO PARA AFIANZAR LA DISCIPLINA

Cuando estábamos a punto de cerrar la primera década de este segundo milenio, la Enfermería española vuelve a vivir un momento histórico de la mano de la incorporación de las universidades españolas al Espacio Europeo de la Educación Superior. Esta circunstancia conlleva un cambio en la ordenación de todas las enseñanzas universitarias oficiales, estableciéndose a partir de ahora el título de Grado a partir del cual, se puede acceder al segundo ciclo de Master y Doctorado. En lo que concierne a la titulación de Grado en Enfermería, se establecen en la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero (45).

El nuevo título de Grado ha elevado la formación a cuatro cursos académicos y permite el tan ansiado y necesario segundo ciclo. Pero además, en lo que concierne a la Historia de la Enfermería, es importante resaltar que, a nivel legislativo, esta se contempla por primera vez. El apartado cinco de la Orden citada anteriormente, recoge la planificación de las enseñanzas de Grado en Enfermería, y los Módulos que debe contener: De Formación Básica Común; De Ciencias de la Enfermería y Prácticas Tuteladas y Trabajo Fin de Grado. En concreto, la primera de las competencias que deben adquirirse en este módulo de Ciencias de la Enfermería describe: “*Identificar, integrar y relacionar el concepto de salud y los cuidados, desde una perspectiva histórica, para comprender la evolución del cuidado de enfermería*”(45). Un hecho que ha legitimado la importancia del conocimiento de la Historia, puesto que como refiere la Dra. Santo Tomás, nos permite conocer “*de dónde venimos, qué somos y dónde vamos, unas cuestiones que forman parte de la historia de la Enfermería. La respuesta a todas ellas solo puede abordarse desde la Historia y por ello es necesario conocerla, tenerla en cuenta y enseñarla*” (2).

La producción investigadora relacionada con la Historia de la Enfermería se ha incrementado notablemente en estos últimos años, así lo refieren en su artículo *“Evolución de la producción científica de la historia de la Enfermería en España entre 1966 y 2013”*, Minguez Moreno, Inmaculada y Siles González, José, publicado en *Enfermería Global* en 2015. Los autores concluyen, que a pesar de esto, la investigación en esta materia solo representa el 10,8%, a diferencia de lo que ocurre en los países anglosajones (46). En este sentido, añadir, que con motivo de este trabajo, al indagar sobre el número de Tesis publicadas entre los años 2010/2016, que guardan relación directa con la Historia de la Enfermería, sólo treinta y seis de un total de cuatrocientas cincuenta, entre ellas, *Las Fundaciones sanitarias laicas en la España del siglo XX: La Escuela de Enfermería de la Fundación Jiménez Díaz*, presentada por la Dra. M^a Ángeles Matesanz Santiago, en la U. Complutense Madrid (27).

En todo caso, el balance puede considerarse positivo, los investigadores en historia de la Enfermería vienen haciendo un gran esfuerzo por documentar nuestra disciplina y afianzarla en el campo académico. En este sentido, destacar, la publicación en 2014 en la Revista de Ciencias sociales y humanidades, *Erebea*, del artículo de Antonio Claret y Manuel Jesús García Martínez, *“La historia de la Enfermería: origen y desarrollo de una línea de investigación en España (1989-2014)”*. En el mismo, se recopilan más de trescientas referencias relacionadas con la investigación en historia de la Enfermería que se concretan en seis áreas temáticas: *“Historia de la Enfermería; Hospitales, Instituciones, Personajes relacionados con el cuidado; Investigación y Metodología en Historia de la enfermería; El trabajo enfermero a lo largo de la historia: funciones, tareas y cuidados; Fuentes para la historia de la Enfermería; Publicaciones periódicas con mayor presencia de la historia de la Enfermería; Libros de Actas de Congresos de historia de la Enfermería celebrados en España”*(47).

La transcendencia y el valor de la investigación histórica en la consolidación de la profesión enfermera queda patente en la reciente publicación de la obra de la Dra. Domínguez Alcón, *Evolución del cuidado y profesión enfermera*, en este mes de marzo de 2017. En palabras transcritas en el Prólogo por la Profesora de la U. de Minnesota, Joan Tronto, la autora *“nos ofrece una historia exhaustiva de la enfermería en España, que comienza en el siglo IV y continúa hasta el presente”*, a la par que expone, que esta extensa investigación *“le hará pensar en cuestiones que nunca se ha planteado”* (48). En el entorno de una sociedad compleja como la que vivimos, en la que *“los cuidados son un término polisémico, ambiguo y esquivo...”*, como analiza Pablo Meseguer en su artículo *“El trabajo de cuidados. Una aproximación desde la enfermería”* (49), la edición de este libro no puede ser más acertada.

A través de este relato puede apreciarse, que la labor de los historiadores de la Enfermería ha sido fundamental para consolidar la disciplina. El reto es seguir avanzando, conscientes, en palabras de Florescano, de que *“la práctica de la historia es el oficio de la comprensión.....que exige una curiosidad hacia el conocimiento del otro, una disposición para el asombro, una apertura a lo diferente y una práctica de la tolerancia”* (1).

BIBLIOGRAFÍA

(1) Florescano, E. La función social de la historia [video VHS]. Cátedra de Alfonso Reyes, Tecnológico de Monterrey 2011. Disponible en: [http://www.cervantesvirtual.com/portales/tecnologico de monterrey/712348 funcion_s ocial/](http://www.cervantesvirtual.com/portales/tecnologico_de_monterrey/712348_funcion_social/)

(2) Santo Tomás Pérez, M. La Historia en la enseñanza de enfermería. Rev. Iberoamericana de Inv. y Educación en Enfermería [Internet] 2017 ene [consultado 21 mar 2017] 7(1):4-6. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/228/>

(3) Fernández Riquelme, S. La Historia como ciencia. Rev. La Razón Histórica [Internet] 2010 [consultado 21 mar 2017] nº 12: 24-39. Disponible en: <https://www.revistalarazonhistorica.com/12-5/>

(4) Hernández Martín, F. La Enfermería: Cien años de historia del Reconocimiento Legal. En: Fernández Fernández, ML.; García Martínez A.C.; García Martínez, M J (coord.). Un siglo cuidando a la sociedad. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015, p 17-18.

(5) Fernández Fernández, M.L. Aportación de la Enfermería española al desarrollo disciplinar. En: VIII Jornadas de Profesorado de Centros de Enfermería: Junio 2014. Sección Departamental de enfermería. Facultad de Medicina. UAM. Madrid, 2014, p. 67-83. Disponible en: [http://www.cnde.es/cms_files/evento_05_0606214 Libro Resumenes.pdf](http://www.cnde.es/cms_files/evento_05_0606214_Libro_Resumenes.pdf)

(6) 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).

(7) Decreto de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares sanitarios. Boletín Oficial del Estado, nº 363, (29/12/1953).

(8) Orden de 4 de julio de 1955 por la que se dictan normas para la nueva organización de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario. Boletín Oficial del Estado, nº 214, (02/08/1955).

(9) Decreto de 26 de julio de 1956 sobre el título de Ayudante Técnico Sanitario. Boletín Oficial del Estado, nº 226, (13/08/1956).

(10) García del Carrizo San Millán, M.G. Historia de la Profesión. En: Ayudantes Técnicos Sanitarios. Segundo Curso 3ª ed. Ed. Oteo. Facultad de Medicina. Ciudad Universitaria; Madrid, 1970, p. 703-728.

(11) García del Carrizo San Millán, M.G. Historia de la Profesión. En: Tratado del Ayudante en Medicina y Cirugía. 5ª ed. Ed. Oteo. Madrid, 1975, p. 113-132.

(12) Real Orden de 7 de mayo de 1915, por el que se autoriza el ejercicio de la profesión de enfermera y el Programa de Estudios correspondiente. Gaceta de Madrid nº 141, (21/05/1915).

(13) Orden de 21 de mayo de 1941 sobre condiciones y estudios necesarios para la obtención del título de enfermera. Boletín Oficial del Estado nº 148 (28/05/1941).

(14) Giménez Martínez, M.A. El corpus ideológico del franquismo: principios originarios y elementos de renovación. Estudios Internacionales [Internet] 2015 [consultado 22 de marzo de 2017]. U. de Chile, p. 11-45. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rei/v47n180/art02.pdf>

(15) Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. Boletín Oficial del Estado, nº 187, (06/08/1970).

(16) Mompert, M.P. Rebelión en las aulas. Rev ROL Enferm. 2004; 27(10):646-656.

(17) Fargues i Garcia I.; Tey i Freixa R. Testigo y partícipe de la transición de los estudios de la enfermería española a la Universidad. Temperamentvm [Internet] 2007 Abr [consultado 22 mar 2017] 5. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn5/t6367.php>

(18) Decreto 707/1976, de 5 de marzo, sobre Ordenación de la Formación Profesional. Boletín Oficial del Estado, nº 88, (12/04/1976).

(19) Orden de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. Boletín Oficial del Estado, nº 283, (26/11/1977).

(20) Alberdi Castell, R.; Arroyo Gordo, P.; Mompert García, M. P. Conceptos de Enfermería. 1ª Ed. La Fuensanta. Móstoles (Madrid). 1981.

(21) Orden de 15 de julio de 1980 por la que se establece un curso de nivelación de conocimientos a efectos de la convalidación académica del título de Ayudante Técnico Sanitario por el de Diplomado en Enfermería. Boletín Oficial del Estado, nº 176, (23/07/1980).

(22) Frank, M.Ch.; Elizondo T. Desarrollo histórico de la Enfermería. México, 4ª ed. 1987.

(23) Donahue, P. Historia de la Enfermería. Ibys, Ed. Doyma, 1ª ed. 1.987.

(24) Eseverri Chavarri, C. Enfermería, profesión con futuro. Ed. Jims. 1978

(25) Eseverri Chavarri, C. Historia de la enfermería española e hispanoamericana. En: Biblioteca de Enfermería. 1984.

(26) Ventosa Esquinaldo, F. Historia de la Enfermería española. Ed. Ciencia 3. 1984.

(27) Base de datos de Tesis Doctorales TESEO. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/irGestionarConsulta.do;jsessionid=80C5CCD4F81DA A7C80621F712B04EE37>

(28) Domínguez Alcón, C. Los cuidados y la profesión de Enfermería en España. Madrid. Pirámide.1986.

(29) Ortiz, T. Reseñas. Domínguez Alcón, Carmen (1986). Los cuidados y la profesión de Enfermería en España. Rev. Dynamis. Vol. 5. 1985, p 451-453.

(30) Tey i Freixa, R. Pequeña historia de una gran evolución. En: sección AEED Informa. Rev. Rol de Enfermería, nº 9, 1979.

(31) Tey i Freixa, R. Hacia una definición de Enfermería. En: Libro de las III Sesiones de la AEED: 9,10,11 de Diciembre 1982. Barcelona, p. 14-26.

(32) 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, nº 278, (20/11/1990).

(33) Nightingale, F. Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es. Barcelona: Salvat. 1990, p. 139.

(34) Collière, M. F. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill / Interamericana; 1993, p. 395

(35) Vigil-Ripocho, M.A. Biographie d'une pionnière. Marie-Françoise Collière – 1930 – 2005. Une infirmière, Une historienne, Une auteure, Une pédagogue, Une conceptrice des soins, et... Une femme. Recherche en soins infirmiers. 107. 2011, p 7 – 22.

(36) Hernández Conesa, J. Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill / Interamericana; 1995, p. 150.

(37) Santo Tomás Pérez, M. Historia de la Enfermería. En: Fernández Ferrín, C; Garrido Abejar, M.; Santo Tomás Pérez, M.; Serrano Parra, M. D. Enfermería Fundamental. Barcelona: Masson, 1995, p. 3-129.

(38) Hernández Martín, F. Historia de la enfermería en España: desde la antigüedad hasta nuestros días. Madrid: Síntesis; 1996, p. 332.

(39) Siles González, J. Historia de la Enfermería. Alicante: Aguacleara e Ilustre Colegio Oficial de Enf. de Alicante; 1999, p. 375.

(40) Álvarez Nebreda, C. Seminario Permanente para la investigación de la Historia de la Enfermería. Tribuna Sanitaria [Internet] 2012 oct [consultado 27 de mar 2017] nº 262: 16-17. Disponible en:
http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/b1b612c6-1dfb-4c81-9c4c-6761958f56e4/79B2EE8D-A75D-4574-A4AF-5F67BB2B6980/0b18bb06-14c9-4365-9734-97d5204276b7/Tribuna_262r3.pdf

(41) Amezcua, M. La fundación Index y la promoción de la investigación en enfermería. Enf. Global. [Internet] 2003 may [consultado 27 de mar 2017] nº2: 1-16.

(42) Chamizo Vega, C. La gota de leche y la Escuela de Enfermeras. Gijón: 1999, p. 215.

(43) Sellán Soto, C. La Profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería contemporánea. Madrid: Fundación Enfermería y Desarrollo (FUDEN); 2009, p. 280.

(44) Fernández, L; Valiente, C.; Santos, S. Diez años del Grupo Febe y sus aportaciones a la Enfermería. En: Fernández Fernández, ML.; García Martínez A.C.; García Martínez, M J (coord.). Un siglo cuidando a la sociedad. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015, p 499-504.

(45) Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, 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, nº 174, (19/07/2008).

(46) Minguez Moreno, I.; Siles González, J. Evolución de la producción científica de la historia de la Enfermería en España entre 1966 y 2013. *Enf. Global*. [Internet] jul. 2015 [consultado 30 de mar 2017] nº 39: 273-290.

(47) García Martínez, A.C.; García Martínez, M. La Historia de la Enfermería: Origen y desarrollo de una línea de investigación en España (1989-2014). *Rev. De Humanidades y Ciencias Sociales. EREBEA*. [Internet] 2014 [consultado 30 de mar 2017] nº 4: 7-41.

(48) Domínguez Alcón, C. Evolución del cuidado y profesión enfermera. Barcelona. Ed. San Juan de Dios. Campus Docent, 2017, p. 681.

(49) Meseguer, P. El trabajo de cuidados. Una aproximación desde la enfermería. *Cuad. relac. labor.* . [Internet] 2017 [consultado 21 de mar] 35(1) 2017: 165-185.

RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA POR LOS DAÑOS DERIVADOS DE LA PRESTACIÓN SANITARIA

[Una muestra jurisprudencial: los pronunciamientos del Tribunal Supremo de 2016]

Juan Manuel Alegre Ávila

Catedrático de Derecho Administrativo de la Universidad de Cantabria
Exletrado del Tribunal Constitucional

Uno.- Los pronunciamientos del Tribunal Supremo de que aquí se da cuenta se ciñen al año de 2016 y constituyen una muestra significativa de las más relevantes cuestiones que suscita la responsabilidad patrimonial o civil extracontractual de las Administraciones públicas por la prestación sanitaria, esto es, la determinación de cuándo surge el deber de reparar los daños e indemnizar los perjuicios dimanantes de una actuación médico-sanitaria. Unos daños y perjuicios que, de acuerdo a la lógica de la institución concernida, han de revestir la consideración de *lesión*, esto es, en la caracterización al uso, de *daño antijurídico*, a saber, un daño [*id est*, deterioro, detrimento o quebranto de la índole que fuere, estrictamente física o de tipo moral, susceptible en todo caso de valoración económica] que el particular [receptor o destinatario, aquí, de la oportuna prestación sanitaria] no tiene el deber jurídico de soportar...por carecer la Administración pública de una causa de justificación civil.

La muestra jurisprudencial analizada proviene del Tribunal Supremo cuyas decisiones surgen de la resolución de los correspondientes recursos de casación, ya en su modalidad general ya en la de unificación de doctrina, incluso en algún caso de la revisión de sentencia firme, esto es, por lo que a los dos primeros cauces se refiere, de las modalidades que, junto a la casación en interés de la ley, articulaban el recurso de casación anterior j la reforma que entrara en vigor en julio de 2015. En otros términos, la configuración legal del recurso de casación, máxime en su modalidad de casación para la unificación de doctrina, impone al Tribunal Supremo unos condicionantes o límites que encorsetan el enjuiciamiento de aquél en unos contornos inexistentes cuando se trata de la resolución del oportuno recurso contencioso-administrativo [o incluso, aunque con matices, del mismo recurso de apelación]. Unos condicionantes o límites que son particularmente visibles cuando lo que se pretende a través del recurso de casación es que el Tribunal Supremo revise la valoración de la prueba llevada a cabo por el tribunal de instancia; una pretensión que, con carácter general, queda extramuros de la función que toca cumplir al Tribunal Supremo a través del recurso de casación.

Dos.- La valoración de la prueba practicada en la instancia, pues. Una valoración cuya revisión en casación ofrece un estrecho perfil del que a modo de muestra el fundamento de derecho quinto de la *Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016* [Sección Cuarta; recurso de casación número 2.228/2014; ponente: Teso Gamella] ofrece este dibujo en respuesta a la pretensión del recurrente de que se procediera a la revisión de la valoración de la prueba efectuada en la instancia:

“[...] lo que se cuestiona es la valoración de la prueba realizada por la Sala de instancia, lo que [...] no resulta admisible en casación. Así es, la valoración de la prueba que realiza la Sala <a quo> ha de partir de una apreciación de los medios de prueba que fueron aportados al proceso y que conducen al órgano jurisdiccional al convencimiento sobre la realidad de los hechos o situaciones fácticas, precisas para la resolución del pleito.

La formación de ese convencimiento, o convicción, se encuentra atribuida al órgano jurisdiccional que es el que se encuentra en condiciones de examinar dichos medios, al haber practicado con inmediatez dichas pruebas, sin que pueda ser suplantado en dicho cometido por este Tribunal de casación. Téngase en cuenta que la errónea valoración probatoria ya fue desterrada del recurso de casación en la jurisdicción civil por la Ley de Medidas Urgentes de Reforma Procesal, y no ha sido incluida como motivo de casación en el orden contencioso-administrativo, regulado por primera vez en dicha ley. Ello se corresponde con la caracterización de la casación como un recurso especial, cuya finalidad es la de corregir errores en la interpretación y aplicación del ordenamiento jurídico, y no someter a revisión la valoración de la prueba realizada por el tribunal de instancia.

No obstante, venimos admitiendo que pueda invocarse en casación la infracción de preceptos relativos a la valoración de la prueba, en aquellos casos en que se trata de prueba tasada o de la llamada prueba de presunciones, o cuando la valoración de la prueba ha sido arbitraria o carente de lógica”.

Y, denunciada la indebida valoración de la prueba por el tribunal de instancia “[el recurrente] opone a la valoración que hace la Sala de instancia de las pruebas practicadas los términos de unas testificales que, según la demandante, cuestionan lo deducible de esas otras pruebas y de la valoración que de las mismas hace la Sala de instancia”: fundamento de derecho octavo], el fundamento de derecho noveno de la *Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2016* [Sección Cuarta; recurso de casación número 2.822/2014; ponente: Requero Ibáñez] reitera la exigencia de la carga que en casación pesa sobre el recurrente y la consiguiente inviabilidad de sustituir la valoración de la prueba llevada a cabo en la instancia por la valoración postulada por aquél:

“[...] hay que reiterar la carga que pesa sobre el recurrente de invocar los concretos preceptos infringidos y razonar por qué concurre la infracción invocada. En este sentido la recurrente no expone en qué medida el tribunal de instancia ha podido infringir las reglas de valoración de las pruebas o incurrir en una valoración arbitraria o irrazonable de las mismas o la Sala hubiere llegado a

resultados inverosímiles. Fuera de la apreciación de tales patologías, a esta Sala le está vedado adentrarse y revisar la valoración probatoria realizada por la Sala de instancia, sustituyéndola por otra valoración contraria y que sea coincidente con la que postula la parte recurrente”.

Y a modo de codificación el fundamento de derecho sexto de la *Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016* [Sección Primera; recurso de casación número 2.396/2014; ponente: Toledano Cantero] sintetiza del modo que sigue los términos en que es pertinente la revisión en casación de la valoración de la prueba realizada en la instancia:

“Como regla general la valoración de la prueba es un extremo excluido del ámbito casacional [*sic*], pues, como señala la jurisprudencia [por todas, Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de enero de 2011 (rec. cas. núm. 6.388/2006), <[...] la discrepancia con la valoración de la prueba efectuada en la sentencia es cuestión que se encuentra extramuros del ámbito casacional y, en este sentido, venimos declarando de modo reiterado que el recurso de casación no puede fundarse en el error en que hubiese podido incurrir el Tribunal de instancia al valorar la prueba, salvo que se haya alegado por el recurrente que se incurrió en infracción de normas o jurisprudencia reguladoras del valor tasado de determinadas pruebas, en los contados casos en que la apreciación de la prueba no es libre, sino tasada, excepción que no se da respecto de la prueba pericial, sometida a la libre apreciación del juzgador según las reglas de la sana crítica conforme a los artículos 1.243 del Código Civil y 348 de la vigente Ley de Enjuiciamiento Civil>].

No obstante lo anterior, no cabe olvidar que la labor de ponderación y valoración de la prueba que se realiza en la instancia está íntimamente relacionada con el planteamiento de la cuestión litigiosa. Se valoran, ante todo, aquellos datos fácticos que quedan acreditados y los conocimientos técnicos que se aportan en virtud de las periciales, y, con este bagaje, el Tribunal llega a una conclusión jurídica aplicando las reglas jurídicas de valoración de la prueba a la cuestión debatida en el litigio -infracción de la *lex artis ad hoc*, relación de causalidad, antijuridicidad del daño-. Pero ello exige contemplar todos los aspectos en que se haya fundado por las partes el planteamiento jurídico de la acción de responsabilidad.

En el presente litigio ha existido un enfoque del título de imputación de la responsabilidad patrimonial, como es la doctrina de la pérdida de oportunidad, que no ha sido suficientemente considerado por la sentencia recurrida en la valoración de la prueba, por lo que esa labor de valoración ha quedado incompleta y debe ser revisada y, en su caso, completada por el Tribunal de casación, si existen elementos bastante[s] para ello, pudiendo hacer uso de la facultad que otorga el art. 88.3º de la LJCA [Ley Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa de 1998], cuando el motivo invocado en la casación es el de la letra d) de su art. 88.1, como es el caso”.

Una doctrina que en el caso concreto conduce, a la luz del prisma de la doctrina de la pérdida de oportunidad, a la constatación de “[...] una errónea valoración de la prueba por la sentencia de instancia, que conduce a un resultado ilógico [...], pues cabe constatar la pérdida de oportunidad para el feto al haberse omitido una conducta terapéutica, la cesárea inmediata, que estaba indicada, y que hubiera conducido muy probablemente a un resultado distinto y menos adverso [...]; constatación de la que se desprende la estimación del recurso de casación, [...] pues la valoración de la prueba por el Tribunal de instancia resulta claramente irrazonable y ocasiona indefensión al recurrente, con vulneración del art. 24 de la Constitución, lo que determina la anulación de la sentencia recurrida” [fundamento de derecho octavo].

Anulada por la razón antedicha la sentencia recurrida, el Tribunal Supremo, “como Tribunal de instancia”, declara la concurrencia en el caso examinado de los requisitos a que se supedita la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración pública [fundamento de derecho noveno] y, en su consecuencia, procede a fijar la correspondiente indemnización resarcitoria a cargo en régimen de solidaridad de la Administración pública y del asegurador [fundamento de derecho décimo].

Una doctrina que, a su vez, recuerda el fundamento de derecho cuarto de la *Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 8 de julio de 2016* [Sección Cuarta; recurso de casación número 3.734/2014; ponente: Toledano Cantero]:

“La recurrente pretende que, sin invocar ningún motivo de casación que permita revisar los criterios de valoración de la prueba, se orille la declaración de hechos probados de la sentencia de instancia, que fija con toda precisión en tres meses y medio la demora en la realización del enema opaco, y que excluye toda relevancia de esta demora en la ulterior evolución de la enfermedad. Esta forma de plantear el recurso de casación está condenada al fracaso, pues, conforme se recoge en constante jurisprudencia de la que es expresiva la sentencia de 12 de enero de 2012 (rec. cas. núm. 1.558/2009) <esta Sala ha declarado de forma reiterada -sirva de muestra la mencionada sentencia de 15 de octubre de 2010 (casación 1.938/2006)- que el juicio realizado por el Tribunal de instancia, en cuanto atinente a las circunstancias fácticas del litigio, no puede ser revisado en casación pues ‘(...) la formación de la convicción sobre los hechos en presencia para resolver las cuestiones objeto del debate procesal está atribuida al órgano judicial que, con inmediación, se encuentra en condiciones de examinar los medios probatorios, sin que pueda ser sustituido en este cometido por este Tribunal de casación (...)’. Y, como consecuencia de ello, sólo en muy limitados casos, señalados por la jurisprudencia, pueden plantearse en casación, para su revisión por este Tribunal Supremo, supuestos como el quebrantamiento de las formas esenciales del juicio en relación con la proposición o la práctica de prueba, la infracción de normas que deban ser observadas en la valoración de la prueba, ya se trate de las normas que afectan a la eficacia de un concreto medio probatorio o de las reglas que disciplinan la carga de la prueba o la formulación de presunciones; o, finalmente, se alegue y razone que el resultado de ésta es arbitrario, inverosímil o falto de razonabilidad>”.

En consecuencia, “[...] descartada la incidencia en la evolución de la enfermedad diagnosticada [...] la dilación en la práctica de la prueba de enema opaco, no cabe establecer ningún nexo de causalidad entre la atención médica dispensada y los daños que reclama la recurrente, ni cabe calificar de mala praxis médica la actuación de la Administración sanitaria” [fundamento de derecho cuarto]. Una conclusión que, asimismo, se extiende a la negación en el caso de la “pérdida de oportunidad” y con ella del “principio de facilidad de prueba”, a cuyo efecto señala:

“La sentencia recurrida no echa en falta, ni la realización más inmediata de la prueba diagnóstica de enema opaco, ni otorga relevancia alguna en el curso de la enfermedad al extravío, que califica de temporal, de la historia clínica. Antes bien, afirma que la del extravío de la historia clínica fue una anotación que se consignó en la consulta a que asistió la paciente el día 17 de julio de 2001, pero lo cierto es que los distintos tratamientos de quimioterapia que correspondían le fueron administrados en la forma y fechas previstas -que se reseñan en el FD tercero-, afirmando la sentencia que al respecto <constan[n] anotaciones de evolución clínica de todas las visitas de la paciente que coinciden, con otra documentación [...]>. Luego la conclusión de que careció de toda relevancia en el curso de la enfermedad es una conclusión no sólo razonada, sino sometida al ámbito de valoración de la prueba que corresponde a la Sala de instancia”.

Y concluye:

“En resumen, la sentencia señala que la asistencia fue la lógica y ajustada a la evolución de la patología que en cada momento presentó el paciente, y bajo estas conclusiones no desvirtuadas, es palmario que no se ha infringido el art. 139 de la LRJAPyPAC [Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común de 1992], al no existir funcionamiento anormal del servicio público sanitario, puesto que se dispensaron en todo momento los medios y técnicas adecuados a la situación que la paciente presentaba a lo largo del largo proceso de su enfermedad, sin que exista relación alguna entre los daños sufridos y la atención sanitaria dispensada”.

Un asunto, el de la postulada revisión de la valoración de la prueba, que se reitera en la *Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 18 de julio de 2016* [Sección Cuarta; recurso de casación número 4.139/2014; ponente: Cudero Blas], en cuyo fundamento de derecho cuarto se analiza la denunciada “arbitraria, ilógica y palmariamente errónea valoración de la prueba que habrían efectuado los jueces de instancia al entender que la actuación médica dispensada al recurrente se ajustó a las exigencias de la *lex artis*”.

En este sentido, sobre la base de que “[...] la atenta lectura de la sentencia de instancia pone de manifiesto que los jueces *a quo* han examinado la abundante prueba practicada en las actuaciones (documental, pericial y testifical) con notable detenimiento y que han deducido de la misma, analizándola según las reglas de la sana crítica, que no concurrieron, en la actuación médica dispensada, las deficiencias aducidas por la parte actora”, el referido fundamento de derecho cuarto consigna:

“No está de más recordar nuestra doctrina sobre esta cuestión, en la que hemos afirmado con reiteración que la formación de la convicción judicial a tenor de la prueba practicada en los autos se encuentra atribuida al órgano jurisdiccional que es el que se encuentra en condiciones de examinar los medios de prueba, al haberlos practicado con inmediación y sin que pueda ser suplantado en dicho cometido por este Tribunal de casación. Téngase en cuenta que la errónea valoración probatoria ya fue desterrada del recurso de casación en la jurisdicción civil por la Ley de Medidas Urgentes de Reforma Procesal y no ha sido incluida como motivo de casación en el orden contencioso-administrativo, regulado por primera vez en dicha ley, lo cual se corresponde con la caracterización de la casación como un recurso especial, cuya finalidad es la de corregir errores en la interpretación y aplicación del ordenamiento jurídico, y no someter a revisión la valoración de la prueba realizada por el tribunal de instancia”.

Una doctrina que permite al Tribunal Supremo en la ocasión sostener, con fundamento en el criterio rector de la asistencia sanitaria, a saber, que la misma “es una obligación de medios y no de resultados”, que no ha lugar a apreciar “ese carácter arbitrario, ilógico, absurdo o palmariamente erróneo en la valoración de la prueba que se imputa por la parte recurrente a la sentencia de instancia” y en consecuencia que “no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone”. La justificación de estos asertos se contiene en los últimos párrafos del reiterado fundamento de derecho cuarto, que por las circunstancias del caso no es inoportuno reproducir:

“Y esto es, precisamente, lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugería, desde el punto de vista médico, la evolución del cuadro médico que presentaba el paciente. En efecto:

1 Es claro que la decisión de ingresar al paciente en la UCI [Unidad de Cuidados Intensivos] o hacerlo en la planta correspondiente (de medicina interna, en el caso) depende del diagnóstico que se efectúe del mismo cuando acude al servicio de urgencias, sin que, como acertadamente se señala en la sentencia recurrida, quepa efectuar un análisis retrospectivo una vez que se sabe lo que realmente aconteció. En todo caso, el protocolo al que se refiere reiteradamente la parte recurrente (en la instancia y en esta casación) no obliga al ingreso en aquella unidad en los supuestos de *sospecha* de gripe A e insuficiencia respiratoria *parcial*, que es el cuadro que presentaba inicialmente don Lázaro, sobre todo si se tiene en cuenta que se ha constatado en autos la mejora del interesado en sus niveles de saturación de oxígeno como consecuencia del tratamiento dispensado.

2 Tampoco puede afirmarse en absoluto que la ansiedad padecida por el interesado a las 00.00 horas y a las 7.00 horas del día 28 de octubre exigiera, indefectiblemente, el ingreso en la UCI. Nada hay en el procedimiento que permita afirmar que en ese momento era previsible que aconteciera una parada cardíaca y, desde luego, tal circunstancia no se sigue de las periciales efectuadas en autos y del resto del material probatorio abundantemente valorado por la Sala

en la sentencia que nos ocupa.

3 El diagnóstico original del Sr. Lázaro no fue nunca sustituido por el de síndrome de abstinencia alcohólica: tras los episodios acaecidos en la madrugada del 27 al 28 de octubre en la habitación de la planta en la que estaba ingresado, su diagnóstico inicial fue completado con aquella circunstancia, constatada por las propias manifestaciones del paciente (respecto de la bebida y el tabaco) cuando fue tratado por el médico.

4 No se ha probado en modo alguno, como dice la sentencia recurrida, que los medicamentos suministrados para mitigar la ansiedad hayan sido la causa de la parada cardíaca o hayan contribuido de manera apreciable a la misma, máxime si se tiene en cuenta las periciales valoradas por la Sala, de las que se infiere que el problema cardiovascular no era apreciable en ningún momento (ni siquiera a las 7,00 horas del día 28), que no era previsible el desenlace, que la dosis prescrita de esos fármacos era poco relevante a esos efectos y que el paciente se tranquilizó (según los informes que constan en la historia clínica) después de las visitas del médico de urgencia y tras el suministro de aquellos medicamentos.

5 Tampoco puede afirmarse en absoluto que la forma de abordar la parada cardíaca fuera deficiente. Basta aquí con reproducir los impecables razonamientos de la sentencia recurrida, en los que se constata que no se ha acreditado demora alguna en el tratamiento, que el carro de paradas estaba en el lugar idóneo, que éste no tenía porqué [sic] incluir un registro, que la enfermera actuó diligentemente y que, a tenor de los propios documentos valorados por la Sala y la testifical practicada, la asistencia dispensada se ajustó a unos tiempos claramente razonables”.

Tres.- Amén del cauce de la casación general [siempre, se insiste, de acuerdo a la versión del recurso de casación anterior a la reforma vigente desde julio de 2015], el Tribunal Supremo ha conocido de pretensiones de resarcimiento de resultas de la dispensa de la prestación sanitaria al socaire de la modalidad de la casación para la unificación de doctrina. Una modalidad que, con el sustrato del carácter extraordinario que adorna a la casación, reviste unas notas específicas derivadas del mismo presupuesto que autoriza su puesta en acción, a saber, la contradicción de la sentencia que pretende impugnarse a través de esta vía con otra u otras, de carácter firme, dictadas en supuesto sustancialmente idéntico al que está en la base de la sentencia recurrida. Precisamente, la estructura de la casación para la unificación de doctrina ciñe aún más estrictamente que en el recurso de casación general el contorno que delimita el pronunciamiento del Tribunal Supremo.

Una estructura de la que da cuenta el fundamento de derecho tercero de la *Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 19 de enero de 2016* [Sección Sexta; recurso de casación para la unificación de doctrina número 366/2015; ponente: Olea Godoy]:

“Como ya hemos dicho reiteradamente, la modalidad casacional de unificación de doctrina requiere, en primer lugar, una delimitación de la naturaleza de este recurso y de las potestades que el mismo confiere a este Tribunal de casación. En este sentido debemos recordar que, como hemos declarado reiteradamente -por

todas, sentencia de esta Sala de 24 de julio de 2012, dictada en el recurso 1.112/2012-, se configura como un recurso excepcional y subsidiario respecto del de casación propiamente dicho, que tiene por finalidad corregir interpretaciones jurídicas contrarias al ordenamiento jurídico, pero sólo en cuanto constituyan pronunciamientos contradictorios con los efectuados previamente en otras sentencias específicamente invocadas como de contraste, respecto de los mismos litigantes u otros en idéntica situación y en mérito a hechos, fundamentos y pretensiones sustancialmente iguales.

Se trata con este medio de impugnación de potenciar la seguridad jurídica a través de la unificación de los criterios interpretativos y aplicativos del ordenamiento, pero no en cualquier circunstancia, conforme ocurre con la modalidad general de la casación -siempre que se den, desde luego, los requisitos de su procedencia-, sino <sólo> cuando la inseguridad derive de las propias contradicciones en que, en presencia de litigantes en la misma situación procesal y en mérito a hechos, fundamentos y pretensiones sustancialmente iguales, hubieran incurrido las resoluciones judiciales específicamente enfrentadas. No es, pues, una forma de eludir la inimpugnabilidad [*sic*] de sentencias que, aun pudiéndose estimar contrarias a Derecho, no alcancen los límites legalmente establecidos para el acceso al recurso de casación general u ordinario ni, por ende, una última oportunidad de revisar jurisdiccionalmente sentencias eventualmente no ajustadas al ordenamiento, para hacer posible una nueva consideración del caso por ellas decidido. Es, simplemente, un remedio extraordinario arbitrado por el legislador para anular sentencias ilegales, pero sólo si estuvieran en contradicción con otras de Tribunales homólogos o con otras del Tribunal Supremo específicamente traídas al proceso como opuestas a la que se trata de recurrir.

Esa configuración legal del recurso de casación para la unificación de doctrina determina la exigencia de que en su escrito de formalización se razone y relacione de manera precisa y circunstanciada las identidades que determinan la contradicción alegada y la infracción legal que se imputa a la sentencia, como determina el artículo 97 de la Ley Jurisdiccional. Por ello, como señala la sentencia de 20 de abril de 2004, esa contradicción debe estar referida a una triple identidad porque ha de afectar a los sujetos, fundamentos y pretensiones. De no imponerse esa exigencia, carecería de fundamento esta modalidad casacional porque en nada se distinguiría de la casación ordinaria cuando se funda en infracción de la jurisprudencia [artículo 88.1º d)]. De lo que se trata en este recurso especial es de poner de manifiesto dos soluciones jurídicas dispares ante supuestos idénticos en sus aspectos doctrinales o materias consideradas, sino también en cuanto a los sujetos y los elementos, tanto de hecho como de Derecho en que se fundan. Es decir, como se declara por la jurisprudencia, debe apreciarse *<una incompatibilidad lógica entre ambos pronunciamientos, sin margen alguno de interpretación de normas diversas, de aplicación de las mismas sobre supuestos de hecho distintos o de diferente valoración de las pruebas que permita, independientemente del acierto de uno u otro pronunciamiento,*

justificar a priori la divergencia en la solución adoptada [la cursiva en el original].

Y es que, como dice la sentencia de esta Sala de 26 de diciembre de 2000, la contradicción entre las sentencias contrastadas ha de ser ontológica, esto es, derivada de dos proposiciones que, al propio tiempo, no pueden ser verdaderas o correctas jurídicamente hablando y falsas o contrarias a Derecho. Esta situación no presenta analogía alguna con la de sentencias diferentes, pese a la identidad de planteamientos normativos o de hecho entre ambas, en función del resultado probatorio que haya podido apreciarse en unas u otras”.

Y viniendo al caso concreto el fundamento de derecho cuarto, “teniendo en cuenta las limitaciones que comporta esta modalidad del recurso de casación y la fundamentación de la sentencia recurrida para concluir en la desestimación de la pretensión”, adelanta que el recurso [de casación para la unificación de doctrina] “no puede estimarse”, habida cuenta del “examen de la <prueba practicada>” en el proceso, de la que el tribunal de instancia concluye que, en las palabras de aquél, “en el trato dispensado por la Administración penitenciaria al fallecido, no se ha acreditado elemento de anormalidad de intensidad suficiente para permitir generar la responsabilidad patrimonial y su consiguiente obligación reparadora”. Más en concreto, de acuerdo al texto de la sentencia de instancia, cuyas consideraciones se recogen en cursiva: “[...] *<no existe título de imputación alguna a los servicios del Centro Penitenciario, por la ausencia de sometimiento al interno al Programa de Prevención de Suicidios>*. Es decir, se consideraba que no concurría el funcionamiento anormal en que se fundaba la pretensión de los recurrentes y, en definitiva, *<a concluir en la ausencia de datos fácticos suficientemente precisos e intensos, que permita calificar el daño sufrido -que ciertamente existe como daño moral y personal de honda trascendencia para la recurrente- como daño antijurídico, para encuadrarlo en el ámbito de la imputabilidad a la Administración, generador de un supuesto de responsabilidad patrimonial de la misma>*”.

Y con insistencia en la razón de ser del recurso de casación para la unificación de doctrina se dirá, en presencia de “las concretas circunstancias en que acontecieron [sic] la muerte del interno”, lo siguiente:

“Lo expuesto deja claro que la desestimación de la pretensión indemnizatoria estaba motivada, a juicio del Tribunal sentenciador, en las concretas circunstancias en que acontecieron [sic] la muerte del interno, lo cual es de indudable trascendencia para el presente recurso, porque sabido es que por este recurso no puede procederse a un examen de la valoración de la prueba que se hace por los Tribunales de instancia, porque dada la naturaleza de esta modalidad de casación y en cuanto esos concretos hechos se deducen de la prueba practicada en el proceso, sería preciso acreditar que se concluye en unas mismas pruebas en la sentencia recurrida y las citadas de contrario, lo cual no es el caso de autos. Y ello sin desconocer que si ya en el recurso de casación ordinario la valoración de la prueba, como regla general, queda al margen del debate casacional, más aun [sic] lo está en esta modalidad del recurso que se limita [...] a la mera contradicción entre dichas sentencias.

Debe añadirse a lo antes concluido y en cierta medida como complemento de ello, que no cabe apreciar que entre la motivación de la sentencia de instancia y las citadas de contraste exista la preceptiva identidad de fundamentos que se impone en el artículo 97 de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa. En efecto, como pone de manifiesto el Abogado del Estado, en todas las sentencias invocadas de contraste lo que se concluye por esta Sala, es que precisamente existían indicios de la voluntad suicida del interno o, al menos, el no haber adoptado la Administración penitenciaria la suficiente atención con el fin de constatar esa intencionalidad del recluso”.

Consideraciones que se erigen en pódico del examen de la denunciada contradicción entre la sentencia recurrida y las aportadas a modo de contraste para fundamentar aquella contradicción. Una contradicción no tenida por tal por el Tribunal Supremo, para quien “no cabe apreciar que entre la motivación de la sentencia de instancia y las citadas de contraste exista la preceptiva identidad de fundamento”, en la medida en que, haciendo suyo el parecer del Abogado del Estado, “en todas las sentencias invocadas de contraste lo que se concluye por esta Sala, es que precisamente existían indicios de la voluntad suicida del interno o, al menos, el no haber adoptado la Administración penitenciaria la suficiente atención con el fin de constatar esa intencionalidad del recurso”. La confrontación de la recurrida en casación para la unificación de doctrina con las sentencias llevadas como sustento de la contradicción alegada arroja el siguiente pormenor [en cursiva el texto de las sentencias reproducidas]:

“Y así, por lo que se refiere a la primera de las sentencias dictadas de contraste, la de 30 de mayo de 2006, dictada en el recurso de casación para la unificación de doctrina 211/2005, se invocaron como de contraste sentencias de esta Sala referidas a suicidios en centros penitenciarios *<donde se hallaban reclusos unos internos con notables trastornos psíquicos>*, estimando una concurrencia en la causación [sic] de la muerte del recluso tanto a su propia decisión pero también coadyuvando la actuación del centro penitenciario por haber omitido *<la adopción de cuidados especiales (que) hubieran podido evitar el suicidio, de tal suerte que la culpa in vigilando dimanante, ya sea de la omisión del reconocimiento médico del interno a su llegada al centro penitenciario o una defectuosa o insuficiente atención permanente al enfermo por el centro psiquiátrico penitenciario, aparece como causa idónea y relevante de los consiguientes perjuicios, siquiera lo sea de modo concurrente con la conducta propia del interno y su voluntad suicida>*. Y en aquel proceso, lo que se concluyó en la sentencia de casación fue que el hecho de haber permitido al recluso, sometido a un *<plan de prevención de suicidios>* y con relevantes medidas de vigilancia, se hubiera omitido por la Administración penitenciaria adoptar las medidas necesarias para que *<el fallecido (no) dispusiese de medios a su alcance para causarse la muerte o autolesionarse (cuchillas de afeitar), razón por la que se incumplió el deber de vigilancia a que se refieren las sentencias de contraste>*. Y partiendo de aquellos síntomas suicidas del interno se concluye por este Tribunal en aquella sentencia *<que en el caso enjuiciado no sólo existió una*

disfuncionalidad del servicio público psiquiátrico penitenciario en la producción del resultado lesivo, al permitírsele que se marchara solo a su celda porque le dolía la cabeza..., sino porque en la producción del evento dañoso también intervino la voluntad del interno suicida, que se interfirió más o menos intensamente en el actuar administrativo, cuya imprudencia o negligencia exclusivamente se imputó por los demandantes a la Administración>.

En el caso de autos, tanto las circunstancias del interno como la actuación de la Administración penitenciaria son bien diferentes [...], a la vista de lo que concluyó la Sala de instancia de la prueba practicada, porque ni el interno estaba sometido a tratamiento alguno por el riesgo de suicidio ni el Centro Penitenciario dejó de adoptar medidas oportunas en sus funciones de vigilancia.

Por lo que se refiere a la sentencia de 26 de noviembre de 1992 (*sic*: la advertencia en el original), dictada en el recurso de apelación 4.250/1992 -en que la Sala de instancia accedió a declarar la responsabilidad de la Administración-, esta Sala confirma la decisión de instancia, estimando procedente la responsabilidad de la Administración por las condiciones psiquiátricas del interno que se había suicidado en un centro penitenciario, existiendo unas condiciones bien diferentes al caso de autos que se reflejan en la sentencia que aquí se revisa. En efecto, según se declara en aquella sentencia, *<el interno fallecido había sido objeto de tratamiento psiquiátrico...señalándose que se encuentra afectado de una psicosis paranoide, constando acreditado el tratamiento médico psiquiátrico que estaba sometido el recurrente con periodicidad continuada, apreciándose, incluso, la existencia de nuevas prescripciones facultativas...y la circunstancia de que tres días después de la última asistencia médica incendiara la casa en la que vivía con su madre>*. De esas circunstancias se concluye por esta Sala en aquella sentencia que *<todos estos elementos circunstanciales propiciaban la adopción, por parte de los Servicios Públicos Penitenciarios, de las medidas necesarias, al haberse detectado unas probadas anomalías psíquicas que tenían que haber supuesto un imprescindible control médico exigible e incumplido por parte de la Administración, máxime cuando en el Centro Penitenciario en el que ingresa, ninguno de los miembros del Equipo de Observación y Tratamiento posee titulación médica o sanitaria específica en el ámbito psiquiátrico...y además, desde el momento de su detención, no fue atendido por ningún médico psiquiatra ni fue remitido a ningún Centro Psiquiátrico al no considerarlo necesario el equipo médico, según consta en el informe del Servicio médico del Centro de La Coruña de 14 de febrero de 1991>*.

Es indudable que el supuesto de referencia no es asimilable al caso de autos a los efectos de concluir en la responsabilidad de la Administración.

Por lo que se refiere al supuesto contemplado en la sentencia de 28 de marzo de 2000, dictada en el recurso de casación 1.067/1996, se refiere a un supuesto de omisión de la diligencia exigible a la Administración penitenciaria motivada en haberse omitido en los antecedentes del interno sus antecedentes suicidas que,

de haberse hecho constar, *<hubiera determinado la adopción de cuidados especiales que hubieran podido evitar su suicidio, de tal suerte que la culpa in vigilando dimanante del carácter defectuoso de la vigilancia llevada a cabo por ser insuficiente la información llegada al centro penitenciario aparece como causa idónea y relevante de los consiguientes perjuicios, siquiera lo sea de modo concurrente con la conducta propia del interno y su voluntad suicida>*. Circunstancias bien distintas de las del caso de autos.

En lo referente al supuesto contemplado en la sentencia de 22 de octubre de 2004, dictada en el recurso de casación 6.777/2000, se trataba también de un supuesto que no es asimilable al de la sentencia recurrida, porque se refiere a un interno que padecía una *<esquizofrenia paranoide, con altos y bajos en su evolución, que había experimentado un retroceso>*, que es lo que le llevó al suicidio.

La sentencia de 4 de mayo de 1999, dictada en el recurso de casación 733/1995, referida también a un supuesto de responsabilidad de la Administración por el suicidio de un interno en un centro penitenciario, tampoco puede servir para poner de manifiesto la contradicción con el supuesto de autos, porque a diferencia de lo que sucedía en el presente supuesto, a tenor de lo que concluye la Sala de instancia, lo que allí se apreció es que existió una ausencia en la vigilancia del interno que, ante el riesgo de suicidio y por ausencia en la vigilancia, se encontró solo en su celda al sustraerse al control de los funcionarios del centro, *<hecho que por sí mismo constituye un elemento demostrativo de que la vigilancia practicada no fue suficiente para evitar la ocultación del interno en la celda, que no consta, ante las reducidas proporciones de la misma, que fuera inevitable>*.

Otro tanto cabe concluir del supuesto a que se refiere la sentencia de 12 de abril de 2005, dictada en el recurso de casación para la unificación de doctrina 160/2004, en la que efectivamente se declaró la corresponsabilidad de la Administración penitenciaria en la muerte del recluso, pero lo fue por considerar que *<el examen médico del fallecido a su ingreso en prisión hubiera determinado la adopción de cuidados especiales que hubieran podido evitar su suicidio, de tal suerte que la culpa in vigilando dimanante de la omisión del reconocimiento médico del interno a su llegada al centro penitenciario aparece como causa idónea y relevante de los consiguientes perjuicios, siquiera lo sea de modo concurrente con la conducta propia del interno y su voluntad suicida>*. Y precisamente a un supuesto de ausencia de examen médico al ingreso en el centro penitenciario se refiere la última de las sentencias citadas de contraste, la de 18 de julio de 2002, dictada en el recurso 1.710/1998, en la que se considera determinante de esa responsabilidad de la Administración porque *<el examen médico del fallecido a su ingreso en prisión hubiera determinado la adopción de cuidados especiales que hubieran podido evitar su suicidio, de tal suerte que la culpa in vigilando dimanante de la omisión del reconocimiento médico del interno*

a su llegada al Centro Penitenciario aparece como causa idónea y relevante de los consiguientes perjuicios, siquiera lo sea de modo concurrente con la conducta propia del interno y su voluntad suicida>”.

En suma:

“De lo expuesto ha de concluirse que las sentencias citadas de contraste no pueden servir para el éxito del recurso, porque no cabe apreciar ni la identidad subjetiva, en el sentido de que las situaciones de las partes pueden asimilarse, ni la identidad en la fundamentación de la decisión concluida en dichas sentencias es asimilable a la de autos, a tenor de lo que se ha concluido en la sentencia de instancia en la que, por cierto, se cita una abundante jurisprudencia en sentido contrario a lo pretendido en el recurso, sin que dicha jurisprudencia haya merecido la crítica oportuna en la argumentación del recurso”.

Y en la misma línea el fundamento de derecho cuarto de la *Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 22 de julio de 2016* [Sección Cuarta; recurso de casación para la unificación de doctrina número 4.046/2014; ponente: Arozamena Laso] afirma:

“El recurso de casación para la unificación de doctrina, regulado en la Sección Cuarta, Capítulo III, Título IV (artículos 96 a 99) de nuestra Ley Jurisdiccional, se configura como un recurso excepcional y subsidiario respecto del recurso de casación propiamente dicho, que tiene por finalidad corregir interpretaciones jurídicas contrarias al ordenamiento jurídico, pero sólo en cuanto constituyan pronunciamientos contradictorios con los efectuados previamente en otras sentencias específicamente invocadas como de contraste, respecto de los mismos litigantes u otros en idéntica situación y en mérito a hechos, fundamentos y pretensiones sustancialmente iguales.

En otros términos [la cursiva en la sentencia reproducida], *<Se trata, con este medio de impugnación, de potenciar la seguridad jurídica a través de la unificación de los criterios interpretativos y aplicativos del ordenamiento, pero no en cualquier circunstancia, conforme ocurre con la modalidad general de la casación -siempre que se den, desde luego, los requisitos de su procedencia-, sino ‘solo’ cuando la inseguridad derive de las propias contradicciones en que, en presencia de litigantes en la misma situación procesal y en mérito a hechos, fundamentos y pretensiones sustancialmente iguales hubieran incurrido las resoluciones judiciales específicamente enfrentadas (...). No es, pues, esta modalidad casacional una forma de eludir la inimpugnabilidad de sentencias que, aun pudiéndose estimar contrarias a Derecho, no alcancen los límites legalmente establecidos para el acceso al recurso de casación general u ordinario, ni, por ende, una última oportunidad de revisar jurisdiccionalmente sentencias eventualmente no ajustadas al ordenamiento para hacer posible una nueva consideración del caso por ellas decidido. Es, simplemente, un remedio extraordinario arbitrado por el legislador para anular, sí, sentencias ilegales, pero sólo si estuvieran en contradicción con otras de Tribunales homólogos o con otras del Tribunal Supremo específicamente traídas al proceso como opuestas a la que*

se trate de recurrir> STS de 15 de julio de 2003 (recurso de casación para la unificación de doctrina núm. 10.058/1998)”.

La configuración del recurso de casación para la unificación de doctrina impone, como continúa el fundamento de derecho quinto de la Sentencia de 22 de julio de 2016, “la exigencia, en el escrito de formalización del recurso, de razonar y relacionar, de manera precisa y circunstanciada, las identidades que determinan la contradicción alegada y la infracción legal que se imputa a la sentencia”. Exigencia de determinar “si existe igualdad sustancial entre los hechos, fundamentos y pretensiones” que en el caso considerado lleva a concluir que “no existe contradicción entre la sentencia recurrida y las que se citan como elementos de comparación ya que al ser distintos los hechos declarados probados sus pronunciamientos tuvieron que ser distintos”.

La descripción de las sentencias que “se citan como elementos de comparación se hace en el fundamento de derecho segundo, cuyo texto es el que sigue:

“El recurso de casación para la unificación de doctrina interpuesto se fundamenta, a tenor del escrito de interposición, en que la doctrina que sienta la sentencia recurrida resulta contradictoria con la que se expresa en las dos sentencias de contraste que aporta (una de la Sala de lo contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, sede de Valladolid, de 8 de marzo de 2013 -recurso núm. 468/2009- y otra de la Sala del mismo orden jurisdiccional de Asturias, de 7 de marzo de 2012 -recurso núm. 421/2010-).

Así, la primera versa sobre retraso en el diagnóstico de una metástasis ósea de un carcinoma de origen en cérvix. Hubo un retraso de uno o dos meses en la práctica de las pruebas médicas necesarias y por consiguiente en el diagnóstico del tumor de la pala ilíaca. El fallecimiento es consecuencia de la evolución de la enfermedad sin que el referido retraso haya supuesto una significativa pérdida de oportunidad y concede una indemnización de 14.600 euros.

Y la segunda, sobre retraso en el diagnóstico de linfoma no Hodgkin en paciente VIH positivo, que estima en parte el recurso y reconoce el derecho a una indemnización de 50.000 euros. Hubo retraso en el diagnóstico por la evolución negativa de la enfermedad sin que el tratamiento prescrito surtiera efecto por lo que debería haber sospechado que una clínica tan dolorosa no se correspondía con la patología exclusivamente lumbar (el tratamiento paliativo de corticoides prescrito pudo enmascarar la patología tumoral). Se considera que hubo un retraso de dos a tres meses en el diagnóstico de la enfermedad, que lógicamente pudo influir. En definitiva, se aprecia infracción de la <lex artis> por el retraso como causa concurrente de los daños”.

La justificación de la inexistencia de la contradicción alegada se hace descansar, como se sostiene en el fundamento de derecho quinto, en la circunstancia de que “los hechos recogidos en las sentencias de contraste y en la recurrida son dispares”, y de acuerdo a la siguiente argumentación:

“La sentencia recurrida aborda una resolución de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias que desestimó la reclamación de responsabilidad patrimonial sanitaria por el retraso en la detección de la metástasis tumoral como consecuencia de la no realización de las pruebas diagnósticas apropiadas por el tumor de mama que se le había extirpado en 2003.

Frente a ello [...] la sentencia de la Sala del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, sede de Valladolid, de 8 de marzo de 2013 -recurso núm. 468/2009- versa sobre retraso en el diagnóstico de una metástasis ósea de un carcinoma de origen en cérvix. La sentencia de la Sala de Asturias, de 7 de marzo de 2012 -recurso núm. 421/2010-, versa sobre retraso en el diagnóstico de linfoma no Hodgkin en paciente VIH positivo. Luego destacaremos la falta de identidad entre los distintos supuestos”.

Una argumentación que las consideraciones del fundamento de derecho sexto refuerzan desde la óptica de la “finalidad del recurso de casación para la unificación de doctrina”:

“No debe olvidarse que la finalidad del recurso de casación para la unificación de doctrina no es corregir la eventual infracción legal en que pueda haber incurrido la sentencia impugnada, sino reducir a la unidad criterios judiciales dispersos y contradictorios, fijando la doctrina legal al hilo de la cuestión controvertida, y por ello resulta imprescindible que la parte realice la operación de contraste citada.

En definitiva, en el recurso de casación para la unificación de doctrina es tan importante razonar con precisión las identidades cuya concurrencia exigen los artículos 96.1 y 97.1 (presupuestos de admisión) como la identidad de doctrina (cuestión de fondo). Sin la concurrencia de esas identidades sustanciales en los hechos, en los fundamentos y en las pretensiones no hay entrada para el examen de la cuestión de fondo, o sea, la contradicción de la doctrina y su conformidad a Derecho.

En este caso, a pesar de los esfuerzos de la parte recurrente para tratar de encajar la triple identidad requerida entre la sentencia impugnada y las sentencias aportadas de contraste, lo cierto es que la Sala de Asturias se interroga acerca de si, en el caso de realizarse la gammagrafía ósea antes del 2008 hubiera sido posible la detección de dichas metástasis, y concluye que, de haberse realizado la gammagrafía ósea antes del 2008 -que no se ha acreditado que deba realizarse periódicamente dentro del protocolo de actuación ante los síntomas dolorosos que presentaba el paciente- no se puede apreciar una pérdida de oportunidad por diagnóstico tardío.

La sentencia de contraste de 7 de marzo de 2012, tras analizar las posturas y argumentos de las partes llega a la conclusión de que ha existido una <ligera demora en dar con el diagnóstico preciso> (Linfoma no Hodgkin) por dos razones: 1) se debería haber sospechado que la clínica tan dolorosa no se correspondía con una patología exclusivamente lumbar; 2) por la demora en la realización de las pruebas, tanto por la limitación de recursos del Sistema Público de Salud, como por no solicitar pruebas urgentes en atención a la gravedad que presenta

esta patología.

En la segunda sentencia de contraste, de 8 de marzo de 2013, tras el examen de las pruebas practicadas, el fallo concluye que existió retraso en uno o dos meses en las prácticas médicas necesarias y, por tanto, en el diagnóstico del tumor, apreciado -a diferencia de la sentencia impugnada- una mínima pérdida de oportunidad, atribuyendo el fallecimiento básicamente a la evolución de su enfermedad, sin que el retraso haya supuesto una significativa pérdida de oportunidad.

Las consideraciones concretas de los <supuestos fácticos> examinados difieren de manera sustancial y de ahí el diferente tenor de la sentencia ahora recurrida.

La diferencia entre el pronunciamiento de dicha sentencia y el de las sentencias de contraste está justificada como respuesta a los concretos hechos que en cada caso se reputan probados, de manera que los diferentes pronunciamientos no responden a una diversa y contradictoria interpretación de la norma, lo que justifica la divergencia en la solución adoptada en cada caso.

No existe una aplicación desigual de la misma norma a situaciones idénticas o sustancialmente iguales. Se trata, por el contrario, de situaciones diferenciadas respecto de las cuales la apreciación de las pruebas por el órgano jurisdiccional conduce a soluciones asimismo diferenciadas.

En definitiva, los hechos son diferentes toda vez que la sentencia que se recurre parte, a la vista de las pruebas practicadas, de que no se omitieron o se retrasaron pruebas diagnósticas que eran procedentes, que es lo que ocurre en los casos examinados por las sentencias de contraste, sino que la gammagrafía del día 7 de octubre de 2004 dio un resultado normal y en el examen del mes de febrero de 2008 los marcadores tumorales y la resonancia fueron normales, no dando indicios de metástasis. En suma, en el caso examinado por la sentencia recurrida sí se realizaron las pruebas necesarias en el momento oportuno, sin que pueda hablarse de pérdida de oportunidad por diagnóstico tardío.

En consecuencia, lo cierto es que no existe la identidad sustancial exigida entre la sentencia recurrida y las sentencias de contraste y, por tanto, no se ha dado lugar a interpretaciones contrarias y dispares.

Por otra parte, de estimarse la contradicción, y como hemos dicho en supuestos similares, el recurso lo que pretende es una nueva valoración de la prueba -cosa vedada en la casación- sin acreditar que la del juzgador *a quo* es arbitraria, ilógica o irracional”.

Cuatro.- Y si el recurso de casación para la unificación de doctrina ofrece unos rasgos peculiares que acentúan su carácter “extraordinario” respecto de la modalidad general del recurso de casación, el de revisión [hoy, procedimiento de revisión] frente a sentencias firmes adolece de un carácter “excepcional y extraordinario”, en cuanto tal “objeto de una aplicación restrictiva”. En la *Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 12 de diciembre de 2016* [Sección Primera; recurso de revisión número 46/2015; ponente: Herrero Pina] se enjuicia la revisión de una sentencia dictada en apelación por razón de la

recuperación, una vez producida la firmeza de la sentencia, de “documentos decisivos no aportados por causa de fuerza mayor o por obra de la parte en cuyo favor se hubiere dictado” [antecedente de hecho tercero].

En el fundamento de derecho segundo de la meritada sentencia se sintetiza la doctrina acerca de la configuración del recurso extraordinario de revisión frente a sentencias firmes:

“Como ha recordado esta Sala en Sentencia de 14 (*sic*; la advertencia en el original) de julio de 2016, la doctrina general, representada, entre otras, por la STS de esta Sala de 12 de junio de 2009 (revisión 10/2006), entiende que el procedimiento de revisión -antes recurso de revisión- es un remedio de carácter excepcional y extraordinario en cuanto supone desviación de las normas generales. En función de su naturaleza ha de ser objeto de una aplicación restrictiva. Además, ha de circunscribirse, en cuanto a su fundamento, a los casos o motivos taxativamente señalados en la Ley. El procedimiento de revisión debe tener un exacto encaje en alguno de los concretos casos en que se autoriza su interposición.

Lo anterior exige un enjuiciamiento inspirado en criterios rigurosos de aplicación, al suponer dicho proceso una excepción al principio de intangibilidad de la cosa juzgada. Por ello sólo es procedente cuando se den los presupuestos que la Ley de la Jurisdicción señala y se cumpla alguno de los motivos fijados en la ley. El procedimiento de revisión ha de basarse, para ser admisible, en alguno de los tasados motivos previstos por el legislador, a la luz de una interpretación forzosamente estricta, con proscripción de cualquier tipo de interpretación extensiva o analógica de los supuestos en los que procede, que no permite la apertura de una nueva instancia ni una nueva consideración de la *litis* que no tenga como soporte alguno de dichos motivos.

Por su propia naturaleza, el procedimiento de revisión no permite su transformación en una nueva instancia, ni ser utilizado para corregir los defectos formales o de fondo que puedan alegarse. Es el carácter excepcional del mismo el que no permite reabrir un proceso decidido por sentencia firme para intentar una nueva resolución sobre lo ya alegado y decidido para convertir el procedimiento en una nueva y posterior instancia contra sentencia firme. El procedimiento de revisión no es, en definitiva, una tercera instancia que permita un nuevo replanteamiento de la cuestión discutida en la instancia ordinaria anterior, al margen de la propia perspectiva del procedimiento extraordinario de revisión. De ahí la imposibilidad de corregir, por cualquiera de sus motivos, la valoración de la prueba hecha por la sentencia firme impugnada, o de suplir omisiones o insuficiencia de prueba en que hubiera podido incurrirse en la primera instancia jurisdiccional. Quiere decirse con lo expuesto que este procedimiento extraordinario de revisión no puede ser concebido siquiera como una última o suprema instancia en la que pueda plantearse de nuevo el cabo debatido ante el Tribunal *a quo*, ni tampoco como un medio de corregir los errores en que, eventualmente, hubiera podido incurrir la sentencia impugnada.

Es decir, aunque hipotéticamente pudiera estimarse que la sentencia firme recurrida había interpretado equivocadamente la legalidad aplicable al caso controvertido, o valorado en forma no adecuada los hechos y las pruebas tenidos en cuenta en la instancia o instancias jurisdiccionales, no sería el procedimiento de revisión el cauce procesal adecuado para enmendar tales desviaciones.

El procedimiento de revisión, pues, no es una nueva instancia del mismo proceso, sino que constituye un procedimiento distinto e independiente cuyo objeto está exclusivamente circunscrito al examen de unos motivos que, por definición, son extrínsecos al pronunciamiento judicial que se trata de revisar”.

Y en el fundamento de derecho tercero se extrae la oportuna consecuencia en atención a la concreta índole del documento recobrado en la ocasión:

“La demandante insta el procedimiento de revisión sobre la base del art. 102. 1 a) LJ, de acuerdo con el cual habrá lugar a la revisión de una sentencia firme <si después de pronunciada se recobren documentos decisivos, no aportados por causa [de fuerza] mayor o por obra de la parte en cuyo favor se hubiere dictado>. Según doctrina consolidada de esta Sala (sentencia, entre otras, de 18 de julio de 2016, rec. núm. 71/2013), la revisión basada en un documento recobrado exige la concurrencia de los siguientes motivos:

A) Que los documentos hayan sido <recobrados> con posterioridad al momento en que haya precluido [sic] la posibilidad de aportarlos al proceso; B) Que tales documentos sean <anteriores> a la data de la sentencia firme objeto de la revisión, habiendo estado <retenidos> por fuerza mayor o por obra o acto de la parte favorecida con la resolución firme, y C) Que se trate de documentos <decisivos> para resolver la controversia, en el sentido de que, mediante una provisional apreciación, pueda inferirse que, de haber sido presentados en el litigio, la decisión recaída tendría un sesgo diferente (por lo que el motivo no puede prosperar y es inoperante si el fallo cuestionado no variaría aun estando unidos aquéllos a los autos -juicio ponderativo que debe realizar, *prima facie*, el Tribunal al decidir sobre la procedencia de la revisión entablada-).

A lo dicho cabe añadir que el citado art. 102.1 a) LJ se refiere a los documentos mismos, es decir, al soporte material que los constituye y no, de entrada, a los datos en ellos constatados; de modo que los que han de estar ocultados o retenidos por fuerza mayor o por obra de la contraparte a quien favorecen son los papeles, no sus contenidos directos o indirectos, que pueden acreditarse por cualquier otro medio de prueba -cuya potencial deficiencia no es posible suplir en vía de revisión (Sentencia, entre otras, de 12 de julio de 2006 -recurso de revisión nº 10/2005-).

Aplicando la doctrina jurisprudencial precedente al caso que nos ocupa, se ha de señalar que no concurren los requisitos exigidos para la prosperabilidad [sic] del recurso y ello por los siguientes motivos. El documento a que referencia la demandante se emite a instancias de la misma un mes antes de dictada la sentencia objeto de revisión. No quedan acreditadas, como indica el Ministerio Fiscal en su informe, las razones por las que dicho documento no fue aportado al

proceso, de modo que no cabe entender el mismo como documento <recobrado> en el sentido exigido por el art. 102.1 a) LJ. Se trata, además, de un escrito del que no se deduce necesariamente lo alegado por la demandante, dado que no consta que se trate de un diagnóstico realizado por el facultativo. Es más, como indican la demandada y el Ministerio Fiscal, la información consignada en el documento presentado obedecería a la descripción realizada por la paciente y no a un diagnóstico médico. Lo contrario no queda acreditado ni siquiera con un mínimo esfuerzo hermenéutico o argumentativo por parte de la demandante, algo que en el contexto del procedimiento de revisión -extraordinario en el sentido ya expuesto- resulta imprescindible. En estas circunstancias, tampoco puede considerarse como documento decisivo a los efectos de apreciar una relación de causalidad que, según la sala sentenciadora, ni siquiera resultaba de las dos periciales practicadas en autos y menos aún podía resultar determinante del derecho a una indemnización cuando la misma Sala no aprecia la existencia de infracción de la *lex artis* y señala, por el contrario, que en el consentimiento informado se indicaban las posibles complicaciones uretrales”.

Cinco.- Una constante recorre las diferentes pretensiones de declaración de responsabilidad por las consecuencias derivadas de la prestación sanitaria dispensada, a saber, que aquellas consecuencias [dañosas, en la hipótesis; *lesión*, en la caracterización técnico-jurídica de la institución de la responsabilidad patrimonial o civil extracontractual de la Administración pública] dimanen de una deficiente dispensa de la prestación sanitaria, esto es, de una vulneración de la *lex artis...ad hoc* o funcionamiento *anormal* del servicio público sanitario en tanto que título de imputación o atribución. En otros términos, y dejando atrás, al menos por lo que concierne al ámbito médico-sanitario, aquel entendimiento amplio de la responsabilidad patrimonial que hacía surgir el deber de resarcimiento aun en el supuesto de un funcionamiento *normal* del servicio sanitario [un entendimiento cuya cifra puede sin dificultad localizarse en la *Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 14 de junio de 1991* -Sección Cuarta; recurso de apelación número 512/1987; ponente: Reyes Monterreal-: caso *aneurisma*; el punto de inflexión de la doctrina vertida en la anterior viene representado por la *Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 3 de octubre de 2000* -Sección Sexta; recurso de casación número 3.905/1996; ponente: Xiol Ríos-: caso *vasectomía*], la declaración de responsabilidad por la referida prestación sanitaria se ciñe estrictamente a los casos en que queda acreditada, relación de causalidad mediante, una transgresión de la *lex artis*, un defectuoso funcionamiento del servicio público sanitario al que, en tanto que *lesión* o *daño antijurídico*, quepa imputar o atribuir el meritado daño, que, por tanto, se desplaza de la esfera del destinatario de la prestación sanitaria para anclarse en la de la Administración pública dispensadora de aquella prestación, sobre la que, en definitiva, revierten las consecuencias indemnizatorias pertinentes.

La explicación de este fundamento de la responsabilidad por la dispensa de la prestación sanitaria se hace gravitar sobre la consideración de aquella prestación como “una obligación de medios y no de resultados”, de suerte que “no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se

dispone”. El fundamento de derecho sexto de la *Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016* [Sección Cuarta; recurso de casación número 2.228/2014; ponente: Teso Gamella] hace aplicación de la referida doctrina al caso examinado en los siguientes términos:

“Acorde con lo expuesto, la sentencia recurrida no ha infringido la doctrina sobre la obligación de medios que corresponde a la Administración sanitaria [...].

Así es, la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente.

Recordemos que se trataba en origen de una enfermedad infecciosa, tuberculosis, que adquirió en su país de procedencia y que al parecer puede estar latente durante largos periodos de tiempo. Tuvo, además, un inicio inusual de escasa incidencia, pues su <puerta de entrada habitual> es el pulmón, como señala el informe de la Inspección Médica. Y desde el episodio relativo al absceso en tobillo, cuando se hicieron tinción y cultivo que resultaron negativos, a la detección posterior de lesión en el testículo, que ya se diagnostica como tuberculosa, y las lesiones en la columna vertebral, que a juicio del citado informe de la inspección, se trata de lesiones que coexistían temporalmente, incluso se considera que el origen era el foco de la columna vertebral, que puedo aparecer <desde hacía mucho tiempo>.

De modo que cuando se atribuye a la sentencia impugnada que no ha tenido en cuenta que la Administración sanitaria no ha empleado todos los medios y adoptado las medidas a su alcance en la prestación sanitaria, sobre todo para alcanzar un diagnóstico en poco tiempo y actuar con rapidez sobre el mismo, no se ha reparado que la Sala de instancia ha hecho una valoración de las periciales que constan en las actuaciones de instancia, atendiendo esencialmente a la realizada por la Inspección Médica, y razonando por qué se aparta de las aportadas por la recurrente o realizadas a su instancia. Lo que sucede es que la recurrente no comparte, como es natural, ni el contenido del informe ni sus conclusiones, cuando declara que <el diagnóstico no se retrasó por dejación ni por negligencia>, ni lo razonado al respecto por la sentencia”.

Y en el fundamento de derecho cuarto de la *Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 8 de julio de 2016* [Sección Cuarta; recurso de casación número 3.734/2014; ponente: Toledano Cantero] se reitera la referida doctrina en un supuesto en el que, a la vista de la valoración de la prueba practicada en la instancia, queda “descartada la incidencia en la evolución de la enfermedad diagnosticada [...] por la dilación en la práctica de la prueba de enema opaco”:

“Por tanto, descartada la incidencia en la evolución de la enfermedad diagnosticada [...] por la dilación en la práctica de la prueba de enema opaco, no cabe establecer ningún nexo de causalidad entre la atención médica dispensada y

los daños que reclama la recurrente, ni cabe calificar de mala praxis médica la actuación de la Administración sanitaria. La sentencia recurrida no ha infringido la doctrina sobre la obligación de medios que corresponde a la Administración sanitaria, que se alega en el fondo del motivo de casación. Ciertamente la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, y por ello no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugería, desde el punto de vista médico, la dolencia de la recurrente, siendo muy relevante en este sentido la afirmación de la sentencia de instancia de que [...] <tampoco presentaba con antelación al 31 de julio síntomas de sospecha de la patología que finalmente se le diagnosticó e incluso en ese momento la sospecha de un posible tumoral era bajo, dada la edad y la no existencia de antecedentes tanto personales como familiares que incluyeran a la paciente en un grupo de riesgo [...] [por lo que] la prescripción del enema opaco no precisaba su realización con carácter urgente, ni de preferencia>”.

Por su parte, en el fundamento de derecho cuarto de la *Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 18 de julio de 2016* [Sección Cuarta; recurso de casación número 4.139/2014; ponente: Cudero Blas] se expone así dicha caracterización y su procedente aplicación al caso considerado:

“No apreciamos en modo alguno, sin embargo, ese carácter arbitrario, ilógico, absurdo o palmariamente erróneo en la valoración de la prueba que se imputa por la parte recurrente a la sentencia de instancia, máxime si, como también hemos dicho en anteriores ocasiones, la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y esto es, precisamente, lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugería, desde el punto de vista médico, la evolución del cuadro médico que presentaba el paciente. En efecto:

1 Es claro que la decisión de ingresar al paciente en la UCI [Unidad de Cuidados Intensivos] o hacerlo en la planta correspondiente (de medicina interna, en el caso) depende del diagnóstico que se efectúe del mismo cuando acude al servicio de urgencia, sin que, como acertadamente se señala en la sentencia recurrida, quepa efectuar un análisis retrospectivo una vez que se sabe lo que realmente aconteció. En todo caso, el protocolo al que se refiere reiteradamente la parte recurrente (en la instancia y en esta casación) no obliga al ingreso en aquella unidad en los supuestos de *sospecha* de gripe A e insuficiencia respiratoria *parcial*, que es el cuadro que presentaba inicialmente [...], sobre todo si se tiene en cuenta que se ha constatado en autos la mejora del interesado en sus niveles de saturación de oxígeno como consecuencia del tratamiento dispensado.

2 Tampoco puede afirmarse en absoluto que la ansiedad padecida por el interesado a las 00.00 horas y a las 7.00 horas del día 28 de octubre exigiera, indefectiblemente, el ingreso en la UCI. Nada hay en el procedimiento que permita afirmar que en ese momento era previsible que aconteciera una parada cardíaca y, desde luego, tal circunstancia no se sigue de las periciales efectuadas en autos y del resto del material probatorio abundantemente valorado por la Sala en la sentencia que nos ocupa.

3 El diagnóstico original [...] no fue nunca sustituido por el de síndrome de abstinencia alcohólica: tras los episodios acaecidos en la madrugada del 27 al 28 de octubre en la habitación de la planta en la que estaba ingresado, su diagnóstico inicial fue completado con aquella circunstancia, constatada por las propias manifestaciones del paciente (respecto de la bebida y el tabaco) cuando fue tratado por el médico.

4 No se ha probado en modo alguno, como dice la sentencia recurrida, que los medicamentos suministrados para mitigar la ansiedad hayan sido la causa de la parada cardíaca o hayan contribuido de manera apreciable a la misma, máxime si se tiene en cuenta las periciales valoradas por la Sala, de las que se infiere que el problema cardiovascular no era apreciable en ningún momento (ni siquiera a las 7.00 horas del día 28), que no era previsible el desenlace, que la dosis prescrita de esos fármacos era poco relevante a esos efectos y que el paciente se tranquilizó (según los informes que constan en la historia clínica) después de las visitas del médico de urgencia y tras el suministro de aquellos medicamentos.

5 Tampoco puede afirmarse en absoluto que la forma de abordar la parada cardíaca fuera deficiente. Basta aquí con reproducir los impecables razonamientos de la sentencia recurrida, en los que se constata que no se ha acreditado demora alguna en el tratamiento, que el carro de paradas estaba en el lugar idóneo, que éste no tenía porqué [sic] incluir un registro, que la enfermera actuó diligentemente y que, a tenor de los propios documentos valorados por la Sala y la testifical practicada, la asistencia dispensada se ajustó a unos tiempos claramente razonables”.

Seis.- La [alegada/denunciada] transgresión de la *lex artis* como *leit motif* de las pretensiones de declaración de responsabilidad por la dispensa de la prestación sanitaria articula una serie de alegatos, concatenados a la referida transgresión de la *lex artis* y ordenados respecto de la misma a modo de corolario o consecuencia. Tales son la doctrina de la *pérdida de oportunidad* y el principio de *facilidad de la prueba*, de suerte que ante un pronunciamiento en la instancia que declara no haber lugar a la responsabilidad pretendida por no haberse vulnerado la *lex artis*, el recurrente en casación arguye que, sobre la base de la postulada indebida valoración de la prueba [cuya revisión en definitiva se preconiza], la transgresión de la *lex artis*, el defectuoso funcionamiento del servicio público sanitario ha supuesto una pérdida de oportunidad al haberse omitido el tratamiento médico-sanitario que habría enervado la producción del resultado dañoso. Una pérdida de oportunidad que, desde la estricta perspectiva probatoria, se vincula al principio de facilidad de la prueba, que postula, en la

argumentación de ese prototípico recurrente en casación que se viene describiendo, una inversión de la carga de la prueba al desplazar a la Administración pública la prueba de que el tratamiento médico-sanitario preterido no habría impedido en todo caso el resultado dañoso que se dice producido.

El fundamento de derecho octavo de la *Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016* [Sección Cuarta; recurso de casación número 2.228/2014; ponente: Teso Gamella] se refiere a ambas cuestiones, la doctrina de la pérdida de oportunidad y el principio de facilidad de la prueba. Previamente, el Tribunal Supremo, luego del recordatorio de los estrictos términos en los que la casación autoriza a pronunciarse sobre la valoración de la prueba llevada a cabo en la instancia [fundamento de derecho quinto] y la índole de la prestación sanitaria como una obligación de medios y no de resultados [fundamento de derecho sexto], ha concluido que “aunque pueda discreparse de la valoración efectuada por la Sala de instancia, [...] no se advierte arbitrariedad ni en la valoración ni en el razonamiento que conduce a la desestimación del recurso en ese extremo. Dicho de otro modo, la valoración de la prueba no resulta irrazonable o falta de lógica, pues sus conclusiones encuentran justificación en las apreciaciones técnicas recogidas en todos los informes de los que se dispuso, singularmente en el de la Inspección Médica, pero todos ellos coadyuvaron a la formación de la necesaria convicción para la resolución del caso, que no puede ser alterado en casación, mediante la sustitución de dicha valoración por la que postula la parte recurrente”. Una apreciación sobre la que, a su vez, se sustenta el contenido del meritado fundamento de derecho octavo:

“Tampoco consideramos, en fin, que se haya producido una pérdida de oportunidad, como se invoca, a través del principio de facilidad de prueba, [...], pues la sentencia no echa en falta, como conclusión, la realización de una prueba diagnóstica, o la forma de realización de la prueba, cuya realización pudiera haber alterado el posterior resultado. La sentencia señala que la asistencia fue la lógica y ajustada a la evolución de la patología que en cada momento presentó el paciente.

De modo que no se han frustrado las expectativas de curación por un diagnóstico tardío, pues las dolencias, [...], fueron concomitantes y no subsiguientes o fruto de un deterioro progresivo de la enfermedad [sic]. Incluso el informe de la Inspección señala que la lesión en columna vertebral, última en detectarse, pudiera ser anterior a las otras, que fueron detectadas con anterioridad”.

El fundamento de derecho tercero de la *Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 11 de mayo de 2016* [Sección Cuarta; recurso de casación número 2.343/2014; ponente: Díez-Picazo Giménez] aborda las denunciadas valoración arbitraria de la prueba e infracción del principio de facilidad probatoria que, según el fundamento de derecho segundo, estriba en que “habría debido ser la Administración demandada quien aportase todos los datos necesarios para mostrar, sin asomo de duda, que el tratamiento fue correcto; algo que, siempre según la recurrente, no hizo”; asimismo, en esta línea, “la recurrente hace dos reproches a la valoración de la prueba efectuada en la

sentencia impugnada: uno es que la monitorización del feto se interrumpió dos horas antes de iniciarse la cesárea, por lo que falta información sobre lo ocurrido en ese lapso de tiempo; y el otro, que la sentencia impugnada habla de dos informes periciales de sendos especialistas en Obstetricia y Ginecología y en Neurología que la recurrente dice inexistentes”. El referido fundamento de derecho tercero, luego de un examen pormenorizado de los argumentos que apoyan las antecitadas denuncias, concluye:

“Por tanto, no se ha producido ninguna ocultación ni manipulación de datos del expediente, y las conclusiones alcanzadas en la sentencia de instancia son consistentes con los datos de la historia clínica, considerada en su totalidad, sin que la prueba pericial aportada por la actora permita establecer ningún infracción de la *lex artis*, de manera que la asistencia prestada durante el parto no es la causa de los daños padecidos por [...].

Dicha conclusión, por lo demás, no se ve desvirtuada por el hecho de que la sentencia impugnada incurra en alguna imprecisión, como ocurre cuando habla de <la inexistencia en el expediente de constancia documental de una completa monitorización a partir de las 8:30 horas>: como se ha comprobado, la monitorización fue continuada y completa.

Y tampoco se ha vulnerado el principio de facilidad probatoria, ya que en las actuaciones existe toda la información relevante para comprobar fehacientemente que el tratamiento recibido por la recurrente y su hija fue técnicamente correcto”.

El corolario se extrae en el siguiente fundamento de derecho, el cuarto:

“Una vez establecido que no ha habido valoración arbitraria de la prueba y, por tanto, que no cabe hablar de inobservancia de la *lex artis*, los motivos cuarto y quinto decaen por sí solos: el cuarto, porque es claro que no concurren todos los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración por daños derivados de tratamientos médicos y sanitarios; y el quinto, porque -aun no conociéndose con exactitud la causa determinante de las lesiones de la hija de la recurrente- está acreditado que no se debió a un tratamiento técnicamente incorrecto. Ello es, por lo demás, lo único que cabe exigir a la sentencia impugnada, pues no es cometido de los tribunales contencioso-administrativos esclarecer todos los acontecimientos, sino únicamente determinar si se dan los presupuestos -fácticos y jurídicos- que sustentan las pretensiones de los recurrentes”.

Quede, pues, consignada a modo de proclamación de principios la última parte del reproducido fundamento de derecho: “Ello es, por lo demás, lo único que cabe exigir a la sentencia impugnada, pues no es cometido de los tribunales contencioso-administrativos esclarecer todos los acontecimientos, sino únicamente determinar si se dan los presupuestos -fácticos y jurídicos- que sustentan las pretensiones de los recurrentes”.

El fundamento de derecho quinto de la *Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 8 de julio de 2016* [Sección Cuarta; recurso de casación número 3.734/2014; ponente: Toledano Cantero] aborda los referidos pérdida de oportunidad y facilidad de

prueba. Como antesala, y sobre la base de que “la actora construye el motivo de casación partiendo de la premisa de que existió mala praxis médica por retraso en la práctica de la prueba diagnóstica de enema opaco”, el Tribunal Supremo descarta “la incidencia en la evolución de la enfermedad diagnosticada [cáncer de colon] por la dilación en la práctica de la prueba de enema opaco, no cabe establecer ningún nexo de causalidad entre la atención médica dispensada y los daños que reclama la recurrente, ni cabe calificar de mala praxis médica la actuación de la Administración sanitaria”. A este propósito se insiste en que “la sentencia recurrida no ha infringido la doctrina sobre la obligación de medios que corresponde a la Administración sanitaria [...] Ciertamente la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, y por ello no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugería, desde el punto de vista médico, la dolencia de la recurrente, siendo muy relevante en este sentido la afirmación de la sentencia de instancia de que [...] <tampoco presentaba con antelación al 31 de julio síntomas de sospecha de la patología que finalmente se le diagnosticó e incluso en ese momento la sospecha de un posible proceso tumoral era bajo, dada la edad y la no existencia de antecedentes tanto personales como familiares que incluyeran a la paciente en un grupo de riesgo [...] [por lo que] la prescripción del enema opaco no precisaba su realización con carácter urgente, ni de preferencia>”.

Consideraciones que dan paso a la desestimación de la pretensión de que sea declarada la pérdida de oportunidad y con ella la vulneración del principio de facilidad de prueba. Una desestimación que el fundamento de derecho quinto expone así:

“Tampoco consideramos, en fin, que se haya producido una pérdida de oportunidad como se invoca en el desarrollo del motivo, reclamando la aplicación del principio de facilidad de prueba. La sentencia recurrida no echa en falta ni la realización más inmediata de la prueba diagnóstica de enema opaco ni otorga relevancia alguna en el curso de la enfermedad al extravío, que califica de temporal, de la historia clínica. Antes bien, afirma que la del extravío de la historia clínica fue una anotación que se consignó en la consulta a que asistió la paciente el día 17 de julio de 2001, pero lo cierto es que los distintos tratamientos de quimioterapia que correspondían le fueron administrados en la forma y fechas previstas -que se reseñan en el FD tercero-, afirmando la sentencia que al respecto <consta[n] anotaciones de evolución clínica de todas las visitas de la paciente que coinciden con otra documentación [...]>. Luego la conclusión de que careció de toda relevancia en el curso de la enfermedad es una conclusión no sólo razonada sino sometida al ámbito de valoración de la prueba que corresponde a la Sala de instancia.

En resumen, la sentencia señala que la asistencia fue la lógica y ajustada a la evolución de la patología que en cada momento presentó el paciente, y bajo estas conclusiones, no desvirtuadas, es palmario que no se ha infringido el art. 139 de la LRJAPyPAC, al no existir funcionamiento anormal del servicio público sanitario, puesto que se dispensaron en todo momento los medios y técnicas

adecuados a la situación que la paciente presentaba a lo largo del largo proceso de su enfermedad, sin que exista relación alguna entre los daños sufridos y la atención sanitaria dispensada”.

Siete.- La tríada [revisión de la] valoración de la prueba//vulneración de la *lex artis*//pérdida de oportunidad se erige en la *ratio decidendi* de la *Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016*, glosada con anterioridad, y que se trae aquí y ahora como muestra de la apreciación en el caso de una *lesión* como consecuencia del funcionamiento anormal del servicio público sanitario, esto es, de un *daño antijurídico* de resultas de la dispensa de la prestación sanitaria, de la vulneración de la debida *lex artis* y con ella de la pérdida de oportunidad.

El fundamento de derecho séptimo de la referida Sentencia de 25 de mayo de 2016 se extiende en la valoración de la prueba efectuada por el tribunal de instancia al socaire de la doctrina de la pérdida de oportunidad. A sabiendas de su extensión es oportuno reproducir el texto de meritado fundamento de derecho séptimo:

“Pues bien, del conjunto de la prueba pericial, tanto del informe del perito de designación judicial [...], especialista en Obstetricia y Ginecología designado a instancia de la parte actora -cuyas conclusiones son muy similares a las del informe aportado por la codemandada, suscrito por el doctor [...], especialista en Obstetricia y Ginecología, de la entidad [...]-, como el informe de la perito doctora [...], especialista en Pediatría, aportado por la parte actora, se puede establecer la conclusión -pues, aun con matices, son coincidentes- que el episodio de <[...] bradicardia constatada a las 16,48 horas, fue el primer signo de compromiso fetal; del informe del perito judicial y del perito de [...] consta que fue importantísima y duradera, duró 7 minutos o siete minutos y medio (de ellos con latido cardiaco de menos de 100 por minuto durante seis minutos), hasta la relativa estabilización [...]>. Pero, por más que la sentencia concluya con el perito judicial que durante ese episodio <[...] la paciente no está desatendida>, no deja de ser un dato muy relevante desde la perspectiva de la pérdida de oportunidad que alega la actora. Puesto en relación ese importantísimo episodio de bradicardia con la evolución que el parto -inducido- había seguido hasta entonces, hay que concluir que la decisión de descartar la práctica de la cesárea en ese momento, lo que conllevó continuar con la inducción al parto, supuso para la madre parturienta, pero sobre todo para el menor [...], una grave pérdida de oportunidad terapéutica de evitar un desenlace tan grave como el que se produjo como consecuencia de la hipoxia padecida por el feto.

No se refleja en los hechos probados un elemento suficientemente contrastado, que se ha puesto de manifiesto en el acto de contestación del perito judicial a las aclaraciones solicitadas por las partes, y en el que la actora ha insistido permanentemente: si estaba indicada la práctica de una cesárea cuando se aprecia la primera e importantísima bradicardia sufrida por el menor [...]. Ante el escenario de un parto inducido en condiciones poco favorables, como era el caso, y que en seis horas no había avanzado apreciablemente -la dilatación del cuello del útero seguía siendo mínima- y ante un episodio de bradicardia fetal tan grave

e intenso como el descrito, todos los peritos coinciden en que una de las opciones válidas era la práctica de la cesárea. No se trata, como dice la codemandada, recogiendo las manifestaciones del perito de designación judicial, de hacer o no una cesárea porque no progresaba el parto. Es algo cualitativamente distinto, pues se había producido un episodio importantísimo y duradero de bradicardia fetal, y como el parto no había progresado en las seis horas de inducción, no había tan siquiera la mínima dilatación del cuello del útero para poder comprobar el bienestar del feto mediante microtoma fetal. Por tanto, la indicación de la cesárea, además de razonable y proporcionada, era un medio, una oportunidad idónea para evitar o minimizar ese posible sufrimiento fetal. Todos los peritos coinciden en que el cuadro de graves padecimientos del menor [...] tiene su causa en el desprendimiento de placenta, que se produjo con toda probabilidad cuando se apreció el primer episodio de bradicardia, que fue duradero -unos siete minutos y medio- y muy severo -con un rango de entre 70 y 80 latidos por minuto-. No adoptar la decisión de practicar la cesárea en aquel momento, a raíz de la primer bradicardia, supuesto que el menor [...] estuviera una media hora en situación de sufrimiento fetal (el feto nunca recuperó los niveles de latidos previos al primer episodio de bradicardia aunque se diga que el registro fue <relativamente tranquilizador>). Fue tras un segundo episodio de bradicardia cuando se detectó por tacto vaginal un coágulo de sangre, que evidenció el desprendimiento de placenta, procediendo entonces a la práctica de cesárea, si bien el feto presentaba ya una importante afectación del estado general, con hipotonía axial y de extremidades, y sin respuesta a estímulos, requiriendo reanimación tipo IV (intubación traqueal) y con un Apgar de 3 al minuto, 5 a los cinco minutos y 5 a los diez minutos.

La doctrina de la pérdida de oportunidad exige que la posibilidad frustrada no sea simplemente una expectativa general, vaga, meramente especulativa o excepcional ni puede entrar en consideración cuando es una ventaja simplemente hipotética. Pero en este caso se cumple[n] todos los criterios para juzgar que es una pérdida de oportunidad concreta y muy relevante. Partiendo del hecho [de] que no se pudo prever antes el desprendimiento de placenta, ni se puede afirmar con total certeza que, de haberse practicado inmediatamente la cesárea a raíz del primer episodio de bradicardia a las 16:48 horas, se hubiera podido evitar la asfisia perinatal que sufrió [...], lo que sí se puede afirmar con certeza es que era una opción perfectamente indicada al caso, que con un porcentaje de probabilidades muy alto habría evitado o aminorado la situación de asfisia perinatal del feto, y por ende las severas complicaciones neurológicas que presenta el niño. Aquí radica la pérdida de decisión terapéutica que adoptaron los ginecólogos y personal sanitario que atendieron el parto”.

Y el fundamento de derecho octavo, colofón como tribunal de casación de los razonamientos transcritos y antesala de las consideraciones que como tribunal de instancia siguen de resultas de la estación del recurso de casación [fundamentos de derecho noveno y décimo], consigna en los términos que siguen la transgresión en la ocasión de la doctrina de la pérdida de oportunidad:

“Estamos, por tanto, ante una errónea valoración de la prueba por la sentencia de instancia, que conduce a un resultado ilógico, como es la corrección de la *lex artis* en el presente caso, pues cabe constatar la pérdida de oportunidad para el feto al haberse omitido una conducta terapéutica, la cesárea inmediata, que estaba indicada, y que hubiera conducido muy probablemente a un resultado distinto y menos adverso, cuestión que la sentencia no resuelve adecuadamente, pues como hemos dicho ancla todo su razonamiento en la corrección de la opción terapéutica elegida, y la imprevisibilidad del desprendimiento de placenta.

Por consiguiente debe estimarse el recurso por el motivo indicado, pues la valoración de la prueba por el Tribunal de instancia resulta claramente irrazonable y ocasiona indefensión al recurrente, con vulneración del art. 24 de la CE [Constitución española], lo que determina la anulación de la sentencia recurrida”.

Ocho.- De la doctrina del *daño desproporcionado* se ocupa la *Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2016* [Sección Cuarta; recurso de casación número 2.822/2014, ponente: Requero Ibáñez]. De acuerdo al fundamento de derecho primero el interesado ingresó en un hospital público para someterse a una operación de vegetaciones; tras la administración de un determinado fármaco, sufrió una parada cardiorrespiratoria, de la que tardó en recuperarse treinta minutos, lo que le produjo una lesión cerebral irreversible. El fundamento de derecho segundo sintetiza los hechos declarados probados en la instancia, resaltando en particular [punto 6º] que “sobre la base de las pruebas practicadas, la Sala de instancia deduce que no hay prueba de un funcionamiento anormal, ignorándose la causa de la parada cardiorrespiratoria, siendo conforme a la *lex artis* la actuación realizada a partir de la misma”.

Los argumentos que la demandante en la instancia y recurrente en casación aduce como sostén de que “la lesión sufrida tiene por causa la defectuosa realización de las operaciones de reanimación tras la parada cardiorrespiratoria” [fundamento de derecho décimo] fueron contestados por la sentencia de instancia en los términos de que da cuenta el fundamento de derecho undécimo, afirmando el siguiente que “[...] el planteamiento de la recurrente excede de nuevo de lo revisable en casación respecto de la valoración de los hechos realizada por el tribunal de instancia” al pretender “una nueva valoración de la prueba, por lo que [...] plantea su divergencia no desde la infracción de las reglas de valoración de la misma y denunciando las patologías antes expuestas, sino invocando la concurrencia de los elementos integrantes del instituto de la responsabilidad patrimonial (aquí, lesión efectiva, relación de causalidad y antijuridicidad), elementos que concurrirían tras la valoración que hace la recurrente” [fundamento de derecho duodécimo].

Y, por lo que en concreto hace al postulado por la recurrente en casación daño desproporcionado [fundamento de derecho décimo tercero], el fundamento de derecho décimo cuarto da cuenta de “la doctrina del daño desproporcionado o <resultado clamoroso>” de la manera que sigue:

“Sobre la base de lo expuesto y una vez excluida como jurisprudencia infringida la procedente de la Sala de lo Civil de este Tribunal -pues a efectos del artículo

88.1 d) de la LJCA se está a la de este orden jurisdiccional-, la doctrina del daño desproporcionado o <resultado clamoroso> significa lo siguiente:

1º Que el resultado dañoso excede de lo previsible y normal, es decir, no guarda relación o proporción atendiendo a la entidad de la intervención médica pues no hay daño desproporcionado, por ejemplo, si el resultado lesivo es un riesgo inherente a la intervención, pero ha habido una errónea ejecución.

2º El daño desproporcionado implica un efecto dañoso inasumible -por su desproporción- ante lo que cabe esperar de la intervención médica; es, por tanto, un resultado inesperado e inexplicado por la demandada.

3º Ante esa quiebra de lo normal, de lo esperable y lo desproporcionado del efecto dañoso, se presume que el daño es causado por una quiebra de la *lex artis* por parte de la Administración sanitaria, presunción que puede destruir si prueba que la causa está fuera de su ámbito de actuación, es decir, responde a una causa de fuerza mayor.

4º Por tanto, para que no se le atribuya responsabilidad por daño desproporcionado, desde el principio de facilidad y proximidad probatoria la Administración debe asumir esa carga de probar las circunstancias en que se produjo el daño.

5º De no asumir esa carga, la imprevisibilidad o la anormalidad del daño causado atendiendo a la entidad de la intervención médica es lo que hace que sea antijurídico, sin que pueda pretextarse un caso fortuito, excluyente de la responsabilidad por el daño causado”.

Una doctrina, la del daño desproporcionado, que glosa la sentencia de instancia en los términos que refleja el fundamento de derecho décimo quinto:

“La Sentencia de instancia glosa en su Fundamento de Derecho Octavo tal doctrina con la cita de la Sentencia de esta Sección de 19 de septiembre de 2012 (recurso de casación 8/2010) y abordó tal cuestión en los siguientes términos [las cursivas en el original]:

1º Que *<La recurrente alega que ante la falta de transparencia en la información por parte del hospital, y por la forma en que se produjeron los hechos, no puede conocerse con certeza absoluta que es lo que motivó la parada cardiorrespiratoria que sufrió el menor, pero la gravedad de las secuelas que padece son tan relevantes que estamos ante un daño desproporcionado>*.

2º Entiende que *<en la medida en que no hubo conducta negligente y la parada cardiorrespiratoria fue un riesgo imprevisible e inevitable tal y como hemos visto anteriormente y una vez producida esta se atiende al menor de forma inmediata y ajustada a la lex artis, no podemos considerar las lesiones sufridas como daño o resultado desproporcionado>*.

3º Las graves lesiones tienen su causa en esa parada pro se desestima la demanda porque *<el ingreso hospitalario y la medicación pautaada fue adecuada...[y] aun*

considerando que pudo existir relación entre el urbasón y la parada cardiorrespiratoria, se trataría de un supuesto de fuerza mayor, y tras la parada cardiorrespiratoria la actuación del personal de enfermería y de los médicos fue inmediata y se ajustó a la lex artis. No existiendo infracción de la lex artis ni negligencia en el proceso asistencial analizado no resulta posible aplicar la doctrina del daño desproporcionado>”.

A la vista de lo consignado, el Tribunal Supremo entiende [fundamento de derecho décimo sexto] que “la Sala de instancia parte de la valoración que ha hecho [...] de la prueba practicada de la parada cardiorrespiratoria y de esa actividad probatoria, más de su valoración, concluye en dos aspectos, siendo el primero la causa de la parada y el segundo, la reacción frente a la misma”. El análisis del primero de los reseñados se aborda en el fundamento de derecho décimo sexto, ocupándose el décimo séptimo del segundo.

Así, el fundamento de derecho décimo sexto señala:

“1º Aun admitiendo como hipótesis que el urbasón fuese causante de la parada cardiorrespiratoria, se está ante un supuesto de fuerza mayor. Esta apreciación del Tribunal de instancia tiene sentido si se está a lo que previamente razona en los Fundamentos de Derecho Quinto y Sexto de su Sentencia en los que relata los informes obrantes en autos que hace suyos (Fundamento Quinto) y que valora (Fundamento de Derecho Sexto).

2º De tales Fundamentos deduce que el ingreso para una intervención quirúrgica era procedente la vista de su patología y que el urbasón estaba bien indicado, junto con un antibiótico, por presentar el menor dificultad respiratoria con abundante mucosidad y apneas frecuentes.

3º Esos medicamentos venían siendo administrados desde el ingreso el 25 de febrero en la planta de pediatría, aparte de estar monitorizado por las noches. Además la Sentencia declaró probado que el menor carecía de antecedentes de alergia a dicho medicamento que es un corticoide y ya antes había seguido tratamiento con corticoides sin problema alguno y las pruebas posteriores no han dado resultado positivo a ningún medicamento.

4º Además declara probado la Sentencia que la dosis administrada el día 2 de marzo, en efecto, le fue suministrada por un estudiante de medicina, pero bajo supervisión de la enfermera y mediante una unidosis [sic] remitida desde la farmacia del hospital, sin que haya prueba alguna de un posible error en cuanto a la sustancia suministrada.

5º La conclusión a la que llega la Sala en cuanto a ese primer aspecto es que sobre la base de la historia clínica y de la prueba practicada, no puede determinarse que la causa de la parada cardiorrespiratoria fuese medicamentosa y sin que haya prueba que permita afirmar que la causa de la misma estuviese en una quiebra de la *lex artis*. De esta forma se basa en el parecer de los forenses informantes según los cuales de la lectura de la historia clínica no puede determinarse la causa de la parada cardiorrespiratoria”.

Y el fundamento de derecho décimo séptimo dice:

“El segundo aspecto al que se ha hecho referencia se centra en la reacción ante la parada cardiorrespiratoria y, como se ha dicho ya, la Sentencia de instancia concluye que ni el personal de enfermería ni los médicos infringieron las reglas de la *lex artis*. Como en el anterior caso a tal conclusión llega sobre la base de las pruebas practicadas -Fundamento de Derecho Quinto- y de su valoración, en este caso en el Fundamento de Derecho Séptimo, de los que se deduce lo ya expuesto en el anterior Fundamento de Derecho Noveno. Además el resultado lesivo final no sería un daño desproporcionado en caso de parada cardiorrespiratoria”.

Y la conclusión pertinente, en el fundamento de derecho décimo octavo:

“En definitiva, la Sentencia de instancia no ha ignorado las consecuencias procedimentales derivadas de la jurisprudencia sobre el daño desproporcionado en cuanto a la carga de probar, tanto en el procedimiento de reclamación como en la instancia. De esta manera se ha basado precisamente en las pruebas obrantes en el expediente administrativo, pruebas que han hecho suyas todas las partes litigantes y a tal efecto el informe de la Inspección Médica fue acordado por la propia Administración demandada, a lo que se añade que la codemandada en la instancia -la aseguradora de la Administración- expresamente propuso los antecedentes de las diligencias penales y, en especial, los informes médico-forenses”.

Nueve.- Mención particular ha de hacerse en este momento de la *Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 18 de julio de 2016* [Sección Cuarta; recurso de casación número 4.139/2014; ponente: Cudero Blas] que, al socaire de la sempiterna “asistencia dispensada [...] claramente deficiente”, esto es, de la denunciada “infracción de la *lex artis*” [fundamento de derecho segundo], y descartado el carácter “arbitrario, ilógico, absurdo o palmariamente erróneo en la valoración de la prueba”, habida cuenta de que “la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone” [fundamento de derecho cuarto], aborda la determinación del *consentimiento informado* en conexión, una vez más, con la doctrina de la pérdida de oportunidad. En este sentido dirá el fundamento de derecho quinto:

“Se sostiene [...] que no se informó al paciente de la necesidad (o no) de ingresar en la UCI, ni se le comunicó de manera suficiente [de] los medios hospitalarios de los que disponía el centro sanitario, ni si contaba con todo lo necesario para acometer la gripe A incluido el personal especializado necesario.

Esta falta de información, según se afirma, habría impedido al paciente y a los familiares decidir sobre la permanencia en el propio hospital o sobre el traslado a otro centro sanitario que pudieran considerar más idóneo.

El motivo no puede prosperar por las razones que la propia Sala de instancia ofrece al respecto: no cabe informar sobre la necesidad de ingreso en la UCI cuando los médicos que tienden al paciente no contemplan ese ingreso como necesario y, respecto de la gripe A, ni siquiera consta en autos que el interesado sufriera esa patología, sino que existía una *sospecha* de ese padecimiento que debía constatarse mediante las pruebas correspondientes.

La tesis de la parte actora supondría, además, un claro exceso en el contenido legalmente previsto del derecho a ser informado: en cada visita a un centro sanitario deberían indicarse con absoluta precisión, según se afirma, cuáles son los medios de los que se dispone para acometer cualquier dolencia o patología - que se padezca o pueda padecerse- con expresión de si tales medios son o no suficientes o, incluso, equiparables a los existentes en otros hospitales próximos.

Y [...] se afirma que la sentencia ha infringido la doctrina de la pérdida de oportunidad por cuanto, según se dice, ha de reputarse como acreditado y absolutamente relevante para el desenlace final la falta de asistencia de oxigenación en planta y el retraso en la asistencia al paro cardíaco, concausas que contribuyeron a la hipoxia cerebral, que podía haberse reducido de actuar adecuadamente durante la estancia en la planta de medicina interna.

Tampoco este motivo puede prosperar. Es sabido que en el ámbito de la responsabilidad sanitaria se habla de pérdida de oportunidad, de vida o de curación, cuando en la asistencia médica correspondiente se ha omitido un diagnóstico adecuado, un tratamiento específico, el suministro de un concreto fármaco o una mayor celeridad en la actuación de tal modo que se habría privado al paciente, previsiblemente, de una mayor posibilidad de curación.

En el caso analizado no puede afirmarse que concurra esta circunstancia por la razón esencial de que las secuelas que padece [...] no traen causa de ninguna omisión de aquella clase, ni se deduce de las periciales efectuadas, en los términos valorados por la Sala de instancia, que una actuación distinta (el ingreso en la UCI, al que se refiere con reiteración la parte recurrente) o la existencia de mayores medios en la planta de medicina interna en la que estaba ingresado hubieran reducido o mitigado el desenlace y las secuelas de la parada cardíaca sufrida.

No hay, pues, infracción de la doctrina de la pérdida de oportunidad por cuanto tal doctrina exige que concurra un supuesto estricto de incertidumbre causal, esto es una probabilidad causal seria, no desdeñable, de que un comportamiento distinto en la actuación sanitaria no solo era exigible, sino que podría haber determinado, razonablemente, un desenlace distinto. Y resulta forzoso reconocer que tal circunstancia no concurre en el caso que nos ocupa, en primer lugar porque el paro cardíaco no era previsible en los términos vistos, en segundo lugar porque la actuación médica dispensada no puede considerarse deficiente y, por último, porque ni siquiera disponemos de dato alguno que permita afirmar que las secuelas derivadas del accidente cardiovascular no se habrían producido de estar ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos o de disponer la planta de otros medios distintos ya que, en buena parte y como también se sigue de las actuaciones, aquellas secuelas están asociadas a las múltiples patologías que el paciente sufría”.

Diez.- Y en relación al *daño moral* hace de nuevo su aparición la doctrina del consentimiento informado de la mano, en este caso, de la improcedencia, como cuestión fáctica, de revisar en casación la cuantía fijada en la instancia en concepto de daño moral.

Es el caso de la *Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 15 de marzo de 2016* [Sección Cuarta; recurso de casación número 2.057/2014; ponente: Díez-Picazo Giménez], en cuyo fundamento de derecho primero se da cuenta de los hechos, y de su valoración en la instancia, que están en la base de las consideraciones que en el fundamento de derecho tercero se vierten a propósito del binomio daño moral//consentimiento informado. El fundamento de derecho primero dice así:

“Los antecedentes del asunto, por lo que ahora específicamente importa, son como sigue. El 3 de febrero de 2010, a la edad de setenta y siete años de edad, la recurrente fue sometida a una infiltración lumbar para el control del dolor en [...]. El siguiente día 6 de febrero, sufriendo una importante pérdida de sensibilidad en los miembros inferiores, fue ingresada [...]. Tras una larga hospitalización, quedó en situación de incapacidad absoluta para cualquier tipo de actividad.

La recurrente formuló reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración, a fin de obtener indemnización por esa lesión y, tras producirse la desestimación presunta por silencio administrativo, acudió a la vía jurisdiccional. La sentencia ahora impugnada, haciendo un examen particularmente atento y cuidadoso de todas las pruebas practicadas, llega a la conclusión de que la lesión sufrida por la recurrente es efectivamente consecuencia de la infiltración epidural lumbar, pero concluye también que, a la vista del referido material probatorio, no cabe afirmar que la infiltración epidural lumbar se practicase separándose de las pautas científicas y técnicas válidas en esa materia, ni que la atención médica recibida por la recurrente en los distintos centros hospitalarios fuera incorrecta. La sentencia impugnada, en suma, asevera razonadamente que, si bien existe nexo causal entre la atención sanitaria y la lesión, no hubo vulneración de la *lex artis*.

Una vez sentado lo anterior, la sentencia impugnada comprueba que la infiltración epidural lumbar -que está en el origen de todos los padecimientos de la recurrente- se practicó sin el preceptivo consentimiento informado. Entiende la sentencia impugnada que esta omisión es constitutiva por sí sola de un daño moral que debe ser indemnizado aun cuando la lesión misma no sea indemnizable. De este modo, estimando parcialmente el recurso contencioso-administrativo, establece prudencialmente una indemnización de 18.000 euros por dicho daño moral”.

Y viniendo en concreto a la pretensión de revisión de la cuantía fijada en la instancia por daño moral y el eventual surgimiento de este último por infracción del deber de solicitar el oportuno consentimiento, el fundamento de derecho tercero señalará:

“Es criterio jurisprudencial constante de esta Sala, como la recurrente misma reconoce, que la determinación del monto de la indemnización en los supuestos de responsabilidad patrimonial de la Administración no es susceptible de revisión en sede casacional, fundamentalmente por tratarse de una cuestión atinente a la valoración de los hechos. Dado que lo combatido por la recurrente es únicamente la cuantía de la indemnización, es claro que el único motivo de este recurso de casación no puede ser acogido.

Es importante señalar, para evitar cualquier posible malentendido, que el único daño que la sentencia impugnada estima indemnizable es la falta del preceptivo consentimiento informado, no las consecuencias de los diferentes tratamientos médicos dispensados a la recurrente. Así las cosas, hay que hacer abstracción de la gravedad de la lesión sufrida, que -como queda dicho- no puede ser tomada en consideración a efectos indemnizatorios. Sólo queda, entonces, la falta de consentimiento informado, cuya valoración en 18.000 euros no puede tacharse de irrazonable.

Cuestión distinta, en fin, es si no solicitar el preceptivo consentimiento informado constituye un daño moral autónomo, tal como entiende la sentencia impugnada. Pero la recurrente no contesta este aspecto central del razonamiento de la sentencia impugnada, por lo que esta Sala nada tiene que decir ahora a este propósito”.

Once.- La Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 9 de febrero de 2016 [Sección Cuarta; recurso de casación número 1.483/2014; ponente: Díez-Picazo Giménez] al declarar no haber lugar al recurso de casación entablado considera prescrita la acción de responsabilidad ejercitada por el interesado. Las consideraciones al respecto se contienen en el fundamento de derecho tercero, cuya diáfana inteligencia requiere de la reproducción de lo consignado en el fundamento de derecho primero, en el que se recogen los hechos del caso así como los argumentos esgrimidos por la sentencia de instancia para alcanzar la conclusión de que “la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración fue formulada fuera del plazo de un año”. Este es el, extenso, texto del fundamento de derecho primero:

“Los hechos que dan origen al litigio, tal como quedan reflejados en la sentencia impugnada, son los siguientes:

<El recurrente, tras sufrir una caída el 3/febrero/2008 en Vinarós, acudió al Hospital Comarcal de esa población, donde fue atendido por su servicio de urgencias, siendo diagnosticado de ‘fractura de maléolo de peroné derecho sin desplazamiento’; en dicho centro le fue prescrita férula posterior, profilaxis antitrombótica [sic], analgésico, hielo local y deambulación en descarga con muletas; asimismo se le citó para control con Rx en una semana.

Manifiesta asimismo en su demanda que solicitó posteriormente cita en el Hospital de Alcañiz, donde tiene su domicilio, acudiendo el 14/marzo/2008 al servicio de traumatología de dicho centro; a partir de esa fecha se suceden sucesivas actuaciones de la sanidad pública aragonesa, que culminan con una intervención quirúrgica en el Hospital MAZ de Zaragoza el 2/marzo/2009, siéndole dada el alta hospitalaria el 4/marzo, y cita para ser visto por el especialista el 10/marzo, quien emite su informe el 3/julio, iniciando el actor un periodo de rehabilitación, y emitiéndose por último el 24/julio/09 Dictamen propuesta del EVI de la Dirección Provincial del INSS [Instituto Nacional de la Seguridad Social] de Teruel, con calificación de incapacidad permanente en grado total>.

Desestimada la reclamación de responsabilidad patrimonial en vía administrativa, el recurrente acudió a la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional, donde interpuso un único recurso contencioso-administrativo frente a la Generalitat Valenciana y el Gobierno de Aragón. Dicha Sala se declaró incompetente, por estar dirigida la pretensión contra dos Administraciones autonómicas; e indicó al recurrente que debía acudir la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, por ser el competente para enjuiciar los actos de aquella Administración autonómica que había efectuado la prestación sanitaria inicial.

La sentencia ahora impugnada declara, ante todo, la falta de competencia de la Sala de Valencia para conocer del recurso contencioso-administrativo en lo que concierne al Gobierno de Aragón. Y entrando en el fondo del asunto con respecto a la Comunidad Valenciana, afirma que la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración fue formulada fuera del plazo de un año legalmente establecido. Dice a este respecto:

<En el presente caso, el alta hospitalaria del recurrente se produce el 4/marzo/09, siendo citado para ser visto por el cirujano especialista en traumatología el 10/marzo; no hay constancia de que con posterioridad a esta fecha de alta hubiera nuevas lesiones o secuelas; pero es que, al folio 40 del expediente administrativo obra el informe emitido el 3/julio/2009 por el mencionado facultativo especialista en traumatología, [...], que atendió al recurrente desde noviembre de 2008, y que relata que con fecha 2/marzo/09 fue intervenido quirúrgicamente en el Hospital MAZ de Zaragoza realizándosele una osteotomía de maléolo tibial, encontrándose una condropatía [sic] grado IV en astrágalo y tibia, por lo que se le llevó a cabo perforaciones con refrescamiento de las zonas, extracción de cuerpo libre articular y reparación del ligamento deltoideo [sic], añadiendo que ‘ha estado en descarga durante un periodo de dos meses y medio y en la actualidad continúa con tratamiento’, concluyendo que ‘si en un periodo a medio plazo no mejora del dolor, habrá que proponer poner prótesis de tobillo o una artrodesis tibio astragalina [sic]’.

A falta de otros datos relativos al implante de dicha prótesis, que no consta que se haya producido, como tampoco el eventual tratamiento rehabilitador, que en todo caso viene encaminado a mejorar las consecuencias de una secuela ya predeterminada, debe concluirse, en la hipótesis más favorable para el actor, que sus secuelas estaban ya definitivamente estabilizadas desde esa fecha del informe; y en este sentido, la STS de 22/febrero/2012, reiterando la doctrina de la anterior de 28/febrero/2007, destaca que ‘los tratamientos posteriores encaminados a obtener una mejor calidad de vida o a evitar ulteriores complicaciones en la salud del paciente o la progresión de la enfermedad, no enervan la situación objetiva en que la lesión, enfermedad o secuela [¿?]; añadiéndose en Sentencia de 21/junio/2007 (casación 2.908/2003) que ‘no es relevante el tratamiento rehabilitador para tratamiento orto protésico. No interrumpe la prescripción la pendencia de la adaptación de una prótesis de miembro inferior izquierdo’ ni el acudir a rehabilitación.

Tampoco tiene trascendencia alguna, a efectos de prorrogar tal fecha, el hecho de que el EVI propusiera el 24/julio/2009 su declaración de incapacidad permanente, pues este trámite no es sino una mera valoración de sus secuelas ya preexistentes a efectos de fijación de sus consecuencias administrativas, pero no reabre el periodo que tenía el actor para reclamar responsabilidad patrimonial frente a la Administración. En definitiva, la determinación del alcance concreto de las secuelas no se produce con la propuesta de declaración de incapacidad permanente del perjudicado, pues dicha declaración es una consecuencia, precisamente, de las secuelas previamente establecidas y consolidadas. En este sentido, el Tribunal Supremo (Sentencia de 29/noviembre/2011, rec. 4.647/2009) ha recordado que ‘...es doctrina de esta Sala, que debe reiterarse hoy en aras de la necesaria homogeneidad doctrinal e igualdad en el tratamiento de los justiciables, que las resoluciones de minusvalía e incapacidad no sirven para interrumpir ni para hacer ineficaz el plazo transcurrido correspondiente a una reclamación de responsabilidad patrimonial’.

En consecuencia, cuando el actor formula su reclamación ante la Administración el día 8/julio/2010 ya había transcurrido el plazo máximo de un año establecido por la ley para su válida interposición, por lo que es ajustada a derecho la resolución administrativa que rechaza por extemporánea su reclamación>.

Por lo demás, la sentencia impugnada concluye observando que, en todo caso, no hay elementos suficientes para sostener que en el presente caso se haya vulnerado la *lex artis*; razón por la que la pretensión indemnizatoria, aun si hubiese sido formulada tempestivamente, no habría podido prosperar. Es claro que estas consideraciones son ajenas a la razón de decidir y, por tanto, resultan ahora irrelevantes en sede casacional”.

Sobre esta base, el fundamento de derecho tercero avala el pronunciamiento de instancia a propósito de la prescripción de la acción de responsabilidad. Dice así:

“Un correcto examen del presente recurso de casación aconseja no seguir el orden del razonamiento del recurrente; y ello porque, si la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración fue efectivamente presentada fuera de plazo, no tendría sentido examinar si concurren los demás requisitos legalmente exigibles para que pueda prosperar una pretensión indemnizatoria. Y tampoco sería preciso abordar la cuestión relativa a la pretendida incongruencia de la sentencia impugnada al declarar la incompetencia de la Sala de Valencia con respecto al Gobierno de Aragón; si la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración estaba prescrita frente a la Generalitat Valenciana, necesariamente lo estaba también frente al Gobierno de Aragón.

Pues bien, el recurrente no da ninguna razón por la que quepa estimar que el juicio de la Sala de instancia sea incorrecto en este punto. La sentencia impugnada afirma que, en la hipótesis más favorable al recurrente, habría que entender que en el informe médico de 3 de julio de 2009 quedan definitivamente reflejadas las secuelas de la fractura sufrida, sin que conste ningún tratamiento posterior. El recurrente sostiene, por el contrario, que como *dies a quo* debe

considerarse el 24 de julio de 2009, fecha en que el órgano administrativo correspondiente hizo la declaración de incapacidad permanente para el trabajo. Pero la verdad es que no consta que entre esas dos fechas hubiera ninguna evolución de las secuelas, ni que se produjera un cambio significativo de los daños sufridos con ocasión de su caída. La declaración de incapacidad permanente es una decisión administrativa llamada a desplegar su eficacia principalmente en el ámbito laboral y de previsión social y, en todo caso, presupone una previa verificación de todas las consecuencias del accidente. En otras palabras, tanto el informe médico de 3 de julio de 2009 como la decisión administrativa de 24 de julio de ese mismo año presuponen que las secuelas habían quedado definitivamente fijadas con anterioridad.

De ahí que la apreciación de la prescripción hecha por la sentencia impugnada sea ajustada a derecho, lo que -por las razones arriba indicadas- implica que ninguno de los motivos de este recurso de casación puede prosperar”.

EL CUIDAR ENFERMERO EN LOS CÓDIGOS ÉTICOS

NURSING CARE IN ETHICAL CODES

Francisco de Llanos Peña

Dr. en Filosofía. DUE. Profesor Titular de Universidad
Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla

PALABRAS CLAVE: Códigos éticos de Enfermería, Códigos deontológicos, Enfermería, Cuidar enfermero, Ética del cuidar.

RESUMEN: Se lleva a cabo una reflexión ética sobre el *cuidar enfermero*, resaltando la necesidad de una *ética aplicada*. El *bien interno* de la Enfermería como ciencia, como arte y como profesión es precisamente el *cuidar enfermero*: otorgar cuidados, cuidar, ayudar a cuidar la salud de cada persona y de la comunidad. Este bien interno, el *cuidar enfermero*, es, asimismo, su fin como actividad social y como profesión.

Pero, ¿cómo es contemplado, cómo se expresa ese *cuidar enfermero* en los distintos Códigos Éticos de Enfermería? Se analizan cinco Códigos Éticos, desde 1986 hasta el presente, en los que, según los contenidos y fecha de publicación, la atención prestada al *cuidar enfermero* es desigual.

KEY WORDS: Ethical codes of Nursing, Codes of ethics, Nursing, Nursing care, Ethics of caring.

ABSTRACT: An ethical reflection on nursing care is carried out, highlighting the need for an applied ethics. The “internal good” of Nursing as a science, as an art and as a profession is precisely “nursing care”: giving care, caring, helping to care for the health of each person and community. This internal good, “nursing care”, is also its end as a social activity and as a profession. But, how is contemplated, how is this nursing care expressed in the different Ethical Codes of Nursing? Five Ethical Codes, from 1986 to the present, are analyzed in which, according to the contents and date of publication, the attention given to nursing care is unequal.

1. La reflexión ética y el cuidar enfermero

1.1. Necesidad de una ética aplicada

A lo largo de los últimos 30/40 años ha ido surgiendo en distintos ámbitos la necesidad de una reflexión que oriente la conducta a seguir de una determinada actividad; asunto éste que se ha hecho patente de forma especial en el mundo de la actividad sanitaria, de la economía, de la investigación con seres humanos, de la empresa, en el mundo de la información y de la ecología. Surge así la necesidad de una ética aplicada, pues la sociedad actual está convencida de que cada una de las personas es un *interlocutor válido*¹ en las cuestiones que le afectan, y que no se puede prescindir de ellas en ninguno de los ámbitos de la vida social. Así, por ejemplo, en el campo de la actuación sanitaria —el caso de los médicos y de las enfermeras— hemos de contar con la opinión de los pacientes a la hora de optar por tratamientos o de entablar un diálogo con cada uno de ellos sobre lo que realmente necesita y sobre los cuidados enfermeros a desarrollar.

1.2. La ética del cuidar enfermero

Ahora bien, aun teniendo en cuenta las opciones de cada persona y los valores que prefiere, es importante desarrollar una ética de las actividades sociales en general y de las profesiones en particular; pues la ética individual es insuficiente para resolver los problemas de nuestra convivencia.

Por ello, dentro de ese marco global contemplamos la Enfermería como actividad social y, consecuentemente, como profesión que tiene su sentido y su legitimidad social por tener como propio el desarrollo de los cuidados de salud. El bien interno de la Enfermería como ciencia, como arte y como profesión es precisamente este: el cuidar enfermero, otorgar cuidados, cuidar, ayudar a cuidar la salud de cada persona y de la comunidad; dentro del “marco teórico” que sea, pero cuidar. Este es el bien interno de la Enfermería y, por ello, su fin como actividad social y como profesión. La Ética del cuidar enfermero aparece entonces como una “ética aplicada” dentro del marco de la ética cívica y, por ende, fundamentada en la idea de la dignidad humana y en la convicción de que cada persona es un interlocutor válido (A. Cortina).

1.3. El cuidar enfermero, ética de los valores

En el desarrollo del cuidar enfermero resulta de gran utilidad el conocimiento y manejo de los Principios de la Bioética, sobre todo por la ayuda que nos proporciona a la hora de participar en el proceso de “toma de decisiones” dentro del equipo de salud, tanto en atención primaria como en el hospital. Ahora bien, la ética del cuidar enfermero no se agota en la racionalidad objetiva de la Bioética (ni como “filosofía moral” sobre cuestiones vitales ni como metodología científica para la resolución de casos que se plantean en la práctica clínica). La ética del cuidar enfermero se centra en una reflexión sobre los valores, actitudes, virtudes y normas que han de orientar el quehacer profesional de las enfermeras: Reflexión filosófica que trata de fundamentar y orientar la moral (valores, actitudes y comportamiento) de las enfermeras profesionales con el fin de proveer Cuidados a las personas que promuevan la

¹ Cortina, A., “Aplicación al ámbito de la bioética del concepto de persona como interlocutor válido”. En *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos, 1993, pp. 236-40.

salud y prevenga sus alteraciones que contribuyan a la recuperación y rehabilitación de las personas enfermas y que ayuden a vivir la última etapa de la vida con la mayor dignidad posible desde el reconocimiento del ser humano en su totalidad y el respeto de los principios éticos universales y los valores sociales.

La ética del cuidar enfermero es, pues, una ética que implica, al menos, a los tres elementos fundamentales de la relación clínica: los pacientes y familiares, las enfermeras profesionales, y la sociedad en su conjunto. Tal concepción del “cuidar enfermero” conlleva superar el modelo positivista y puramente técnico en que fuimos formados muchos de nosotros, y asumir en nuestra relación clínica el mundo de los valores, del que no podemos prescindir².

1.4. El cuidar enfermero y los derechos del enfermo

De la búsqueda del “bien del paciente”, según lo definía la ciencia médica y la misma Enfermería, hemos pasado, en nuestra relación clínica, a otro modelo en el que hay que tener presente los *valores de los afectados*. ¿Quién define ahora “el bien” del paciente? Cuando hablamos del bien o del beneficio podemos preguntarnos: beneficioso, ¿para quién? Es el paciente quien ahora puede introducir *sus valores* en el proceso de toma de decisiones; y por eso han cobrado tanta importancia en nuestro quehacer enfermero conceptos como los de “Autonomía”, “Privacidad” y “Consentimiento Informado” y que en su definición intervienen los valores que, a su vez, varía de acuerdo con las tradiciones culturales y con las personas.

Nos hallamos, pues, ante la presencia de valores en nuestro “cuidar enfermero”, presentes ya en los Códigos de los Derechos de los Enfermos; y este mundo de los valores relacionado con la dimensión del *cuidar enfermero* está siendo un gran reto en los últimos decenios y una importante responsabilidad de las enfermeras en el ejercicio de la relación clínica. Consecuentemente, y junto a los contenidos, los estándares, la calidad de la formación y la práctica necesaria para ser enfermera y ejercer como tal, es precisamente la protección del público y la garantía de seguridad del paciente a través de un conjunto de normas éticas y deontológicas debidamente formuladas, lo que hace transparente nuestra identidad profesional del “cuidar enfermero”.

1.5. Código Ético y Proceso de Enfermería

En la actividad enfermera nos resulta necesaria *la norma ética para transmitir, comunicar y anunciar* los valores del cuidar enfermero; si bien, por muy perfecta que sea su formulación, nunca la norma ética podrá expresar toda la riqueza del cuidar enfermero. De ahí la importancia de esforzarnos por contar con “un conjunto de normas éticas” que expresen los diversos valores que constituyen el “cuidar enfermero”; y es a ese conjunto de normas éticas lo que llamamos *Código Ético del cuidar enfermero* o *Código Ético de Enfermería*.

A partir de establecer que un Código Ético en general está constituido por un conjunto de normas éticas, que a su vez son expresión de un conjunto de valores necesario para configurar

² Torralba i Roselló, F., *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Insitut Borja Bioética y Fundación Mapfre Medicina, Madrid, 2002.

Falcó, A., “Cuidar siguiendo los valores y principios éticos propios de la enfermería”. En *Revista Enfermería Clínica*, vol. 15, Oct. 2005, pp. 287-290.

y salvaguardar el propio proyecto humano, podemos decir entonces que la Declaración Universal de los Derechos Humanos es como un Código Ético Universal. Si bien, tal Declaración está formulada en “forma y lenguaje de derecho”, no olvidemos que los derechos de cada uno son deberes para todos los demás. Por ello, un Código Ético puede concebirse también como *los deberes de un determinado grupo de personas según la función que ellas ejercen en la sociedad*.

En nuestro caso, un Código orientado a enfermeras atenderá más a desarrollar los valores que constituyen el “Cuidar enfermero”. Pues, bien, es precisamente a partir del llamado “Proceso de Enfermería” (fenómeno que nace en EE.UU., años ‘70, como consecuencia de una preparación académica de elevado nivel y de la reflexión sobre la identidad de la profesión y de su interrelación con los médicos y otros profesionales de la salud), con su elemento central del “diagnóstico de Enfermería” (anamnesis y valoración como explicación de la respuesta real potencial del paciente a su estado de salud; planificación y desarrollo de los objetivos del paciente y de las acciones de enfermería de acuerdo con los diagnósticos; puesta en práctica de las acciones y evaluación) cuando los Códigos Éticos de Enfermería que aparecen van traduciendo la realidad de la profesión que se autodefine y señala las bases de su autorregulación³.

En principio, los Códigos Éticos en Enfermería aparecen teniendo en común los siguientes principios:

- Consideración de la Enfermería como profesión autónoma e interdependiente con otras profesiones de la salud.
- Aceptación por parte de la profesión de la responsabilidad y confianza que en ella deposita la sociedad en áreas de promoción y cuidado de la salud individual y comunitaria.
- Consideración del paciente como ser bio-psico-socio-cultural.
- Conciencia de creciente responsabilidad ante la ley.
- Una cierta tensión lingüística a la hora de nominar “enfermero/enfermera” y “paciente/enfermo/usuario”, etc.

2. El cuidar enfermero en los Códigos Éticos actuales

Tenemos presente cinco Códigos Éticos en los que, según mi conocimiento, se expresa hoy día el “cuidar enfermero”; si bien, la atención prestada a uno y a otro es desigual teniendo en cuenta los contenidos y año de publicación.

2.1. El cuidar enfermero en el Código Deontológico del CIE para la profesión enfermera (Revisión de 2012)⁴

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código Internacional de ética para enfermeras en 1953. Después se ha revisado y reafirmado en diversas ocasiones, la más reciente es de 2012.

³ Leino-Kilpi, H. et al., *Aspectos éticos en la práctica de la enfermería*. Coordinación y traducción de Gasull, M. y De los Reyes, M. Asociación Bioética Fundamental y Clínica, Madrid, 2003.

⁴ Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), *Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería*. Revisado en 2012. 1201 Ginebra (Suiza), icn@icn.ch

Las normas de conducta ética que formulan el *cuidar enfermero* en el Código del CIE se centran en 4 elementos principales:

- 2.1.1. Con respecto a la relación clínica de las enfermeras con las personas, se destaca:
 - La responsabilidad profesional para con las personas que necesitan Cuidados de Enfermería.
 - La promoción de un entorno en el que se respeten los Derechos Humanos, los Valores, Costumbres y Creencias espirituales de la persona y familia y de la Comunidad.
 - La información, la Confidencialidad y la Equidad a la hora de la distribución de los recursos.
 - Desarrollar los valores profesionales del respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad.
- 2.1.2. Normas referidas al desarrollo de sus competencias mediante la formación continua.
- 2.1.3. Normas aceptables de la práctica clínica, la gestión, la investigación y la formación enfermera.
- 2.1.4. Y la respetuosa cooperación con sus compañeros de trabajo y de otros sectores del mundo de la salud.
- 2.2. El *cuidar enfermero* en el Código Ético y Deontológico de la Enfermería Europea (FEPI)⁵**

En el corazón de este Código Ético y Deontológico se encuentra la protección del público así como el garantizar la seguridad del paciente.

- Pone el énfasis en que una enfermera es una persona que dispensa Cuidados de enfermería a personas, grupos, familias y comunidades, tanto si gozan de buena salud como si están enfermos.
- Este Código a penas emplea la expresión *cuidar enfermero*, sino el de *competencias enfermeras*.
- El Código está redactado más desde el lado del paciente (por ejemplo: “los pacientes tienen derecho a que las enfermeras estén bien formadas”) que desde el de las enfermeras.

Los principios fundamentales por los que discurre el *cuidar enfermero* en este Código y que, al mismo tiempo, recomienda a los órganos reguladores de la Enfermería de Europa, son:

- 2.2.1. Calidad y excelencia para ser enfermera y poder ejercer como tal.
 - 2.2.2. Que las enfermeras han de mantener sus competencias a lo largo de toda su vida profesional.
 - 2.2.3. Concede máxima importancia a los Derechos Humanos, pues cada paciente goza de la Dignidad Humana. Por ello, el *cuidado enfermero* se sustancia en proteger al paciente para que éste nunca sea víctima de tortura, crueldad, abuso o cualquier otra forma de trato inhumano o degradante.
- Y, desde esta fundamentalidad de los Derechos Humanos, el Código formula

⁵ Federación Europea de Órganos Reguladores de Enfermería (FEPI), *Código Ético y Deontológico de la Enfermería Europea*, 2012.

explícitamente que las enfermeras deben prestar los cuidados necesarios para aliviar el dolor y el sufrimiento, tanto físico como psicológico, o debido al entorno.

Igualmente, las enfermeras han de ser especialmente consideradas con las personas vulnerables (las que no pueden expresar sus opiniones, o sean frágiles, etc.).

2.2.4. Las enfermeras tienen la responsabilidad de cuidar a todos los pacientes por igual, sin prejuicio de edad, sexo, condición económica, social, política, étnica, religiosa o de cualquier otra condición.

Los pacientes tienen derecho a que las enfermeras les proporcionen cuidados de alta calidad, cumpliendo con su Código Ético y según la Legislación vigente.

2.2.5. Los pacientes tienen derecho a que su enfermera sea honesta, digna de confianza y le cuida integralmente.

2.2.6. Los pacientes tienen derecho a que las enfermeras se comuniquen con ellos y les proporcionen información y asesoramiento de forma adecuada, clara y fácil de comprender.

2.2.7. Tienen derecho a decidir si aceptan o no los cuidados de enfermería (Consentimiento Informado), así como negarse a recibir información, asesoramiento o cuidados.

2.2.8. Derecho a que cualquier información que revele permanezca confidencial entre él y la enfermera.

2.2.9. Los pacientes tienen derecho a que quienes les dispensen los cuidados de enfermería tengan la formación apropiada y sean competentes para dispensar los cuidados enfermeros.

2.3. **El cuidar enfermero en el primer Código de Ética de Enfermería en España (Institut Borja de Bioética, 1986)⁶**

El primer Código de Ética de Enfermería que trabajamos en España en 1986, asesorado por el Institut Borja de Bioética, y que los Colegios de Enfermería de Cataluña asumieron como propio, explicita así el *cuidar enfermero* en sus cinco primeros artículos (que son como constitucionales del *cuidar enfermero* en un Código Ético):

1. *Enfermería es una profesión autónoma orientada hacia la salud. Su objetivo es el cuidado integral de la persona, familia y comunidad ayudando a promover, mantener y restablecer la salud, aliviando el sufrimiento y preparando para una muerte serena cuando la vida no puede ser prolongada con dignidad.*
2. *El cuidado y promoción de la salud y el respeto a todos los derechos humanos y sociales del individuo, de la familia y la comunidad ha de constituir la actitud ética fundamental de la conciencia profesional. Los profesionales de Enfermería nunca utilizarán sus conocimientos ni colaborarán, aunque sea indirectamente, en ninguna actividad destinada a la manipulación de las conciencias o a la coacción física o psíquica de las personas.*
3. *El grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos y responsabilidades fundamentales de la persona. Su defensa y promoción es un bien público. Los profesionales de Enfermería, dentro de su competencia, deben velar para*

⁶ Institut Borja de Bioética, *Código de Ética de Enfermería*. Coordinación y redacción: Alberdi, M.J., Camp. M.A. y Gasulla, M. En *Revista Labor Hospitalaria*, nº 202. Barcelona, 1986, pp. 229-232.

- que el sistema sanitario alcance a toda la población y posea un alto grado de calidad.
4. Corresponde al profesional de Enfermería el ejercicio de su profesión, crear un medio ambiente en el que los valores, costumbres y creencias del individuo sean respetados.
 5. Ningún profesional de Enfermería será discriminado profesionalmente ni discriminará a nadie por razón de sus convicciones, sexo, raza, etc. o por otros criterios ajenos a la ética y capacidad profesional.

2.4. Código Deontológico de la Enfermería Española (1989)⁷

Contiene 81 artículos. Destacamos los siguientes por traslucir de algún modo el *cuidar enfermero*:

- La Enfermería y el ser humano.
- Derechos de los enfermos y profesionales de enfermería.
- La enfermera ante la sociedad.
- Promoción de la salud y bienestar social.
- La Enfermería y los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados.
- La Enfermería y el derecho del niño a crecer en salud y dignidad.
- La Enfermería y el derecho a una ancianidad digna, saludable y feliz.
- El personal de Enfermería ante el derecho que toda persona tiene a la libertad, seguridad y ser reconocidos, tratados y respetados como seres humanos.
- Normas comunes en el ejercicio de la profesión.

2.5. El *cuidar enfermero* en el Código de Ética de las enfermeras y enfermeros de Cataluña (2013, 27 años después de la aprobación del primero en 1986)⁸

La razón de ser de este Código Ético es poder ofrecer unos cuidados enfermeros de calidad; por tanto, el *cuidar enfermero* es lo que justifica determinar la responsabilidad profesional de las enfermeras en el mantenimiento, promoción y defensa de los derechos de las personas relacionadas con la salud.

Disponer, pues, de una guía de orientación ética en el ejercicio profesional significa haber comprendido que “el cuidar”, rasgo distintivo de la profesión enfermera, es un trabajo de sinergia y complementariedad entre la competencia técnica y la competencia ética.

La base del Código está en la consideración de la dignidad de la persona como el valor fundamental inherente a la naturaleza humana y a la ciencia enfermera; por ello, la persona, debido a su dignidad, posee unos derechos inalienables, razón por la que merece ser cuidada con la máxima consideración y respeto.

El Código se propone especificar el contenido de esa dignidad a través de cinco *Valores esenciales* que son los que han de guiar a las enfermeras y enfermeros a conseguir cuidar profesionalmente a las personas, es decir, a desarrollar el *cuidar enfermero* a las personas con el máximo respeto a su dignidad.

Concretamente, si el objetivo de la profesión “*proporcionar cuidados que permitan a las personas mejorar, mantener o recuperar la salud, hacer frente a sus problemas de salud y*

⁷ Organización Colegial de Enfermería, *Código Deontológico de la Enfermería Española*. Madrid, 1989/2003.

⁸ Consell de Col·legisd'Infermeres i Ifermers de Catalunya, *Código de Ética de las enfermeras y enfermeros de Cataluña*, Barcelona, 2014.

alcanzar la mayor calidad de vida posible, tanto en la enfermedad como en la discapacidad y en el proceso de final de la vida” (Royal College of Nursing; 2003), este Código de Ética concreta cuáles son los comportamientos y las actitudes éticas propias de las enfermeras para poder cuidar de una forma excelente.

El *cuidar enfermero* va unido esencialmente al desarrollo de los siguientes valores.

2.5.1. Responsabilidad

Las enfermeras proporcionamos cuidados enfermeros seguros, competentes, compasivos y conformes con la ética profesional y, al mismo tiempo, rendimos cuenta de nuestras acciones y de las consecuencias *que de ellos se derivan en el ejercicio de la profesión*.

Responsabilidad que se despliega normativamente en torno a:

- La competencia profesional.
- A la seguridad de la persona atendida.
- Y en torno a la situación del final de la vida de las personas.

2.5.2. Autonomía

Las enfermeras reconocemos la autonomía de las personas y, por tanto, respetamos su derecho a ser informadas y a tomar libremente sus decisiones.

2.5.3. Intimidad y Confidencialidad

Las enfermeras reconocemos la importancia de preservar la intimidad y la confidencialidad y protegemos estos derechos en la relación profesional para garantizar el bienestar de la persona atendida en el proceso de cuidados, en el marco de una relación de confianza.

2.5.4. Justicia Social

Las enfermeras nos comprometemos a tratar a las personas con igualdad y a garantizar un acceso equitativo a los cuidados enfermeros, teniendo en cuenta la globalidad de la sociedad y favoreciendo el bien común.

2.5.5. Compromiso Profesional

Las enfermeras reconocemos la importancia de la profesión enfermera en el seno de la sociedad y, por ello, asumimos el compromiso de desarrollarla y mejorarla.

Compromiso profesional que se sustancia en:

- La relación con los colegas, el equipo de cuidados y el equipo de salud.
- La Formación.
- El Medio ambiente.
- La Comunicación social.
- La Objeción de conciencia.
- La Huelga.
- La Economía.
- Los Organismos profesionales.

LOS COLEGIOS Y LA UNIFICACIÓN DE LA TITULACIÓN ENFERMERA

Isidoro Jiménez Rodríguez

Enfermero asistencial y docente

PALABRAS CLAVE: Colegios de Enfermería, Asociacionismo profesional, Prensa profesional, Documentación colegial, Legislación.

KEY WORDS: Nursing professional association, Nursing ensemble, Professional press, Professional association documents, Legislation.

RESUMEN: El camino a la unidad de las profesiones que configuran la Enfermería en España (Practicantes, Matronas y Enfermeras) no resultó fácil. La figura del Ayudante Técnico Sanitario (1953) solo supondrá un aparente acercamiento que se verá culminado con el plan de estudios común de Diplomado Universitario en Enfermería (1977).

Este trabajo persigue analizar los diferentes acontecimientos y circunstancias que determinaron la lenta y conflictiva unificación de los colegios profesionales en uno. Llegamos a la conclusión de que las ramas enfermeras estuvieron enfrentadas entre sí durante casi un siglo, hasta tener un plan formativo igual para todas. Durante ese periodo, sus respectivos colegios jugaron un papel disgregador de la profesión.

ABSTRACT: The path to the unity of the professions that make up the Nursing in Spain (Practitioners, Midwives and Nurses) was not easy. The figure of the Sanitary Technical Assistant (1953) will only assume an apparent approach that will be culminated with the common curriculum of University Diploma in Nursing (1977).

This paper aims to analyze the different events and circumstances that determined the slow and conflictive unification of professional schools in one. We came to the conclusion that nurses were facing each other for almost a century, until they had an equal educational plan for all. During that period, their respective schools played a disruptive role of the profession.

INTRODUCCIÓN

Para poder entender cómo se llevó a cabo en España la convergencia de las denominadas “carreras auxiliares de la medicina”, hay que repasar, la evolución de las tres ramas profesionales que dieron lugar a la figura del Ayudante Técnico Sanitario (ATS): enfermera, practicante y matrona. Dicha titulación de ATS, estuvo vigente durante más de veinticinco años, en la segunda mitad del pasado siglo XX¹.

Son varios los autores que han abordado aspectos relativos al asociacionismo en el ámbito enfermero y el desigual avance en las profesiones integrantes. Para José Siles, frente a la temprana organización gremial de los barberos sangradores, se encuentra la escasa valoración social de las mujeres dedicadas al cuidado de niños y enfermos, tarea doméstica tradicionalmente femenina². Esto explicaría la falta de gremios de enfermeras y enfermeros.

La profesora Nogales Espert, incide en el desconocimiento de las causas reales que frenaron la profesionalización de la enfermera, estancándola en un oficio. Nos propone considerar que más que la inspiración religiosa de la práctica enfermera, habría que tener en cuenta la falta de capital económico de sus integrantes; la carencia de un reconocimiento social de los mismos; o la ausencia de iniciativa, consecuencia de la carencia de una base cultural³.

Otro tema a tener en cuenta es la pretendida unificación colegial de los tres grupos profesionales que se persiguió desde la administración, a través de un colegio único, aunque dividido en tres secciones. Ello supone, según Carmen Sellán, perpetuar las diferencias de género, ya presentes en la formación de practicantes y enfermeras, en el ámbito colegial⁴. Este conflicto que entre los colectivos enfermeros va a persistir durante una buena parte del s. XX, se debe, según Francisco Ventosa, a diferentes circunstancias, entre las que se encuentran: las aspiraciones de independencia y separación; sus distintas funciones y formación; las diferentes consideraciones y valoraciones social, política y administrativa; las contradicciones y dudas sobre el nombre a asignar a los profesionales integrantes; o los enfrentamientos personales entre sus dirigentes a nivel nacional⁵.

Al abordar el tema de la unificación de las profesiones enfermeras en nuestro país, podemos advertir como varios autores inciden en que la integración real de las mismas no se llevo a efecto hasta que hubo unos mismos estudios de acceso para todas ellas. La hipótesis de trabajo de la que partimos considera que las asociaciones y colegios profesionales han jugado un papel contrario a la unidad de la enfermería, habiendo permanecido hasta tiempos muy recientes esta desconfianza y celos entre Practicantes, Enfermeras y Matronas.

¹ Tan desafortunada denominación no tiene ningún paralelismo en otras naciones de nuestro entorno, donde ya se empleaba el término de enfermera o enfermero para designar al colaborador del médico, o al prestador de cuidados en el ámbito sanitario.

² Siles González J. Historia de la enfermería. Alicante: Colegio Oficial de Enfermería; 1999. p. 298.

³ Nogales Espert A. El asociacionismo en el arte de la enfermería, hacia una estética del optimismo: la ilusión. En: Álvarez Nebreda CC, Hernández Martín, FJ (editores). El asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión. Madrid: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid; 2103. p. 276

⁴ Sellán Soto MC. La profesión va por dentro. 2ª ed. Madrid: Fuden; 2010. p. 230.

⁵ Ventosa Esquinaldo F. Pugna por la unificación de los Practicantes, Matronas y Enfermeras en una sola profesión. En: Álvarez Nebreda CC, Hernández Martín, FJ (editores). El asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión. Madrid: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid; 2103. p. 134.

Hemos utilizado como fuentes históricas diversas disposiciones legislativas que han afectado a estos colectivos, así como la prensa profesional de los mismos. Se ha completado nuestra información con libros de actas de los Colegios de Enfermería de Madrid y Toledo, así como con documentación del archivo particular de D. Carlos Álvarez Nebreda⁶.

1. EVOLUCIÓN DE LA FORMACIÓN ENFERMERA.

Los Reyes Católicos en el año 1500 crearon una serie de tribunales a los que se tenían que someter los que pretendían ejercer una profesión del ámbito sanitario. De esta forma surgió el Protobarberiato, que examinaba a los Barberos y Sangradores. Uno de estos examinadores, Ricardo Le Preux, va a publicar en 1717 su célebre “Doctrina moderna para los sangradores”, obra que conocerá varias ediciones, algunas de ellas ya bien entrado el siglo XIX.

El reglamento de los reales Colegios de Medicina y Cirugía de 1827 hace referencia a las titulaciones de Cirujano-Sangrador y Matrona⁷. Años más tarde, en 1846 se crea la denominación de Ministrante, para aquellos que ejercen la Cirugía Menor⁸. La designación de Practicante, asociada a la Enfermería, se remonta a 1860, donde un reglamento señala los estudios que tiene que cursar, junto a los de la Matrona⁹. Un año más tarde se publican las normativas a seguir para la enseñanza de los Practicantes y Matronas¹⁰.

Desde la creación de la primera Escuela de Enfermeras en España por el médico, Federico Rubio y Galí en Madrid (1896), los Practicantes van a mirar con recelo a estas profesionales, considerando que vienen a invadir su campo de trabajo¹¹.

Otros centros pioneros en la formación de enfermeras en España fueron los pertenecientes a la Cruz Roja, cuyas Damas Enfermeras se empezaron a formar a partir de 1915. La Escuela de Enfermeras de Santa Madrona se funda en Barcelona en 1917, año en el que también se crea la Escuela de Enfermeras Auxiliares de Medicina de la Mancomunitat de Catalunya. A estas se sumaría la Escuela de Enfermeras de la Casa de Salud de Valdecilla en Santander (1929).

1.1. Legalización del título de Enfermera

No será hasta el año 1915 cuando se apruebe oficialmente un programa formativo para las Enfermeras, a instancias de la Congregación de las Siervas de María, Ministras de los Enfermos¹². Nació así un título que habilitaba para ejercer de enfermeras, a quienes demostraban haber adquirido los conocimientos necesarios, perteneciesen o no, a la referida asociación religiosa. De esta forma, otras mujeres, laicas o de congregaciones conventuales, podían ejercer la profesión de enfermera, con su titulación correspondiente¹³.

Curiosamente, numerosos reglamentos hospitalarios españoles antiguos hacen referencia a enfermeros y enfermeras “menores” y “mayores”, distinguiendo así varias categorías, pero la

⁶ Nuestro agradecimiento al personal de los citados Colegios, así como a D. Carlos Álvarez, por permitirnos la consulta de sus fondos.

⁷ Sellán Soto MC. La profesión va por dentro. 2ª ed. Madrid: Fuden; 2010. p. 309.

⁸ Colección Legislativa de España. Tomo XXXVII. Madrid; 1846 (2º trimestre). pp.522-524. (En lo sucesivo CLE)

⁹ CLE. Tomo LXXXI. Madrid; 1860 (1er. Semestre). p. 612.

¹⁰ Gaceta de Madrid de 28 de noviembre de 1861, núm. 332, p. 1. (En lo sucesivo GM).

¹¹ Realmente esta Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría, vino a respaldar a la figura de la Enfermera, dándole una formación para su actividad profesional, como ya se hacía en otros países de nuestro entorno.

¹² GM de 21 de mayo de 1915, núm. 141, pp. 484-486.

¹³ Hasta entonces las tareas de Enfermería en los hospitales eran desempeñadas por órdenes religiosas, femeninas y masculinas, además de personal laico, a los que no se les exigía una preparación o estudios previos.

Real Orden de 1915 se centra exclusivamente en la tarea enfermera desempeñada por la mujer¹⁴. En el artículo tercero de esta norma, se especifica que la prueba para demostrar la 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”. Vistas las materias de estudio que componen su formación, los Practicantes entienden que las mismas suponen una ingerencia en su campo profesional, por lo que llevan este asunto a los tribunales¹⁵. Manuel Angel Calvo-Calvo ha estudiado los factores que propiciaron esta Real Orden, llegando a considerar: la escasa formación básica y profesional en muchos Practicantes; la actitud favorable de una parte de los médicos; el momento político, con los liberales en el poder; y el apoyo de la iglesia para que las religiosas tuvieran un título oficial¹⁶.

Mientras la formación de los Practicantes estaba ligada a las Facultades de Medicina, las Escuelas de Matronas se asociaban a las maternidades de los hospitales, como la de la Casa de Salud de Santa Cristina en Madrid (1916)¹⁷.

1.2. La Enfermería y la salud comunitaria.

A la vez se va a desarrollar una enseñanza especializada en salud pública a través de instituciones estatales como la Escuela Nacional de Puericultura, donde a partir de 1926 se podrán obtener los títulos de Visitadora Puericultora y Matrona Puericultora. La Escuela Nacional de Sanidad crea en 1933 la Escuela Nacional de Visitadoras Sanitarias, cuya titulación de Enfermera Visitadora permitía el poder trabajar en los dispensarios antituberculosos, los servicios de higiene infantil y los centros de higiene rural¹⁸.

La Guerra Civil (1936-1939) va a suponer la interrupción de estas figuras enfermeras especializadas en salud pública. Durante la contienda, en ambos ejércitos se van a organizar cursillos para formar al personal en la atención de los soldados heridos. Mientras en el bando nacional, la Falange va a formar “enfermeras de guerra”, “enfermeras de campaña” y “enfermeras militares”, en el frente republicano, el Socorro Rojo, también formó a muchas jóvenes a través de la Cruz Roja.

1.3. El Ayudante Técnico Sanitario.

El nuevo régimen político aparecido tras la contienda va a abandonar las líneas de salud pública puestas en marcha por la II República, centrando su política sanitaria, “de forma casi exclusiva, en la atención a la enfermedad”¹⁹. Esto va a suponer un aislamiento de la Enfermería española que la separa de la práctica profesional que alcanza en otros países. La creación de la figura del Ayudante Técnico Sanitario o ATS (1953) que engloba a Enfermeras, Practicantes y Matronas²⁰, va a perfilar el camino, o mejor dicho, estancamiento, de la Enfermería de nuestro

¹⁴ La importancia de este plan de estudios, a pesar de su escasa repercusión en los posteriores centros de enseñanza que surgieron, radica en oficializar, por primera vez en nuestro país, los estudios para ser Enfermera.

¹⁵ Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía, agosto de 1915, p. 2.

¹⁶ Calvo Calvo MA. La reacción de los practicantes en Medicina y Cirugía frente a la creación del título de Enfermera en 1915. En *Dynamis* 2014; 34(2), p. 445.

¹⁷ Martínez Martín ML, Chamorro Revollo E. Historia de la Enfermería. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011, p. 115.

¹⁸ Sellán Soto MC. La profesión va por dentro. 2ª ed. Madrid: Fuden; 2010, p. 159.

¹⁹ Bernabeu Mestre J, Gascón Pérez E. Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1970). Murcia: Universidad de Alicante; 1999, p. 7.

²⁰ Hay que señalar que previamente, el Decreto de 27 de junio de 1952 por el que se organizan los estudios de la carrera de Enfermera (BOE de 27 de julio de 1952, pp. 3474-3475) y la Orden de 4 de agosto de 1953, plasman sendos planes de estudio para la Enfermera.

país durante un largo periodo de tiempo que engloba prácticamente el tercer cuarto del siglo XX.

Hay que señalar que previamente, el Decreto de 27 de junio de 1952²¹ organizaba los estudios de la carrera de Enfermera²², mientras que la Orden de 4 de agosto de 1953, establece las normas de estudio y el plan de escuelas de Enfermeras.

El Decreto de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios²³, realmente establece diferencias entre la formación de los Practicantes y las Enfermeras. Esto afecta a los contenidos de estudio y a la forma de desarrollarse los mismos, pues las estudiantes se verán obligadas a realizarlos en régimen de internado.

1.4. La Enfermería en la Universidad.

En 1977 tiene lugar la integración en la Universidad de las Escuelas de ATS, como Escuelas Universitarias de Enfermería²⁴. Surge una nueva denominación para el colectivo enfermero, la de Diplomado Universitario en Enfermería²⁵. La formación similar de enfermeras y enfermeros, va a facilitar la desaparición en los colegios profesionales de las tradicionales secciones o grupos profesionales.

Ya en los últimos años, dada la pertenencia de nuestro país a la Unión Europea y su espacio único de educación superior, surge el actual Grado en Enfermería²⁶.

2. DE LOS GREMIOS DE BARBEROS A LAS ASOCIACIONES DE PRACTICANTES Y MATRONAS.

Los gremios y cofradías surgen en la Edad Media con la finalidad de vigilar el ejercicio de las diversas profesiones, controlando el acceso a las mismas, para de esta forma, garantizar el trabajo a sus integrantes. El profesor Siles González, define a las cofradías y gremios como agrupaciones de trabajadores que compartían un mismo oficio, señalando que sus objetivos eran: el control socioprofesional, evitando la libre competencia y monopolizando del mercado; la ayuda mutua, mediante el socorro en el caso de enfermedad, el auxilio a la familia en el caso de muerte y el mantenimiento de hospitales; y la formación de nuevos profesionales bajo la tutela de un maestro²⁷. En esta época conocemos la existencia de gremios de barberos sangradores en algunas ciudades españolas (Valencia, Zaragoza, Mallorca, etc.). Este tipo de asociaciones van a estar activas hasta finales de la Edad Moderna. Sirva de ejemplo, la Congregación de Cirujanos y Sangradores de la Corte (Madrid) que en 1815 elevan una queja al rey por la actividad sanitaria que llevan a cabo algunos barberos²⁸.

²¹ BOE de de 27 de julio de 1952. pp. 3474-3475

²² Manuel Angel Calvo-Calvo, asegura que esta norma sentó las bases para la creación de un "título único de Auxiliar Sanitario Facultativo". Calvo-Calvo, MA. La reacción de los practicantes frente a la creación del título de Enfermera. En *Dinamis*, 2014, 34 (2). p. 427.

²³ BOE de 29 de diciembre de 1953. pp. 7723-7724.

²⁴ Real Decreto 21/1977 de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. BOE de 22 de agosto de 1977. pp. 18716-18717.

²⁵ Nuevamente se pretende frenar el desarrollo enfermero con la asignación de un nombre despectivo, cuya abreviatura DUE, es un eslabón más en la cadena que viene a crear más confusión en la sociedad sobre el papel de estos profesionales.

²⁶ Directiva 2005/36 del Parlamento Europeo de 7 de septiembre.

²⁷ Siles González J. Historia de la enfermería. Alicante: Colegio Oficial de Enfermería; 1999. p. 296.

²⁸ Quinteiros Domínguez S. Del practicante a la enfermera. 150 años de desarrollo profesional: el papel de los colegios profesionales. Tesis doctoral. Ferrol: Universidade da Coruña; 2008. pp. 62-63.

También en el medievo hay que mencionar alguna congregación de carácter más o menos religioso, cuya finalidad va a estar dirigida a la atención de los enfermos, como los Hermanos Hospitalarios de San Antonio presentes en muchos lugares de Europa y España. Otros ejemplos de comunidades, estas plenamente piadosas, son los Hermanos de San Juan de Dios, los Hermanos Obregones o las Hermanas de la Caridad, por tan solo citar algunas. El estudio de los manuales de enseñanza que utilizaron para formar a sus miembros en el arte de la Enfermería, pone de manifiesto la importancia de estas comunidades para sustentar, mantener y afianzar el saber y la práctica enfermera a lo largo de los siglos²⁹.

2.1. La Sociedad de Ministrantes.

El Reglamento de la Sociedad de Ministrantes está redactado a finales de 1862, su objetivo *“es la protección de los que en ella se inscriban en los casos que se encuentren sin trabajo o imposibilitados por él, y socorridos del modo y forma que se acuerde”* (art. 1)³⁰. Vemos pues la finalidad de apoyo social a sus integrantes³¹, bien porque estos no tengan trabajo, o a causa de que sus enfermedades o limitaciones les impidan realizar su labor. Para poder llevar a cabo su objetivo, cada socio deberá aportar 20 reales de vellón al ingresar en la misma; estableciéndose una cuota mensual de 4 reales. Tras recoger los derechos y deberes de los asociados, el resto de artículos que componen este texto detallan el funcionamiento de su junta directiva. La importancia de esta sociedad benéfica radica en ser la más antigua, conocida hasta ahora, que hace referencia a un movimiento asociativo en una rama profesional enfermera.

2.2. Asociaciones de Practicantes y Matronas.

Según datos que nos aporta Carmen Sellán³², los Colegios de Practicantes se remontan a finales del siglo XIX, encontrándose entre los primeros el Colegio de Practicantes y Dentistas de Málaga, que se remonta a 1897. Por su parte, las Matronas contaron con un Colegio en Madrid que fue aprobado en 1922.

Como veremos, más adelante, las Enfermeras, previamente a su colegiación obligatoria, contaron también con asociaciones profesionales.

2.3 La prensa profesional.

Las primeras publicaciones profesionales del ámbito enfermero que conocemos son muy posteriores a las de otras profesiones sanitarias. La más antigua de ellas, *“La Voz de los Ministrantes”*, apareció el 15 de enero de 1864. En su subtítulo se recoge que se trata de un *“periódico dedicado a la defensa de esta clase y la de Practicantes”*. Ya en este ejemplar inicial se pone de manifiesto la importancia de que el colectivo se mantenga unido, siendo uno de sus principales problemas el intrusismo que sufre. Otras cabeceras de prensa que surgirán en el siglo XIX son *“El Cirujano Menor”* (Madrid), *“La Lanceta”* (Barcelona), *“La Cirugía Menor”* (Barcelona), *“El Practicante”* (Zaragoza), etc.

El Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía surge el 15 de noviembre

²⁹ Sirva el ejemplo de los estudios realizados por Antonio García Martínez y Manuel Jesús García Martínez, sobre la obra de Andrés Fernández, *“Instrucción de Enfermeros”*, utilizada para la enseñanza de los Hermanos Obregones.

³⁰ Álvarez Nebreda CC. *Semblanzas de la profesión enfermera*. Madrid: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid; 2011. pp. 27-29.

³¹ Los fines formativos, o de control de acceso a la profesión, ya están plenamente regulados por la administración.

³² Sellán Soto MC. *La profesión va por dentro*. 2ª ed. Madrid: Fuden; 2010. pp. 164-165.

de 1907. Son propietarios de esta publicación mensual los Colegios de Valencia, Málaga, Álava, Teruel, Orgaz (Toledo) y Madrid. Se denomina “Órgano Oficial de los Colegios Unidos” y representa el primer intento de los incipientes órganos colegiales de contar con un medio de comunicación. Esta prensa editada por los Colegios de Practicantes provinciales, va a seguir aumentando en el primer tercio del siglo XX, concretamente hasta los años previos al comienzo de la guerra civil.

2.4. Las aspiraciones de los Practicantes en 1926.

La publicación editada por el Colegio de Madrid, en su número de noviembre, recoge una extensa reseña de la V Asamblea de Nacional de Practicantes que había tenido lugar el mes anterior³³. En dicha reunión se pusieron de manifiesto algunas divergencias entre algunos de los representantes de los Colegios provinciales. Incluso, alguno de ellos, como es el caso de Toledo, no llegaron a asistir a la misma.

Nos centramos en las “*aspiraciones mínimas*” aprobadas. En primer lugar insiste la Asamblea en el tema de la colegiación obligatoria para los Practicantes, para quienes también solicita reformar su carrera, con la ampliación a tres cursos. También estiman necesaria la acreditación de haber llevado a cabo las prácticas establecidas, antes de la obtención del título.

Un grupo de propuestas hacen referencia a diferentes ámbitos profesionales. En tal sentido se solicita la organización del Cuerpo de Practicantes Militares. También se sugiere la creación de los “Practicantes de Ferrocarriles” por parte de las compañías ferroviarias, para atender los botiquines de los trenes y de las estaciones, así como de los “Practicantes de Penales”. Para los “Practicantes de la Marina mercante” se pide una mejora de sueldo y “consideraciones”, además de que *“en todas las embarcaciones vaya enrolado un Practicante y que se dicte una Real orden por la cual las Capitanías de puerto no den salida a ningún buque sin cumplir este requisito”*. Igualmente solicita la asamblea que se cumpla la legislación sanitaria en materia de botiquines en fábricas, talleres, explotaciones industriales y empresas de espectáculos, así como que se reconozca al Practicante como único personal autorizado para auxiliar al médico.

Otra de las peticiones del colectivo en la reunión de 1926 nos sugiere el grado de intrusismo que se siente. Esta conclusión insta a solicitar a los Colegios de Practicantes una declaración a los Colegios Médicos, *“acerca de las facultades que deben atribuirse a la función del Practicante, y que en la misma declaración se haga constar si el arte del callista, el masaje y la colocación de aparatos protésicos y ortopédicos pueden ser ejercidos por personas que no posean el título de médico o practicante”*.

Los aspectos salariales son abordados en varias consideraciones. Aparte de solicitar la mediación del Ministerio de la Gobernación para que a través de los Gobernadores Civiles y Delegados de Hacienda, se inste a los Ayuntamientos a presupuestar la partida correspondiente para los Practicantes Titulares, se ve conveniente que el sueldo de estos últimos sea del 40 por 100 del señalado a los Médicos. Además se pide una rebaja del tipo de contribución vigente en aquella época.

³³ Boletín Oficial de los Practicantes en Medicina y Cirugía. Órgano del Colegio de Madrid. Noviembre, 1926. Año XXII, nº 218, pp. 3-34.

En esta trascendente Asamblea³⁴ se aprobó igualmente el Reglamento de la Federación Nacional de Practicantes, en cuyo capítulo primero se vislumbra el grado de desunión que existía entre los colegios provinciales. Se señala como objetivo de la Federación: *“aunar los esfuerzos colectivos y las energías de la clase, encauzándolas en un mismo sentido para el mejor logro de sus aspiraciones morales y materiales, prestándose mutuo apoyo cuando las circunstancias lo requieran”*³⁵.

3. LA COLEGIACIÓN OBLIGATORIA.

La Real Orden de 28 de diciembre de 1929³⁶, viene a responder a una petición de la Federación Nacional de Colegios de Practicantes. Se justifica tal disposición en base a que satisface las aspiraciones de *“una profesión que cada día presta mayores y más importantes servicios”*, así como por las *“grandes ventajas desde el punto de vista práctico en su triple aspecto profesional, sanitario y social”*. De esta normativa se esperan *“innumerables beneficios”* para los integrantes de la profesión, derivados de *“organizarla con carácter oficial, reglamentando debidamente el ejercicio de sus modalidades y estableciendo las reglas y procedimientos a que deben ajustar su actuación”*. Y ello, conllevará ventajas en las esferas profesional, sanitaria y social.

Tras la introducción, figuran los Estatutos para los Colegios Oficiales de Practicantes en Medicina y Cirugía, estableciéndose que en cada capital de provincia y en las plazas de África que se considere conveniente, se establezca uno de ellos. El número mínimo de colegiados para constituir un Colegio se establece en cincuenta, no estando obligados a la colegiación aquellos que no ejerzan o desempeñen su labor en el Ejército o la Armada.

También se refleja el problema del intrusismo profesional, estableciéndose en el artículo tercero que los Gobernadores Civiles, los Inspectores Provinciales de Sanidad y los Subdelegados de Medicina denuncien tal situación, así como a los profesionales que no se encuentren colegiados. Igualmente se recoge la posibilidad de crear instituciones benéficas, culturales o de otro tipo, en el seno de los Colegios, de carácter voluntario para los colegiados.

La misión de estos Colegios se expresa en los diez apartados que sintetizamos en la Tabla 1.

Tabla 1. Finalidad de los Colegios de Practicantes (1929)

OBJETIVOS DE LOS COLEGIOS OFICIALES DE PRACTICANTES EN MEDICINA Y CIRUGÍA
<ul style="list-style-type: none"> - Recabar que se guarde hacia el Practicante en su actuación profesional el respeto, consideración y preeminencias inherentes a su título académico. - Velar por el decoro y buen nombre de la clase social que representa, así como por la armonía entre los colegiados y los Colegios entre sí. - Establecer relaciones de concordia con los Colegios Médicos provinciales, siempre con la debida subordinación y disciplina. - Auxiliar a las Autoridades gubernativas y sanitarias en materia de salud pública, si son requeridos. - Prestar cooperación a las Autoridades sanitarias y Colegios de Médicos, así como hacer cumplir a los colegiados las disposiciones vigentes en materia sanitaria y los acuerdos que se adopten por su Junta Directiva y Asamblea. - Perseguir ante los Tribunales los casos de intrusismo. - Distribuir equitativamente entre los colegiados las cargas tributarias que les correspondan.

³⁴ En una de las páginas que reseñan lo acontecido en la reunión se inserta un anuncio que informa que los suscriptores morosos de la citada publicación son perdonados, pudiendo darse de alta nuevamente. Esto pudo constituir una medida de gracia y reconciliadora de las que se adoptan en situaciones o momentos trascendentes. Boletín Oficial de los Practicantes en Medicina y Cirugía. Órgano del Colegio de Madrid. Noviembre, 1926. Año XXII, nº 218. p. 26.

³⁵ Boletín Oficial de los Practicantes en Medicina y Cirugía. Órgano del Colegio de Madrid. Noviembre, 1926. Año XXII, nº 218. p. 25.

³⁶ GM de 29 de diciembre de 1929. pp. 2027-2029.

- Dirimir las diferencias entre el Practicante colegiado y su cliente, recurriéndose, si no hay avenencia al Colegio de Médicos, o en su caso a la Autoridad competente.
- Realizar los fines benéficos, culturales y de otro tipo que recoja su reglamento particular.
- Recabar de los poderes, siempre dentro de la legalidad, aquellas reformas legislativas que favorezcan el perfeccionamiento moral, social, cultural y profesional de la clase.

En el artículo quince se refleja el derecho que tiene todo colegiado a acudir a su colegio solicitando ayuda cuando se considere *“perjudicado, moral o materialmente en el ejercicio de la profesión”*, tanto por algún compañero, como por las Autoridades.

Cuatro meses después, el 7 de mayo de 1930³⁷, se regulaba la colegiación de las Matronas. El texto legislativo constituye una auténtica copia literal del aparecido para los Practicantes, por lo que no nos detenemos en su examen. Simplemente señalar el significado de que la Administración reconozca los mismos derechos y obligaciones colegiales a unos y otras. Ello implica un igual nivel profesional entre estos colectivos.

La colegiación obligatoria de las Enfermeras no tendrá lugar hasta un cuarto de siglo más tarde (1954), bajo la Orden del Ministerio de la Gobernación y de la Secretaria General del Movimiento³⁸ que dispone *“la obligatoria colegiación y la sindicación de cuantas personas ejerzan la profesión enfermera y se hallen en posesión del título profesional correspondiente”*.

4. EL LARGO CAMINO HACIA LA UNIFICACIÓN COLEGIAL

La Ley de Bases de Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944³⁹ establece en su apartado trigesimocuarto, la organización de los profesionales sanitarios a través de los Colegios, los cuales *“agruparán oficial y obligatoriamente en su seno a cuantos ejerzan una profesión sanitaria”*⁴⁰. Se considera *“ejercicio profesional”* la prestación de servicios, aunque no tengan lugar en el ámbito privado o se carezca de unas instalaciones. La pertenencia a estas asociaciones será voluntaria⁴¹ y cada rama profesional contará con un Colegio de Huérfanos y un sistema de previsión, *“al que será obligatorio pertenecer”*⁴².

Se especifica que en cada provincia habrá un Colegio Oficial de Médicos, otro de Farmacéuticos y otro de Auxiliares Sanitarios. En este último se incluirán Practicantes, Comadronas y Enfermeras Tituladas. Cada una de estas tres ramas sanitarias englobará estos Colegios provinciales en un Consejo General que tendrá su sede en Madrid y que *“será el supremo Organismo rector profesional”*⁴³.

También se prevé en dicha Ley de Bases, la futura incorporación de los profesionales a la organización sindical, aunque mientras tanto suceda esto, verá la luz un reglamento que fijará la composición y atribuciones de estos Colegios.

Un año después la Orden de 26 de noviembre de 1945⁴⁴ engloba varios aspectos colegiales de los Auxiliares Sanitarios que reflejamos en la Tabla 2.

³⁷ GM de 9 de mayo de 1929, pp. 913-915.

³⁸ BOE de 29 de diciembre de 1954, p.8364.

³⁹ BOE de 26 de noviembre de 1944, pp.8908-8936.

⁴⁰ BOE de 26 de noviembre de 1944, p. 8935.

⁴¹ Textualmente se dice: *“Podrán inscribirse voluntariamente quienes con título suficiente lo soliciten, ejerzan o no la profesión”*. BOE de 26 de noviembre de 1944, p. 8935.

⁴² Este aspecto nos recuerda uno de los campos que cubrían los antiguos gremios medievales. BOE de 26 de noviembre de 1944, p. 8936.

⁴³ BOE de 26 de noviembre de 1944, p. 8935.

⁴⁴ BOE de 5 de diciembre de 1945, pp. 3334-3343.

Tabla 2. Aspectos legislativos de la Orden de 26 de noviembre de 1945.

REGLAMENTO Y DISPOSICIONES CONTENIDOS EN LA ORDEN
1.- Reglamento del Consejo General de Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios de España. 2.- Estatutos de las Profesiones Auxiliares Sanitarias. 3.- Estatutos de los Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios. 4.- Estatutos del Consejo de Previsión y Socorros Mutuos de Auxiliares Sanitarios.

Repasamos a continuación cada una de estas normativas, pues representan aspectos muy diferentes de la reglamentación del ejercicio profesional.

4.1. Reglamento del Consejo General de Colegios de Auxiliares Sanitarios⁴⁵.

En su apartado preliminar se determina que *“es el Organismo superior de las profesiones Auxiliares Sanitarias”*, añadiendo que todos los Colegios Oficiales se deberán integrar en el mismo, obligatoriamente. Es más *“habrán de cumplir todas las disposiciones emanadas de Consejo, con el que mantendrán la oportuna relación de jerarquía y disciplina”*.

Los fines del Consejo se determinan en trece funciones que resumimos en la Tabla 3.

Tabla 3. Objeto y fines del Consejo General de Colegios de Auxiliares Sanitario (1945).

FUNCIONES DEL CONSEJO GENERAL
1.- Representar a los Colegios Oficiales ante los Organismos del Estado y Autoridades, “defendiendo sus intereses y apoyando sus aspiraciones”. 2.- Proponer las Juntas directivas de los Colegios Provinciales a la Dirección General de Sanidad. 3.- Resolver las propuestas de los Colegios Provinciales sobre propuestas de Delegados comarcales. 4.- Resolver las consultas y los recursos de alzada que los Colegios formulen contra las Juntas de los Colegios. 5.- Intervenir en las incidencias que puedan surgir entre Colegios, o entre estos y autoridades, en materia profesional. 6.- Emitir informe o consulta de las Autoridades, sociedades o entidades, relacionadas con la profesión. 7.- Editar un Boletín con contenido científico, profesional y legal. 8.- Aprobar los presupuestos ordinarios y extraordinarios de los Colegios Oficiales. 9.- Aprobar las cuotas ordinarias y de ingreso de los colegiados ⁴⁶ . 10.- Fiscalizar las cuentas generales de cada Colegio. 11.- Inspeccionar el funcionamiento y gestión de los Colegios, cuando lo estime conveniente o por requerimiento de la autoridad. 12.- Fomentar el espíritu de la clase, “despertar el sentido profesional” ⁴⁷ y recabar de las autoridades medidas conducentes a la elevación de la profesión (moral, profesional y económicamente). 13.- Luchar por que el intrusismo no tenga lugar entre las profesiones auxiliares, “reprimiendo con toda energía la intromisión de unas profesiones en otras” ⁴⁸ .

El poder del Consejo sobre los Colegios Provinciales, según esta norma de 1945, es absoluto, pudiéndoles imponer sanciones y multas, destituir a sus miembros o ejercer la tutela sobre ellos, cuando estos incumplan sus funciones.

4.2. Estatutos de las Profesiones Auxiliares Sanitarias⁴⁹.

Se divide en tres apartados que incluyen a cada una de las tres ramas enfermeras. Con respecto al Practicante se define a este como el *“auxiliar inmediato del Médico en todas sus actividades profesiones”*. Su título le habilita para realizar *“con la indicación o vigilancia”* estas tareas: operaciones comprendidas en la Cirugía Menor; ayudante en las grandes operaciones que ejecuten los Médicos; curas de los operados; aplicación de medicinas y tratamientos prescritos por el Médico; aplicación de inyecciones; asistencia a partos normales en

⁴⁵ BOE de 5 de diciembre de 1945. pp. 3334-3336.

⁴⁶ Se establece en cinco pesetas la cuota mínima mensual del colegiado.

⁴⁷ Observamos en este objetivo la posible confusión en cuanto al rol profesional. BOE de 5 de diciembre de 1945. p. 3334.

⁴⁸ Se pone de manifiesto la necesidad de una reorganización de las profesiones antecesoras de la Enfermería y el clima de hostilidad entre ellas. BOE de 5 de diciembre de 1945. p. 3334.

⁴⁹ BOE de 5 de diciembre de 1945. pp. 3336-3337.

poblaciones de menos de diez mil habitantes; vacunación preventiva; y el ejercicio de la profesión de pedicuro o cirujano callista y masajista terapéutico.

También se dispone que la carrera de Practicante se ha de cursar en las Facultades de Medicina, así como que estos no podrán ejercitar funciones propias de los Médicos.

Por lo que respecta a las matronas, se les autoriza para la asistencia a partos y sobrepartos normales, pero no a los distócicos. Además, como auxiliar del Médico puede asistir a las embarazadas y parturientas, bajo las indicaciones de éste. Para poder ejercer la profesión, aparte de estar en posesión del título, las solteras tendrán que haber cumplido los veintiún años, y veinte, las casadas o viudas. Igualmente es condición indispensable *“ser de buena vida y costumbres, según se acreditará por certificación”*⁵⁰.

Aunque el título de la Matrona también lo expedirá una Facultad de Medicina, su enseñanza se llevará a cabo, bien en las maternidades, o en los hospitales y establecimientos oficiales que tengan sala de partos.

El capítulo referido a las Enfermeras, precisa que esta figura es *“la auxiliar subalterna del Médico”*⁵¹. Se establece una distinción entre esta y el Practicante, *“auxiliar inmediato”*, que puede interpretarse como un nivel superior de este último. Se fija en veintiún años la edad para poder ejercer la profesión, si bien, con dieciocho años y una autorización de sus padres o representante legal, también podrán hacerlo. También se pone de manifiesto las diversas formas de cursar los estudios que estaban vigentes, como la Universidad, Jefatura de Sanidad de Falange, la Jefatura de Sanidad Militar y otras entidades particulares. Estas últimas se verán obligadas a revalidar su título ante un Tribunal nombrado por la Facultad de Medicina.

El título de Enfermera faculta *“para la asistencia de carácter familiar, aseo, alimentación, recogida de datos clínicos y administración de medicamentos a los enfermos”*⁵². Estos cometidos podrán tener lugar, tanto en instituciones asistenciales, como en el domicilio del enfermo. Asimismo se contempla que pueden ayudar al Médico, asistiéndole en las operaciones quirúrgicas, intervenciones y curas.

4.3. Estatutos de los Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios⁵³.

La misión o finalidad de estos Colegios coincide con los ya reseñados en los Estatutos de Colegios de Practicantes de 1929 (Tabla 1) y Matronas, sólo que en esta ocasión están aplicadas a las tres profesiones. El segundo de estos fines es el de velar por el decoro y buen nombre de la clase, manteniendo la armonía entre los colegiados, así como entre estos, y el Colegio.

4.4. Estatutos del Consejo de Previsión y Socorros Mutuos de Auxiliares Sanitarios⁵⁴.

Como ya anunciaba la Ley de Sanidad de 1944 se crea un órgano social cuyo nombre es Consejo de Previsión y Socorros Mutuos de Auxiliares Sanitarios, el cual es independiente del Consejo General. Su misión es facilitar los medios de prevenirse de *“los riesgos que puedan*

⁵⁰ Tal requisito no aparece para los Practicantes y Enfermeras. BOE de 5 de diciembre de 1945. p. 3337.

⁵¹ BOE de 5 de diciembre de 1945. p. 3337.

⁵² De estas expresiones se deduce un bajo reconocimiento de la labor de las Enfermeras en esta norma. BOE de 5 de diciembre de 1945. p. 3337.

⁵³ BOE de 5 de diciembre de 1945. pp. 3337-3339.

⁵⁴ BOE de 5 de diciembre de 1945. pp. 3339-3343.

ocasionarse como consecuencia del fallecimiento o incapacidad para el trabajo profesional y asegurar la asistencia a los huérfanos⁵⁵. Se trata de ofrecer una ayuda en caso de fallecimiento, incapacidad por vejez o invalidez⁵⁶. De esta forma, estas situaciones no supondrán un sacrificio para las modestas capacidades económicas de la mayoría de los profesionales.

Todos los colegiados están obligados a pertenecer a este Consejo, además de poder pertenecer, de forma voluntaria, a otras entidades o asociaciones.

En el capítulo cuarto de estos estatutos se especifican la cuantía de las ayudas a percibir en las diferentes situaciones (defunción, invalidez, vejez y orfandad).

4.5. La exclusividad en administrar inyectables.

Los enfrentamientos entre Practicantes y Enfermeras son continuos a mediados del siglo XX, como se pone de manifiesto en las actas de las reuniones de los Colegios profesionales. Un ejemplo de estas diferencias aparece en el acta de la reunión entre miembros del Consejo General y Consejo Provincial de Practicantes de Madrid que tuvo lugar en la noche del 28 de junio de 1950, a las 23 horas⁵⁷. La urgencia de tan extraordinaria convocatoria, se debe según el máximo representante de los Practicantes, a nivel nacional, Sr. Córdoba, a que se trata de *“un hecho que adquiere importancia nacional”*. El problema estaba motivado por el consejo dado por el Colegio provincial al arquitecto Díaz Plaja para que no abonase la cantidad de cinco mil pesetas por los *“tratamientos penicilínicos”* que había administrado una enfermera a un hijo suyo. Ante la promesa de que el propio Colegio le auxiliaría en caso de ser llevado a los tribunales por negarse a pagar, Díaz Plaja, tras perder el juicio en el Juzgado Municipal, el Colegio le prestó su abogado asesor para llevar el litigio a Primera Instancia, donde de nuevo se dio la razón a la Enfermera. Detrás de estas sentencias estaba el informe de la dirección General de Sanidad, apoyando los derechos de la Enfermera. Tales pleitos ocasionaron al Sr. Díaz Plaja una deuda de nueve mil pesetas, lo que hizo que fuera de nuevo al Colegio en busca de la ayuda prometida.

El engorroso asunto provocó que la reunión se prolongase hasta las 0,40 horas del día siguiente, sin que se llegase a determinar la forma de abordar el problema suscitado.

4.6. El Auxiliar Técnico Sanitario Único.

En la sesión del Consejo General de Colegios Oficiales de Practicantes de España que tuvo lugar el 7 de noviembre de 1950, varios de sus Vocales presentaron un informe que nos da conocer Álvarez Nebreda⁵⁸. El texto, considerado como de uso interno en el Consejo, analiza la posible creación de esta nueva categoría sanitaria y está suscrito por los Sres. Santamaría, Sánchez Naverac, Espinosa y Santos Morales. En el mismo se viene a reconocer el *“fracaso”* en su lucha con las enfermeras y su *“intrusión”* en lo que ellos consideraban su *“exclusiva esfera profesional”*. Su propuesta, lejos de entenderse como una *“claudicación”* de los Practicantes, considera que la nueva denominación puede ser una solución a un viejo problema en el que las diversas sentencias judiciales no les vienen dando la razón.

⁵⁵ BOE de 5 de diciembre de 1945. p. 3339.

⁵⁶ De esta forma, se mantiene una de las finalidades de los antiguos gremios medievales de barberos.

⁵⁷ Archivo del Colegio de Enfermería de Madrid. Libro de Actas del Consejo Provincial de Practicantes de Madrid. 1941. ff. 97 vto.-98 vto.

⁵⁸ Álvarez Nebreda CC. Semblanzas de la profesión enfermera. Madrid: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid; 2011. pp. 843-849.

Otro de los temas que nos da a conocer este informe interno, es la fallida Comisión de ampliación de estudios, integrada por Médicos y Practicantes. El motivo de su fracaso fue debido a la opinión de los primeros, contraría a los intereses de los Practicantes, según los testimonios que nos dan a conocer. Los cuatro Médicos consultados son contrarios a ampliar los estudios de los Practicantes, bajo diferentes puntos de vista: considerar adecuadas las enseñanzas vigentes (Dr. Toledo); estimar que la carrera de Practicantes “como refugio y ayuda para estudiantes de Medicina fracasados” (Dr. Salamanca); advertirse en algunos sectores médicos la duda sobre la necesidad de los Practicantes (Dr. Lafuente); o verlo bajo un punto de vista muy personal (Dr. Botella).

- Ampliación de estudios de las Enfermeras.

Igualmente la exposición que elevan al Consejo estos Vocales, da a conocer la pretensión de ampliar sus conocimientos por parte de las Enfermeras, habiendo propuesto un nuevo plan de estudios “amplio, completo y moderno, similar o superior en extensión” al de los Practicantes. Dicho proyecto, que ya había recibido el beneplácito en “varias altas esferas”, de llevarse a cabo, supondría el triunfo de las Enfermeras sobre los Practicantes.

- Las vías de actuación

Ante la situación planteada, los informantes plantean y razonan tres posibles vías de actuación. Una primera forma de abordar el problema suscitado, sería la de continuar en la pretensión de reformar la carrera, aumentando los estudios, es decir “continuar la lucha con las directrices actuales”. Pero ello, dado el proyecto de ampliación de conocimientos que también han planteado las Enfermeras, “que por su volumen iguala o supera” al de los Practicantes, carece de sentido. Además considera este grupo de Vocales del Consejo que no hay que considerar tal opción, pues si ya con estudios inferiores, no se ha podido frenar el auge de las Enfermeras, menos aún se podrá si estas consiguen una preparación igual o superior a ellos.

La segunda postura planteada propone tratar de conseguir la ampliación de estudios primero los Practicantes y dejar que las Enfermeras lo alcancen después. Tampoco ven viable tal camino los autores del informe, porque tal incremento formativo de los Practicantes supondría aproximarse al nivel de conocimientos de los Médicos “y ellos no lo consentirían”. Por otro lado, la posible modificación en la formación de las Enfermeras, conllevaría un mayor grado de intrusismo de estas, así como “una dualidad de títulos para una misma profesión”.

La tercera de las propuestas apunta la creación del Auxiliar Técnico Sanitario Único. Para los Vocales que presentan el estudio tal es la solución más viable, pues la misma puede responder, tanto a las pretensiones de la Enfermeras de elevar sus estudios “sobre bases modernas”, como de los Practicantes, que también persiguen “ampliar y modernizar los suyos”. Además se ven como ventajas al adoptarse esta solución: la desaparición del intrusismo, al tener una “igualdad de derechos”; una mayor fuerza material y moral para lograr mejoras profesionales, consecuencia de aumentar el número de integrantes; “un frente común contra toda clase de intrusismo”; y el evitar los aspectos negativos que conlleva que una “clase organizada” estuviera colegiada en su propio colegio “y sindicándose”.

- Derechos de Practicantes y Enfermeras.

Como inconvenientes que se podrían advertir al crearse “unos estudios y una profesión única”, consideran como “escollo principal” la forma de adquirir las Enfermeras actuales los

mismos derechos que los Practicantes, al tener estas unos estudios inferiores e inclusive, “un simple cursillo de divulgaciones profesionales”. Otro aspecto que se percibe como negativo “*es la posible supresión del personal intermedio entre el Practicante y el enfermo*”, encargado de los cuidados personales. Tales prestaciones son llevadas a cabo en los hospitales de la época por las monjas, enfermeros, mozos de sala, camareras, etc.

Un tercer problema a tener en cuenta es el planteado por las enfermeras que no quisieran acceder a la nueva titulación, o que no consiguieran superar las pruebas a las que “forzosamente” se les tiene que someter. Se considera que estas no podrían quejarse al haber tenido la oportunidad de promocionarse. Por último, también podría percibirse como un elemento perjudicial el elevado número de Practicantes que se crearían, aunque tampoco tal argumento se considera sólido, al estimar que están apareciendo “verdaderos ejércitos de Enfermeras”. Es más, la elevación de los estudios vendría a frenar su proliferación.

- Consideraciones sobre la unión de Practicantes y Enfermeras.

La parte final del informe presentado al Consejo General de Colegios Practicantes recoge algunas ideas sobre cómo llevar a cabo la apuntada fusión de Practicantes y Enfermeras. Para empezar, detalla el plan de estudios común, el cual partirá de una Reválida de Bachiller Elemental. Se cursarán unas “asignaturas profesionales puestas al día” y se consideran las prácticas como algo indispensable que se llevarán a cabo en “centros solventes oficiales”. Aquellos que lo deseen, podrán realizar cursillos de especialización.

Para la convalidación de los Títulos o Diplomas de Enfermera rechazan dar un plazo de 4-6 años para que las Enfermeras puedan cursar estos estudios. Proponen que habrán de superarse dos exámenes: uno de cultura general, similar al exigido a los Practicantes en la Facultad, y otro de tipo teórico-práctico de conocimientos profesionales. Se considera que esta oferta es ventajosa para aquellas que decidieran acceder al nuevo título, “*llevado todo con un criterio benévolo*”.

- En busca de un nombre para la profesión.

Consideran inadecuada la denominación de “practicante”, proponiendo la de “auxiliar médico” o “auxiliar técnico sanitario”. Aunque estiman que a la de “auxiliar médico”, pondrán reparos los Médicos.

Es resaltada la labor realizada por las Enfermeras en las situaciones de emergencia, como en la pasada “Guerra de Liberación”, proponiendo que se dejen establecidos “*unos estudios, como los actuales*” para las Enfermeras de Guerra, permitiendo prestar sus servicios “*de manera altruista y patriótica*” en circunstancias anormales, pero nunca como medio de vida.

Finalmente creen que este proyecto, una vez más desarrollado, podría satisfacer, tanto a las autoridades, como a los Practicantes y Enfermeras.

- Trascendencia e importancia del informe.

Hay que señalar que este estudio presentado al Consejo en noviembre de 1950, fue enviado posteriormente a los Colegios provinciales. El tema fue visto en el Colegio de Madrid el 30 de noviembre⁵⁹. El Presidente y a la vez coautor del informe, Sr. Santamaría, informó sobre

⁵⁹ Archivo del Colegio de Enfermería de Madrid. Libro de Actas del Consejo Provincial de Practicantes de Madrid. 1941. f. 112.

lo expuesto al Consejo General “*como única solución*” posible y como el proyecto “*fue hecho suyo*” por el citado órgano. También se acordó por el Consejo General que los Consejos (Colegios) Provinciales, “*reuniesen a los compañeros que han desempeñado cargos en los respectivos Colegios para que diesen su opinión sobre este proyecto*”.

En el acta de la reunión del Colegio de Toledo celebrada el día 3 de diciembre de 1950⁶⁰, se refiere de esta forma la citada Asamblea de Presidentes: “*lo que se trato fue que las enfermeras habían presentado un programa de estudios superior al nuestro y que al parecer estaba en vía de aprobación*”.

También nos aporta otro dato importante el acta que estamos repasando, reflejando que el Colegio de Toledo se mostró contrario y que “*en unión de otros 6 Presidentes más votaron en contra de esa propuesta del Consejo*”. Una vez leído por el Secretario el citado informe a la Junta Directiva, se acuerda, por unanimidad, poner oficio al Consejo General, “*manifestándole que el Colegio de Toledo está de acuerdo y conforme con la actitud de nuestro Presidente, en la Asamblea y propone como sugerencia que dichas enfermeras pasen como tales a los Colegios Provinciales para de esta forma tenerlas controladas y ser ellas mismas quienes denuncien a las intrusas*”. Una vez más, observamos la situación de superioridad en que se consideran los Practicantes con respecto a las Enfermeras.

4.7. La difícil convivencia.

De nuevo encontramos en el Libro de Actas del Consejo Provincial de Practicantes de Madrid otros testimonios de las controvertidas relaciones que se daban entre Practicantes, Enfermeras y Matronas. En la sesión del Consejo Provincial de Madrid de 18 de febrero de 1951⁶¹, podemos leer sobre la colegiación de las Enfermeras: “*A continuación se trata de la constitución de la Asociación de Enfermeras manifestando el Sr. Presidente que él y el Sr. Tesorero, forman parte de una comisión para hacer por parte de Consejo General algunas visitas a la Dirección General de Seguridad y al Ministerio de la Gobernación, al objeto de verificar gestiones para la anulación de esta asociación por ilegal según nuestros Estatutos*”.

No podemos afirmar que las relaciones entre Practicantes y Matronas fueran más cordiales. En el acta de la reunión celebrada dos meses después de la reseñada anteriormente, se habla de la visita de una representación de los Practicantes madrileños al Colegio de Matronas⁶², “*con la excusa de una visita de cortesía*”. Los Practicantes trataron con la Presidenta de las Matronas, Sra. Montes, sobre la posible unión de ambas profesiones, siendo el resultado negativo, “*por las pretensiones y el criterio cerrado de esta señora, pero en cambio ésta les había manifestado hallarse confeccionado el Reglamento por el que se había de regir el futuro Consejo General de Matronas*”. Manifestaciones, que a juicio de los Practicantes, por su trascendencia, ya se habían trasladado al Presidente del Consejo General de Practicantes.

En 1953 aparecerá un nuevo plan de estudios para la Enfermeras que de nuevo va a poner en guardia a los Practicantes. En la sesión del Consejo Provincial de mayo⁶³ se “*informa de hallarse inminente la publicación del nuevo Plan de Estudios de las Enfermeras que como ya*

⁶⁰ Archivo del Colegio de Enfermería de Toledo. Libro de Juntas que comienza el 14 de junio de 1930. f. 227.

⁶¹ Archivo del Colegio de Enfermería de Madrid. Libro de Actas del Consejo Provincial de Practicantes de Madrid. 1941. f.115 vto.

⁶² Archivo del Colegio de Enfermería de Madrid. Libro de Actas del Consejo Provincial de Practicantes de Madrid. 1941. f.117 vto.

⁶³ Archivo del Colegio de Enfermería de Madrid. Libro de Actas del Consejo Provincial de Practicantes de Madrid. 1941. f.145.

anteriormente se había informado es el conocido, y casi superior al presentado por los practicantes”. En la reunión de septiembre⁶⁴, una vez aparecido este, se procedió a su lectura, “apreciándose que dicho plan es largo y muy completo, con un periodo de estudios en plan de internado en la Escuela de Enfermeras “. Parece ser que el consejo General no tuvo conocimiento del mismo hasta su publicación.

También en 1953 el Consejo General de Practicantes entablo un recurso contencioso administrativo al Ministerio de la Gobernación⁶⁵, “por la no aplicación de la Ley de Bases de la Sanidad, en el punto a que se refiere de la unificación colegial de las tres ramas auxiliares, ya que al parecer la D^{cion.} G^{ral.} De Sanidad pretende ampliar la representación proporcional de las matronas y Enfermeras dentro de los Consejos Provinciales”.

4.8. El Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (1954).

Por Orden de 29 de marzo es aprobado el Reglamento del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios, así como los Colegios Provinciales⁶⁶, donde existen tres secciones que representan a enfermeras, Practicantes y Matronas. La convivencia entre las tres ramas profesionales no fue fácil.

El primer acta de una reunión celebrada por la Sección de Enfermeras de Madrid lleva fecha de 22 de noviembre de 1954⁶⁷, teniendo lugar en la Jefatura Provincial de Sanidad. Su Presidenta, Encarna Soler Llopis, transmitió las palabras de bienvenida y aliento del Jefe Provincial de Sanidad, “para continuar el esfuerzo por el prestigio de la profesión y ofreciendo su decidido e incondicional apoyo, tanto particularmente como desde su puesto oficial”. Esto demuestra el decidido apoyo de las autoridades sanitarias para poner fin al enfrentamiento entre Practicantes y Enfermeras. En esta misma sesión se aprueba la circular que se mandará “a las afiliadas de la desaparecida ‘Asociación Profesional de Enfermeras’ comunicándoles su automática colegiación y requisitos que han de cumplir para legalizar su situación”, de acuerdo con la orden de 20 de diciembre de 1954, ya señalada. Así mismo se elabora otro comunicado dirigido a las autoridades provinciales y locales, así como a los directores de establecimientos sanitarios, “dándoles cuenta de la creación del Colegio y de la obligatoriedad de colegiación por parte de las Enfermeras a sus órdenes”.

De nuevo surgen las divergencias cuando se reúne la Junta Presidencial Provincial de Madrid del Colegio de Auxiliares Sanitarios⁶⁸, donde se encuentran representadas las tres profesiones. El tema que causa la fricción, no es nuevo, se trata de la competencia para aplicar los inyectables: “Por las Presidencias de Practicantes y Enfermeras se habla del cometido de practicantes y enfermeras, manteniendo la Presidencia de Practicantes que la Enfermera no puede poner inyecciones, haciendo constar la Presidencia de enfermeras que este asunto está ya previsto por la Superioridad y que no hay inconveniente en que la enfermera realice este cometido”. También la Presidencia de Matronas pone de manifiesto de que en los pueblos los

⁶⁴ Archivo del Colegio de Enfermería de Madrid. Libro de Actas del Consejo Provincial de Practicantes de Madrid. 1941. f.148.

⁶⁵ Archivo del Colegio de Enfermería de Madrid. Libro de Actas del Consejo Provincial de Practicantes de Madrid. 1941. f.146.

⁶⁶ BOE de 9 de abril de 1954, pp. 2259-2261.

⁶⁷ Archivo del Colegio de Enfermería de Madrid. Actas del colegio Provincial de Auxiliares Sanitarios de Madrid. Sección Enfermeras. ff. 2 - 2 vto.

⁶⁸ Archivo del Colegio de Enfermería de Madrid. Libro de actas de la Junta Presidencial Provincial del Colegio de Auxiliares Sanitarios (comienza el 10 de diciembre de 1954), f. 3 vto.

partos del Seguro de Enfermedad deben ser atendidos por la matrona titular.

La anterior norma forma parte de la abundante legislación que se genera a mediados de la década de los cincuenta del pasado siglo XX. Su análisis haría demasiado extenso nuestro trabajo, por lo que simplemente la reseñamos en la Tabla 4.

Tabla 4. Normativa sobre Auxiliares Sanitarios en torno a 1955.

PRINCIPALES DISPOSICIONES Y FECHA DE PUBLICACIÓN
- Decreto de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios. BOE núm. 363, de 29/12/1953, páginas 7723 a 7724.
- Orden de 16 de marzo de 1954 por la que se aclara la situación de Previsión y Socorro Mutuos de Auxiliares Sanitarios, en relación con la Orden ministerial de 25 de enero de 1954 por la que se disolvían los Consejos y Colegios de dichos Auxiliares. BOE núm. 95, de 05/04/1954, página 2153.
- Orden de 5 de abril de 1954 por la que se nombran las Directivas del Consejo General de Auxiliares Sanitarios. BOE núm. 99, de 09/04/1954, página 2261.
- Orden de 29 de marzo de 1954 por la que se aprueban los Estatutos o Reglamento del Consejo General de Auxiliares Sanitarios y de los Colegios provinciales. BOE núm. 99, de 09/04/1954, páginas 2259 a 2261.
- Orden de 30 de julio de 1954 por la que se aprueban los Estatutos de los Colegios Provinciales de Auxiliares Sanitarios. BOE núm. 219, de 07/08/1954, páginas 5455 a 5458.
- Orden de 30 de julio de 1954 por la que se modifica el artículo octavo de los Estatutos del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios. BOE núm. 223, de 11/08/1954, página 5540.
- Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios.- Orden por la que se modifica el artículo 10 y la disposición transitoria de su Reglamento. BOE núm. 145, de 03/06/1957, página 332.

En la anterior relación hemos omitido las disposiciones que se refieren a oposiciones para acceder a puestos de trabajo.

5. LAS ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE ENFERMERÍA Y LA NUEVA NORMATIVA COLEGIAL.

Un Real Decreto aparecido en 1977 determina la integración de las Escuelas de ATS como Escuelas Universitarias de Enfermería⁶⁹. La norma también deja la puerta abierta para que algunos de estos centros puedan transformarse en Centros de Formación Profesional. El texto legislativo da amplios poderes a las Universidades, las cuales tienen como atribuciones: proponer al Ministerio de Educación y Ciencia, la creación de nuevas Escuelas; el aplazamiento de su integración; la clausura de Escuelas; la conjunción de dos o más Escuelas en un solo Centro; o la adscripción de instituciones hospitalarias como centros de prácticas.

La puesta en marcha de la nueva formación enfermera comienza en el curso 1977-1978, pudiendo acceder a la misma quienes hayan superado el Curso de Orientación Universitario, como sucedía para el resto de carreras. Señalar que la disposición transitoria primera, autoriza excepcionalmente a una escuela, y bajo “petición razonada”, a aplazar su integración hasta el curso siguiente.

5.1. Regulaciones de la Organización Colegial.

Señala Carmen Sellán que “cambiar la tradición cultural de los colegios profesionales fue toda una experiencia”⁷⁰. Sin duda las costumbres y culturas necesitan un tiempo para transformarse. Parece cierto que a partir de unos estudios similares, las ramas enfermeras iniciaron un nuevo rumbo hacia una profesión común, comenzando a disiparse sus diferencias y luchas.

⁶⁹ BOE de 22 de agosto de 1977, pp. 18716-18717.

⁷⁰ Sellán Soto MC. La profesión va por dentro. 2ª ed. Madrid: Fuden; 2010. p. 230.

- Estatutos de la Organización Colegial de ATS (1978)⁷¹.

Se fijan como fines esenciales de estos Colegios la ordenación del ejercicio profesional, junto a la representación colectiva y la defensa de los intereses profesionales de los colegiados.

El Consejo General de Colegios de ATS *“es el Órgano superior de representación y coordinación superior de aquellos”*, cuya sede estará en la capital del Estado. En la disposición transitoria tercera sobre este organismo, puede leerse algo que resulta un poco anacrónico: *“los diplomados en Enfermería, cuando obtengan este título, deberán incorporarse a los Colegios de Ayudantes Técnicos Sanitarios”*. Ello nos indica las dudas para denominar a una profesión que empieza a cambiar.

- Los Estatutos Colegiales y la ordenación profesional de 2001⁷².

Mantienen los mismos objetivos de la regulación anterior. Destacamos su artículo tercero, donde se especifica que regularan la actividad profesional de los colegiados, *“velando por la ética y dignidad profesional”*. Se trata de toda una declaración de intenciones.

El nuevo reglamento se adapta a las normas fundamentales que rigen la convivencia ciudadana, así como al ordenamiento legislativo vigente en materia sanitaria. Los derechos de los colegiados se recogen en los doce apartados de su artículo nueve (Tabla 5).

Tabla 5. Estatutos de la Organización Colegial de Enfermería (2001).

DERECHOS DE LOS COLEGIADOS
1.- Participar en la gestión corporativa (derechos de petición, voto y acceso a puestos y cargos) 2.- Ser defendidos cuando sean vejados o perseguidos en el ejercicio profesional. 3.- Ser representados y asesorados cuando necesiten presentar reclamaciones fundadas a las Autoridades, tribunales y entidades. 4.- Pertenecer a las entidades de previsión profesionales que estén establecidas. 5.- Formular ante las juntas de gobierno las quejas, peticiones e iniciativas que consideren. 6.- Examinar los libros de contabilidad y actas, previa solicitud, así como recabar expedición de certificación de acuerdos, cuando exista un interés legítimo. 7.- Uso de insignia y uniforme, si esta creado y aprobado. 8.- Uso de las dependencias del Colegio al que pertenezcan. 9.- Exención de cuotas durante el servicio militar, prestación social sustitutoria, o la participación en proyectos organizados por entidades no gubernamentales. 10.- Uso de documento acreditativo de su identidad profesional. 11.- A tramitar a través de su Colegio toda petición o reclamación dirigida a los Consejos General o Autonómico. 12.- A la objeción de conciencia y al secreto profesional, cuyos límites vendrán determinados por el ordenamiento constitucional y las normas éticas de la profesión.

Los deberes de los colegiados (artículo diez) son resumidos en la Tabla 6.

Tabla 6. Estatutos de la Organización Colegial de Enfermería (2001).

DEBERES DE LOS COLEGIADOS
1.- Ejercer la profesión conforme a las normas de ejercicio profesional, de acuerdo a sus reglas y <i>“ateniéndose a las normas deontológicas establecidas”</i> . 2.- Cumplir lo dispuesto en los Estatutos de su Colegio, Consejo Autonómico y Consejo General. 3.- Estar al corriente de pago en las cuotas colegiales. 4.- Denunciar todo acto de intrusismo y de ejercicio ilegal (no colegiación o inhabilitación). 5.- Comunicar al Colegio los cambios de domicilio o las ausencias superiores a cuatro meses. 6.- Emitir su informe o parecer cuando sea requerido para ello por el Colegio. 7.- Cumplir las prescripciones del Código Deontológico de la Enfermería española. 8.- Aceptar, salvo justa causa, y desempeñar los cargos colegiales para los que fuere elegido. 9.- Exhibir el documento de identidad profesional cuando legalmente sea requerido para ello.

⁷¹ BOE de 8 de agosto de 1978, pp. 18578-18587.

⁷² BOE de 9 de noviembre de 2001, pp.40986-40999.

Entre las funciones que se recogen para el Consejo General se encuentra la de *“tratar de conseguir el mayor nivel de empleo de los colegiados”* (capítulo veinticuatro).

Ya en el Título III de estos Estatutos se desarrollan los principios básicos del ejercicio de la profesión, cuya misión es la de *“prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo”*. La profesión enfermera es la responsable de proporcionar los cuidados propios de su competencia, bien de forma individualizada, o dentro de un equipo de salud, al individuo, la familia y a la comunidad. Y estos cuidados que prestará *“de modo directo, continuo, integral e individualizado”*, estarán basados en una formación y una práctica guiada por *“los principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención”*.

Obviamente el campo de actuación enfermero es amplio, incluyendo las personas sanas o enfermas, así como a comunidades. Lo integran las actividades que contribuyen *“al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes”*, materializadas, no sólo en la asistencia, rehabilitación y reinserción social, sino que engloban además, *“la ayuda a una muerte digna”*.

Todas estas regulaciones profesionales, trazan, precisan y delimitan la especificidad de un campo profesional, dentro de las Ciencias de la Salud. Destacamos su concordancia con otras leyes básicas sanitarias, como la Ley General de Sanidad de 1982⁷³, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (2003)⁷⁴, o el Real Decreto por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (2010)⁷⁵.

5.2. Un futuro profesional sin fronteras.

Vistos algunos de los antecedentes de nuestra profesión a lo largo de la historia y la problemática que ha existido para la unidad entre quienes realizaban las tareas más prácticas de la misma y las asistenciales, hay que resaltar la labor consolidadora llevada a cabo por la Organización Colegial en estas últimas décadas. Sin duda, que ha tenido en cuenta el difícil camino andado a lo largo del siglo XX.

El facilitar el acceso de los antiguos ATS a la obtención del título de Diplomado Universitario en Enfermería, aún dentro de las injusticias que pueda suponer, no fue otra cosa que evitar situaciones pasadas, como las vividas por Practicantes y Enfermeras. Al igual que luchar por la convalidación del título de Diplomado por el de Grado, ya más recientemente.

Pero aún quedan algunos aspectos a mejorar por la propia Organización Colegial. Viendo la actuación de sus máximos representantes, nos surgen dudas sobre si estos han asimilado que la Enfermería tiene un nivel universitario de igual nivel que otras Ciencias de la Salud, y por lo tanto, si han llegado a entender que los y las Enfermeras son tan facultativas y cualificados como cualquier otra rama sanitaria.

La falta de desarrollo y aplicación de normativas como la Ley General de Sanidad (1986), la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (2003), o los Reales Decretos sobre Especialidades de Enfermería (2005) y sobre el conjunto mínimo de datos de los informes

⁷³ BOE de 29 de abril de 1986, pp.15207-15224.

⁷⁴ BOE de 22 de noviembre de 2003, pp. 41442-41458.

⁷⁵ BOE de 16 de septiembre de 2010, pp. 78742-78767.

clínicos del SNS (2010)⁷⁶, por solo poner unos ejemplos, no hace sino mostrar la debilidad y acomplejamiento de nuestros representantes colegiales y sindicales.

Por otro lado, también consideramos necesaria una democratización “real” de las estructuras y organizaciones colegiales, con una sensata limitación de los tiempos que se ostentan los cargos representativos en las mismas. Mantener la situación actual no es bueno para la profesión.

La proyección de la Enfermería y su rol de cuidados prestados profesionalmente, hacen de esta profesión, dadas las circunstancias que se dan en nuestra sociedad (envejecimiento y enfermedades crónicas), la más idónea para liderar la sanidad del siglo XXI. Puede que el papel de “Profesiones Auxiliares de la Enfermería”, llamado a desempeñar por otras Ciencias de la Salud, nos sirvan para recordar los caminos que han recorrido quienes nos han precedido.

6. CONCLUSIONES.

La unificación de las tres ramas sanitarias que dieron lugar a la Enfermería en España no resultó fácil. Mientras los Practicantes y Matronas contaron desde antiguo con regulaciones de sus estudios, lo que favoreció su agrupación gremial, las Enfermeras no verán oficializado su título hasta 1915.

Los celos y desconfianza de los Practicantes hacia las Enfermeras estuvieron motivados por el sentimiento de los primeros de tener una formación superior y entender que estas invadían su campo profesional.

La creación de la figura del ATS y la colegiación en un único colegio profesional, aunque con tres secciones distintas, no sirvió para que se apaciguara este enfrentamiento. Por el contrario los colegios y asociaciones, favorecieron la disgregación de los tres colectivos. Podemos hablar de casi cien años (entre finales del siglo XIX y finales del XX) de pugnas que dieron lugar a una involución y atraso de la práctica enfermera, con respecto a otros países de nuestro entorno.

Con la Diplomatura Universitaria en Enfermería se conseguía una formación académica común y más amplia, a la vez que terminaban las divisiones internas en los colegios. Si a ello unimos que la democratización de la sociedad española va a tener su reflejo en las políticas sanitarias, dotando a la Enfermería de un campo de actuación plenamente definido y una organización colegial acorde con nuestro tiempo, la unión de las antiguas profesiones enfermeras resulta un hecho incuestionable.



Figura 1. Informe sobre el Auxiliar Sanitario Único (1950) **Figura 2.** Revista Medicina y Cirugía Auxiliar, editada por la sección Practicantes (enero, 1956) **Figura 3.** Editorial de “Medicina y Cirugía Auxiliar”, septiembre de 1957. **Figura 4.** Unidad frente a las Enfermeras. Revista del Practicante, marzo 1954. **Figura 5.** Revista del Practicante (julio, 1947). Entrevista a la Practicante D^{ña}. Leonor Sáenz. **Figura 6.** Portada del diario ABC, 4 de junio de 1974

⁷⁶ Ver la comunicación que sobre este tema presentamos en este mismo Congreso.

**EL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE SALAMANCA: UN SIGLO TRABAJANDO
POR LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS ENFERMERAS Y
ENFERMOS/USUARIOS**

**THE PROFESSIONAL COLLEGE OF NURSING IN SALAMANCA: A CENTURY
WORKING FOR THE PROTECTION AND DEFENCE OF NURSES AND
PATIENTS**

Carmen Sánchez Macarro

Presidenta del Colegio Profesional de Enfermería de Salamanca

INTRODUCCIÓN

En primer lugar, como presidenta del Colegio Profesional de Enfermeras y Enfermeros de Salamanca quiero agradecer de forma muy sentida la sensibilidad que la Asociación Nacional de Investigadores de Historia de la Enfermería y el Seminario Permanente para la Investigación de la Enfermería tuvieron con este Colegio al aceptar su ofrecimiento para celebrar en Salamanca este importante evento haciéndolo coincidir con el Centenario del Colegio.

Quiero asimismo agradecer de forma muy especial a Sor Francisca Hernández su liderazgo en esta materia y su buen hacer al frente de la Asociación y del Seminario anteriormente citado, pues todos coincidimos que sin su saber estar y hacer, muchos de los avances habidos en la organización y estudios sobre la historia de la enfermería, no hubieran visto la luz, y quiero reconocérselo aquí en su tierra, dado que ella es salmantina.

Hecha esta breve introducción que no por protocolaria deja de ser sentida, intentaré ajustarme a lo que me pide la organización, la realización de una ponencia titulada “El Colegio de Enfermería de Salamanca: un siglo trabajando por la protección y defensa de los enfermeros y enfermeras y usuarios”.

La organización de mi ponencia se estructura en tres partes claramente diferenciadas, la primera, que versará sobre la participación de Salamanca en la legalización de una organización colegial a imagen y semejanza de cómo las tenían las profesiones homólogas a la nuestra: Médicos, farmacéuticos y veterinarios, y con las que compartíamos federaciones en defensa de los intereses comunes. Esta parte concluye en el año 1929 con la institucionalización de la colegiación obligatoria para los practicantes y en 1930 para las matronas.

La segunda parte tratará sobre la consolidación de la organización colegial entre los años 1929 y 1977, periodo en el que se incorpora la enfermera a la organización colegial y

los colegios entran en un proceso de adecuación y actualización de sus estructuras al modelo democrático establecido en el país.

Y la tercera sobre la organización colegial de enfermeras y enfermeros en la etapa democrática.

1.- La organización colegial hasta su legalización en 1929

El Colegio Profesional de Enfermeras y Enfermeros de Salamanca cumple cien años, hecho que, como ya he comentado anteriormente, está al alcance de muy pocas instituciones.

1.1.- Antecedentes remotos: Salamanca

Hay tres hechos relevantes que sin duda hacen que Salamanca, ocupe un papel especial en el desarrollo de las ciencias de la salud en general y de la enfermería en particular.

El primero no es otro que la construcción de una Universidad, considerada junto con la de Palencia como la más antigua de España en el año 1218, universidad fundada por el Rey Alfonso IX. Poco después, en el año 1254 fue reconocida por el Papa Alejandro IV como una de las cuatro mayores universidades del mundo, junto con las de Oxford, París y Bolonia.

Durante el periodo medieval y moderno, en esta universidad se impartían enseñanzas en cinco facultades. Las enseñanzas fueron: Medicina, Derecho canónico, Leyes, Teología y Artes-Filosofía, además de enseñanzas complementarias de Humanidades, Idiomas, Matemáticas y Música.

El segundo hecho relevante fue la creación en el año 1413 del Hospital del Estudio, siendo Rey de Castilla Juan II, hecho que se produce a petición del Rector y del Claustro. El Rey dona a la universidad una casa en la calle Rúa, hoy librerías, donde es edificado el citado hospital del estudio, siendo Obispo de Salamanca Lope de Barrientos, quien ejerce el mecenazgo.

Y por último, el tercer hecho relevante fue que en el año 1668, se publica el “Directorio de enfermeros” y artifice de obras de caridad, para curar las enfermedades del cuerpo. Con la práctica de sanar, aplicar las medicinas que ordenan los médicos con el mejor arte y método que aie en ella”

El autor del libro fue Simón López, enfermero y barbero que prestó sus servicios por distintos hospitales de Castilla y que nos dejó esta magnífica obra que nos permite conocer cómo se prestaban los cuidados durante el siglo XVII y que se encuentra en la Universidad de Salamanca.

1.2.- Auxiliares de los médicos

Para ubicarnos, parece oportuno aclarar que, lo que hoy conocemos como profesión enfermera, no es sino la confluencia de tres oficios y cuya confluencia estuvo sujeta a no pocos problemas profesionales y de género que llegaron incluso a acabar en los tribunales de justicia. Estos tres oficios eran los que ejercían los practicantes, las matronas y las enfermeras que, como todos ustedes saben, acabaron confluyendo en el año 1953 en una

nueva y única denominación, la de Ayudante Técnico Sanitario, modificando posteriormente su denominación por la de enfermera en el año 1977, cuando sus enseñanzas se integraron en el ámbito universitario.

Pero cada una de esas familias tenía una historia propia y bien distinta y, su sistema organizativo era también autónomo e independiente entre ellas. Así, en la figura del practicante acabaron confluyendo, en el año 1857, los ministrantes, también conocidos como sangradores y los cirujanos menores. Las comadronas y parteras acabaron confluyendo en la denominación de matrona y, las enfermeras, mantuvieron su denominación, si bien sus planes de estudios eran distintos en función de que adquirieran sus conocimientos en instituciones militares, civiles o religiosas, NO eran una profesión u oficio con un plan de estudios único, a cada una se las formaba a imagen y semejanza de la institución en la que se formaban, de los médicos que en ellas trabajaban.

Las enfermeras no tenían un título que las habilitaba para ejercer la profesión como tal en cualquier punto de la geografía española, se formaban para la institución que las preparaba, que las formaba. Sirva como ejemplo que el 28 de febrero de 1917, el Ministerio de la Guerra aprueba mediante un Real Decreto, el plan de estudios de las Damas Enfermeras de la Asociación de la Cruz Roja Española, estableciendo que “El título de Dama enfermera solo tendrá validez en la institución española de la Cruz Roja Así se recogía en su artículo 5º.

Asimismo, el 21 de junio de 1922 se aprueba mediante una Real Orden, el Reglamento-Programa para las enfermeras de San Vicente de Paúl de los hospitales militares, más conocidas como las Hijas de la Caridad, y se establece que le es de aplicación a “las Hermanas Enfermeras de San Vicente Paul de los hospitales militares”, firmando la Real Orden el Capitán General de la 1ª Región Militar.

Por otro lado, hasta el año 1915, el nivel de exigencia para iniciar los estudios de las enfermeras era inferior al de los practicantes.

En el año 1896, para estudiar en la Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría, había que saber leer, escribir y las cuatro reglas de sumar, restar, multiplicar y partir, que entonces no se utilizaba el término dividir.

Para estudiar en la escuela de la Cruz Roja en el año 1917 se establecían como requisitos, se española, mayor de 16 años y pertenecer a la Asociación como asociada.

Sin embargo, para cursar enseñanzas de practicante o de matrona, deberían hacerse en las universidades de Madrid, Barcelona, Granada, Santiago, Sevilla, Valencia, Valladolid y Salamanca, y los practicantes, tenían que examinarse ante un tribunal compuesto por tres catedráticos y un examen práctico no inferior a 1 hora desde el año 1861.

Parecía como si las enfermeras fueran consideradas “hijas de un Dios menor”.

Cuestión diferente fue a partir de la publicación de la Real Orden de 7 de mayo de 1915, en el que se aprueba, a iniciativa de las Siervas de María, Ministras de los Enfermos, el programa de los conocimientos que son necesarios para habilitar de enfermeras a las que lo soliciten, pertenecientes o no a Comunidades religiosas. Esta iniciativa de las Siervas supuso un importantísimo acontecimiento en la evolución de la profesión enfermera, pues no solamente era el primer plan de estudios de las enfermeras publicado

en la Gaceta Oficial.

1.3.- Mayor desarrollo organizativo de los practicantes y matronas que de las enfermeras

La presencia o aportación de Salamanca a la organización de un Colegio Profesional local (Salamanca) y Nacional (Consejo General) lo tenemos documentado en torno al año 1903, en el que disponemos de documentación acreditativa de la presencia de un practicante salmantino a título particular en la Asamblea General de Colegios de ese año, se trata de D. Ricardo Cortés Valiente, pero institucionalmente, hay que esperar al año 1912, en el que ya se produce una participación oficial del Colegio de Practicantes de Salamanca en el citado evento.

Sin embargo, a nivel nacional, los primeros intentos organizativos de los que tenemos constancia datan de 1850 cuando se crea la Sociedad de Ministrantes aprobando su reglamento en 1852 y un periódico profesional denominado “La Voz de los Ministrantes” que se publicó desde 1864 hasta 1867.

Con respecto a las matronas, editaron en el año 1898 un periódico titulado “EL ECO DE LAS MATRONAS, dentistas, callistas y practicantes en cirugía”. Lo presentan como 2ª época, haciendo referencia en su introducción a su anterior existencia en el año 1893. Ya en aquel momento manifestaban su deseo de constituirse en colegio.

Como ya he comentado, la creación de un modelo organizativo similar al de los médicos y resto de profesiones de las ciencias de la salud, era un objetivo, me atrevería decir que era incluso una obsesión, pues todos los pasos que se daban iban encaminados a ese fin.

Sin embargo, y con respecto a las enfermeras, no se tiene constancia de organización profesional antes de la oficialización de los colegios en 1929. Lo que existe son reglas de organización y funcionamiento de instituciones religiosas tipo los Hermanos de San Juan de Dios, Las Hijas de la Caridad o las Siervas de María, pero en ningún caso organizaciones de tipo profesional abiertas a todo el colectivo que tuviera una titulación habilitante para el ejercicio profesional.

1.4.- El inicio de la Enfermería laica

En 1896 el Dr. Rubio y Gali después de su paso como embajador en Londres y conocer la obra de Florence Nightingale, crea en su Instituto Quirúrgico de Terapéutica Operatoria la Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría , la primera en España con tal denominación enfermera.

Esta Escuela, que perduró en el tiempo hasta 1932 fue referencia para otras como que siguieron sus pasos, como la Escuela de Santa Madrona (Barcelona 1917) que llegó incluso a enviar como emisario al Dr. Baltasar Pijoan para conocer su experiencia, o la de la Cruz Roja de Madrid, que se inauguró ese mismo año, y así sucesivamente.

La organización colegial, nutrida fundamentalmente por practicantes en aquella época, apostó claramente por éstos frente a las enfermeras, a las que consideraba intrusas, llegando incluso a llevar su supuesta intromisión profesional ante los tribunales de justicia.

1.5.- Primeras asambleas y colegios de ámbito municipal

Desde 1850 hasta 1929 fueron muchos los intentos de dar forma a un sistema de organización colegial a “imagen y semejanza de la de los médicos”, sus maestros por los que sentían especial veneración. Así, en 1864 se aprueban los Estatutos del Colegio de Sangradores y Practicantes de Sevilla, en 1866 se aprueban los Estatutos de la Unión de Cirujanos, Ministrantes y Practicantes en la ciudad de Barcelona celebrando incluso en 1885 su I Congreso.

A Nivel nacional en 1885 se crean las juntas de Partido de Practicantes con el objeto de crear una Asociación Nacional de Practicantes, y, hasta 1929, fueron muchos los Colegios que se crearon en España, entre ellos el de Salamanca.

Había incluso colegios en municipios menores cuando no los había en las capitales de su provincia, por ejemplo, los había en Lerma o Salas de los Infantes cuando no lo había en Burgos; en Benavente cuando no lo había en Zamora; en Tortosa cuando no lo había en Tarragona, en Denia cuando no lo había en Alicante, incluso había un provincia, Toledo, que tenía hasta siete colegios municipales.

La constitución de colegios no era un objetivo, era EL OBJETIVO, con mayúsculas.

El Colegio de Practicantes y Matronas de Salamanca tuvo, como el resto de los colegios españoles, su espaldarazo legal mediante la Real Orden de 28 de diciembre de 1929, publicada en la Gaceta Oficial de 29 de ese mismo mes, por la que se establece la colegiación obligatoria a “la clase” de los practicantes y se aprueba para el régimen de los Colegios los Estatutos que quedan insertados en la citada orden. Apenas seis meses después, se aprueba otra Real Orden, en este caso de 7 de mayo de 1930, por la que se establece la colegiación obligatoria y los Estatutos de los Colegios de Practicantes y de las Matronas.

Pero la colegiación no fue un hecho graciable por parte de las autoridades políticas y/o administrativas, muy al contrario, como ya se ha comentado anteriormente, fue una vieja reivindicación de “la clase” de los practicantes y de las matronas, puesta de manifiesto en las distintas publicaciones de mediados y finales del siglo XIX, y que tras no pocos esfuerzos, encontró en el General Martínez Anido, Ministro de Gobernación, una sensibilidad especial propiciando su aprobación.

Sirva como ejemplo del buen hacer diplomático de los directivos de la Federación Nacional de Practicantes que, en la Asamblea Nacional de Practicantes de Medicina y Cirugía celebrada en Madrid entre los días 22 a 25 de octubre de 1928, invitaron a dar la conferencia de inauguración, nada más y nada menos que al Ministro de Gobernación el General Martínez Anido, sin duda una manera de estrechar lazos que un año después tuvo sus frutos, la colegiación obligatoria.

La primera referencia que encontramos sobre lo que podría ser el primer vestigio organizativo de un colegio de practicantes de Salamanca data de 1912.

Así, el Boletín de Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía, en su nº 47, de junio de 1912 recoge los asistentes y las conclusiones de la Asamblea General de Practicantes de Medicina y Cirugía, celebrada entre los días 14 y 18 de mayo del año 1912 en el Colegio

de Médicos de Madrid bajo la presidencia del doctor Calatraveño, presidente honorario del Colegio de Practicantes de Madrid.

En nombre del colegio de Salamanca asistió D. Isaac A. Vara, que también representó al Colegio de Valladolid.

Si hubiera que hacer una síntesis de la aportación del colegio de practicantes y matronas de Salamanca a la organización nacional de “la clase” probablemente resaltaríamos dos hechos relevantes, en primer lugar, que en el año 1919 su presidente, don Francisco Colorado formaliza una propuesta de “Reglamento para regir el socorro en caso de defunción o inutilidad”, y hecho que elevó a la Asamblea de los Colegios de España para su aprobación, y la publicación, en el año 1926 del periódico titulado “El Practicante Salmantino”, subtítulo como “Órgano Oficial del Colegio de Practicantes y Matronas”, edición mensual de la que disponemos de 16 números que tenemos a disposición de los colegiados de España en nuestra página web.

2ª PARTE (1930 a 1977)

2.- Consolidación de la organización colegial

Como ya he comentado, el 28 de diciembre de 1929 el General Martínez Anido firma la Real Orden en la que se recogía íntegra la petición elevada por el Presidente y Secretario de la Federación Nacional de Colegios de Practicantes, interpretando el deseo unánime de la V Asamblea Nacional de Colegios celebrada en la capital de la Corte de constituir la obligatoriedad de la colegiación para poder ejercer la profesión. Un año después, en 1930 se aprobaba otra Real Orden con el mismo tenor, pero referida a las matronas, pero no hicieron lo mismo con respecto a las enfermeras, que nunca tuvieron colegio propio tampoco en Salamanca, hubo que esperar al año 1945 en el que se aprueba la Ley de Bases de la Sanidad Nacional en la que se establece, en su base trigésima cuarta que: “Habrá un Colegio Oficial de Auxiliares Sanitarios que acoja en su seno a Practicantes, Comadronas y Enfermeras”, y así se hizo, las enfermeras tuvieron una sección dentro del denominado Consejo General de Auxiliares Sanitarios.

Un hecho relevante y que considero debe ser conocido por los profesionales enfermeros, es que en el Comité Ejecutivo del Consejo General de Auxiliares Sanitarios, no había ninguna matrona ni enfermera, eran todos practicantes.

2.1.- La colegiación obligatoria en Salamanca

El primer registro documental que se conserva del Colegio Oficial de Practicantes de Salamanca en esta nueva etapa data del 24 de abril de 1931 siendo presidente de la Junta Directiva don Ángel Serrano Villafañe.

Sin embargo, se conservan expedientes completos de profesionales cuya colegiación data incluso de 1922, como es el caso del practicante Ramiro Nieto Hernández, vecino de Bodón, comarca de Ciudad Rodrigo, una muestra más del sistema organizado de los colegios en fechas anteriores a su legalización.

En algunas de las fichas que se conservan en éste colegio profesional, se registra que la actividad principal que mantenían algunos practicantes era la de mantener “peluquería”, hecho éste que venía siendo habitual en los practicantes desde su reconocimiento en el año 1857.

Asimismo se estableció un carnet de colegiado como distintivo ante los pacientes y las autoridades.

El alzamiento militar contra el orden legalmente establecido y la posterior guerra marcó un antes y un después en el desarrollo del país y de la profesión. El Colegio Profesional de Enfermeras y Enfermeros de Salamanca dispone de una copia de un ejemplar único que muestra, de alguna manera, lo inesperado de la citada guerra.

Muchos practicantes huyen de sus pueblos natales, de sus lugares de nacimiento y las institución colegial se ve obligada a establecer logotipos y sistemas de control político que no tenían nada que ver con el desarrollo profesional de la enfermería, con su objetivos de velar por el buen hacer de los profesionales, su registro oficial para poder ejercer, su formación, y la lucha y control para evitar el intrusismo.

2.2.- 1950 propuesta colegial de unificación de practicantes, matronas y enfermeras

En el año 1950 se produce un hecho importante en lo referente a la unificación de la enfermería. El Consejo General de Colegios Oficiales de Practicantes de España, encarga un informe a un comité de expertos compuesto por cuatro practicantes, copia del cual se encuentra en nuestra biblioteca colegial, en el que los practicantes reconocen sentirse superados por las enfermeras en cuanto a conocimiento y reconocimiento por parte de algunas distinguidas voces de sus profesores, los médicos que, entre otras lindezas, comentaban que la carrera de practicante era el refugio y ayuda para los estudiantes de medicina fracasados.

A continuación les expongo algunas de las opiniones de médicos relevantes en la época recogidos en el informe:

- Doctor Toledo: Opina que ya sabemos bastante, con lo que actualmente se enseña.
- Doctor Salamanca: Admite nuestra Carrera como refugio y ayuda para estudiantes de Medicina fracasados.
- Doctor Lafuente: Advierte que, en algunas esferas médicas, “se duda de la necesidad de los Practicantes”
- Doctor Botella: lo ve bajo un punto de vista muy personal (Escuela de Practicantes, Obstetricia).

En el citado informe se usa el término de “confesión de fracaso” en la lucha contra las enfermeras, a las que tachan como intrusas, con frases como:

“Lo cierto es que la intromisión en nuestra exclusiva esfera profesional de estos Auxiliares, va ganando puntos según pasan los años....”

“Las Enfermeras, por otra parte, se han anticipado o simultaneando al menos, a nuestro propósito, y han elevado al Organismo correspondiente, un plan de estudios, amplio, completo y moderno, similar o superior en extensión al nuestro.

Nos consta, según voces autorizadas, que cuentan con la protección de varias altas esferas. Si esto se lleva a cabo a nadie se le oculta que supondría un gravísimo golpe para nuestra Clase, prestigio, economía, etc. Casi podría decirse que esta lucha teníamos que abandonarla por haber perdido la partida”.

Al final se aprueba proponer el título de Auxiliar Técnico Sanitario Único y, tres años después, aparece la figura del Ayudante Técnico Sanitario en el año 1953.

2.3.- Entrada en la universidad

Se cumple precisamente este año el 40 aniversario de nuestra entrada en la universidad. 1977 marca un antes y un después en el devenir de la profesión enfermera. En la reforma educativa iniciada al final de la década de los 70, algunas enseñanzas técnicas acabaron en la universidad y, otras, se quedarían en el ámbito de la formación profesional.

Este fue el caso de las enseñanzas de los ATS, lo que provocó un número importante de manifestaciones, y encierros en las sedes de los Colegios y en las instituciones sanitarias y administrativas lo que forzó a la administración a ceder ante la presión e incluir a los ATS dentro de las enseñanzas universitarias, aprovechando para cambiar su denominación por la de “Enfermeras”, única titulación de reconocimiento internacional en el ámbito sanitario.

Pero no fue este tránsito una tarea fácil, quiero poner aquí de manifiesto la tremenda injusticia que se quiso cometer con las enfermeras intentando dejarlas fuera de la universidad, estableciendo sistemas de convalidación que no fueron exigidas a otras disciplinas. Así, se produjeron distintos sistemas de convalidación de enseñanzas y conocimientos en las universidades españolas que no fueron tan traumáticas como lo fue en el caso de la enfermería.

Así, los estudios de derecho, pasaron de cuatro a cinco años y no fue necesario establecer disposición legal alguna para que los que obtuvieron su titulación con los planes antiguos de cuatro años, tuvieran que hacer ningún curso o complemento académico para continuar ejerciendo su profesión. Esto mismo pasó con muchas disciplinas que vieron incrementado su plan de estudios, como fue el caso de peritos, aparejadores, ingenieros técnicos y periodistas.

Ninguna otra profesión tuvo que pasar por el curso de convalidación de conocimientos que tuvimos que pasar las enfermeras, y el Colegio Profesional de Salamanca lideró en su provincia y participó de forma muy activa en la estrategia nacional estando parte de su Junta Directiva inmersa en la comisión e estrategia establecida en el Consejo General, lo que nos llevó incluso a ocupar la presidencia del citado Consejo a finales de la década de los 70.

3ª PARTE (1978 hasta la actualidad)

3.1.- La consolidación del Colegio de Salamanca

Entre la muerte del dictador y la aprobación de la Constitución pasaron tres años muy intensos en nuestro país en todos los sentidos y, la organización colegial, no fue ajena a

todos estos cambios. Los presidentes de las secciones de practicantes, matronas y enfermeras no entendieron la situación de unificación de las tres secciones y dimitieron en una convulsa asamblea general. Esto provocó que desde la delegación de sanidad se nombrara una Junta Directiva provisional exigiendo una serie de condiciones, la primera, que debería atenerse al criterio de colegiación única y sin secciones, y la segunda, que se celebrarían elecciones en la de la Jefatura Provincial de Sanidad el 24 de junio de 1977 de la que sale elegido presidente don Enrique Rodríguez Gómez, Vicepresidente Primero: Carmen Sánchez Macarro, Matilde Pellicer Valverde y Secretario: Luis Fraile Calle. Esta Junta Provisional fue muy prolija, en un año y tres meses levantaron 29 actas, el Presidente fue nombrado Presidente del Consejo General de Enfermería y se convocaron nuevamente elecciones en octubre de 1978 en las que salió elegido como Presidente Luis Fraile Calle.

Estas nuevas elecciones dieron estabilidad al colegio y, en el periodo comprendido entre 1977 y 2016, han sido un total de seis los presidentes elegidos y que considero de justicia nombrarles aquí como reconocimiento a su labor realizada: Enrique Rodríguez, Luis Calle, María Salud Verdejo Alonso, Carlos Martiño González, Carmen Sánchez Blázquez, María Antonia Blanco Andrés.

3.2.- Etapa de gran desarrollo de la profesión

Podemos decir, sin miedo a equivocarnos, que la profesión enfermera ha tenido en este siglo y medio, un crecimiento exponencial, pasando, como ya hemos comentado anteriormente, de oficio a profesión.

No ha habido una sola circunstancia que afectara a la enfermería en la que la organización colegial no haya estado presente, con sus aciertos y errores, pero presente, y por tanto jugando un importantísimo papel en su desarrollo académico.

3.2.1.- Máximo desarrollo académico

La organización colegial apostó claramente por una licenciatura de cuatro años para toda la profesión enfermera. En enero de 1995 en la ciudad de Sevilla, se celebró una Asamblea de Presidentes en la que participaron, además de los presidentes de toda la organización provincial, también la coordinadora de estudiantes y distintas sociedades científicas.

El acuerdo no dejó lugar a dudas, se quería una profesión enfermera sin títulos intermedios, como el resto de las profesiones universitarias, se luchó por buscar el mismo consenso a nivel europeo y diez años después, el objetivo estaba cumplido. La enfermería española debería estar en la universidad con los mismos derechos y deberes que el resto de las profesiones, abriéndose un nuevo horizonte.

3.2.2.- Mayor prestigio social

La buena formación académica de las enfermeras, junto a su buen hacer en la práctica asistencial, nos llevó no solo a disponer de un elevado y creciente prestigio social reconocido en todas las encuestas realizadas por el Centro de Investigaciones Sociológicas sino que además, nuestros servicios profesionales, desde hace más de una década, son solicitados por un numeroso grupo de países con mayor renta y riqueza que la nuestra.

Nos toman como referente.

3.2.3.- Inicios del asociacionismo sindical y científico

De todos estos logros conseguidos en estos 150 años de vida colegial debemos sentirnos orgullosos, si bien es cierto, y creo que debemos ponerlo en valor, que en la última etapa democrática, nos hemos sentidos acompañados por organizaciones científicas y sindicales con las que hemos compartido en muchos casos estrategias comunes.

3.3.- Modernización de la organización colegial (colegio de servicios)

Por último, debemos poner también en valor que en el Colegio Profesional de Enfermeras y Enfermeros de Salamanca, hemos sabido, como la gran mayoría de la organización colegial de España, convertirnos en instituciones de servicios a los colegiados.

Desde el punto de vista institucional, la propia Directora General del Consejo Internacional de Enfermería, Judith Oulton, en visita realizada a nuestro país en el año 2001 realizó la siguiente declaración en relación a nuestro desarrollo legislativo: ***“En estos momentos, los Estatutos aprobados en España, constituyen la legislación más avanzada y completa de enfermería a nivel mundial. Servirán de referencia al Consejo Internacional de Enfermeras y la enfermería de numerosos países en sus procesos de desarrollo legislativo y reglamentario”***

Hemos modernizado nuestras sedes, nuestros servicios, ofrecemos asesoría y defensa jurídica de los profesionales, publicaciones, becas y ayuda para la asistencia a congresos y jornadas, firmamos convenios de colaboración con instituciones de reconocido prestigio como universidades y alcaldías para formar a los profesionales y a la población en materia de prevención de enfermedades y cultura sanitaria general.

El crecimiento de los colegiados en Salamanca fue notable entre los años 70 y 90. Así, en el año 1978 estaban registrados 1012 ATS, en el año 1982 los profesionales registrados eran 1385 y en el año 1996, año en el que se compró una nueva sede, la que actualmente está en funcionamiento, el número de colegiados era de 1875. Esto supone que el incremento de enfermeras en el año 1996 con respecto a 1982 de más del 35% y con respecto al año 1978 de más del 85%.

Nuestra sede está preparada para recibir congresos, jornadas, certámenes. En la actualidad el aula cuenta con doce ordenadores, proyector, impresora y conexión wifi, y, dada la creciente demanda de este tipo de servicios por parte de los colegiados, la Junta Directiva consideró oportuno crear en el año 2014 un nuevo servicio de “asesoramiento informático”, como herramienta de ayuda a los colegiados en temas profesionales.

La evolución de todo este proceso, es que en el año 1998, se aprueba un proyecto autonómico “la primera Web colegial”, de fácil manejo, aunque a decir de los técnicos en la materia, bastante estática.

Esto obligó a iniciar un ambicioso proyecto a nivel autonómico. Así en enero de 2003 se instala una nueva web (<http://www.enfermeriasalamanca.com>), esta vez construida en PHP-NUKE, a decir de los técnicos, versión mucho más dinámica con actualizaciones

diarias y que incorpora todo lo referente a nivel institucional (estatutos, junta de gobierno), ofertas de empleo, oposiciones, bolsas de contratación, exámenes de oposiciones, congresos.

En diciembre de 2009 con la publicación de la Ley Ómnibus se crea una nueva sección, la ventanilla única, para realizar acciones telemáticas (darse de alta, solicitar un traslado o baja colegial, o cambiar datos del colegiado, etc).

Por último, en el mes de mayo de 2012 se abre la secretaria virtual, un servicio que permitirá al colegiado matricularse a los cursos de formación continuada en su doble versión de on-line o presencial.

A día de hoy, “enfermeriasalamanca” es una referencia para las profesionales de enfermería con casi 4.500 noticias publicadas y 17.000 impresiones/diarias de media en el año 2016, lo que supone un total de cuatro millones quinientas mil impresiones este año, siendo visitada desde mas de cincuenta países diferentes”.

Este último dato, por sí solo, es muestra más que suficiente del importante esfuerzo realizado por el Colegio Profesional para adaptarse a las nuevas circunstancias a los nuevos tiempos.

Quiero concluir de la misma manera que la empecé, agradeciendo a los organizadores y profesionales asistentes, el esfuerzo realizado para que estas jornadas sean un éxito. Agradecerles que hayan considerado Salamanca y su centenario como el motivo de su celebración y con ello, el reconocimiento a todos los salmantinos que centraron gran parte de sus esfuerzos en defender y dignificar la profesión enfermera.

Cien años de historia no es cualquier cosa y sin duda, la organización colegial de Salamanca ha sabido estar a la altura de las circunstancias durante esta centuria. Aciertos y errores nos acompañaran toda la vida, pero lo cierto es que la enfermería en este periodo ha transitado de oficio a profesión y creo que la organización colegial debe sentirse orgullosa de su aportación a este importantísimo proyecto convertido hoy en realidad.

BIBLIOGRAFÍA

Albarracín Teulón, Agustín: Historia del Colegio de Médicos de Madrid. Ed. Ilustre Salamanca. 2016.

Álvarez Nebreda, Carlos C.: Código enfermero español siglo XX: Compendio legislativo. Ed. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2002.

Álvarez Nebreda, Carlos C. y Álvarez Moya, José Miguel: Más de cien años de historia. Ed. Colegio Oficial de Enfermería de Toledo. 2016.

Álvarez Nebreda, Carlos C.: 100 años de historia. Ed. Colegio Profesional de Enfermeras y Enfermeros de Salamanca. 2016.

Amecua Martínez, M.: "Barberos y sangradores flebotomianos en Granada: normas y sociedad en los siglos XVII y XVIII". Granada. 2004. Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/3> Consultado el 31 de diciembre de 2015

Barreiro Pereira, Paloma y Bermejo, José María.: Colegio de Enfermería de Madrid. Cien años de historia. Ed. Colegio Oficial de Enfermeras de Madrid. 2009.

Colegio Oficial de Enfermería de Guipúzcoa: Practicantes, Matronas y Enfermeras: 1904: 2004. Ed. Colegio Oficial de Enfermería de Guipúzcoa. 2006.

Delgado Merchante, A., et. al.: Orígenes modernos de la enfermería española: ¿practicantes y enfermeras fueron históricamente una misma profesión?. I Jornada Nacional de Investigación en Historia de la Enfermería Española. Ed. Escuela Universitaria de Enfermería, Podología y Fisioterapia de la Universidad Complutense de Madrid. Madrid. 1995. Pág.19-24.

Dorado Bernardo: Compendio histórico de la ciudad de Salamanca. Reedición: Valladolid, 2007. pág. 186 (Manuscrito adquirido por la Universidad, la Diputación y el Ayuntamiento de Salamanca de 1770).

Expósito González, Raúl: De Ministrantes y Practicantes: evolución histórica de sus atribuciones asistenciales. Rev. Enfermería de Ciudad Real. Nº 42. oct. 2006. pág.14-17.

Expósito González, Raúl. (2009b): Las primeras asociaciones nacionales de practicantes en la España del siglo XIX. En Enfermería de Ciudad Real. Revista del Ilustre Colegio de Enfermería de Ciudad Real, nº 56. Diciembre. 2009. p. 30-34.

Ferreiro Ardións, Manuel y Lezaun Valdubieco, Juan: Historia de la Enfermería en Álava. Ed. Colegio de Enfermería de Álava. 2008.

Gallardo Moraleda, C, Jaldón García, E, y Villa García-Noblejas, V.: "La Enfermería Sevillana: El Colegio y su historia (1900-1930). Ed. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla. 1993.

García Martínez, Antonio, García Martínez, Manuel Jesús. Andrés Fernández, un enfermero onubense: su papel en la reforma de la enfermería hospitalaria española del siglo XVII. Huelva en su Historia, [S.l.], v. 6, mar. 2011. ISSN 1136-6877. Disponible en: <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/huelvahistoria/article/view/861>. Fecha de acceso: 18 feb. 2016.

Hernández Martín, Francisca: Orígenes “modernos” de la enfermería española: primera Escuela de Enfermería en España, 1896. Rev. Jano 21-27. Octubre 1994. Vol. XLVII nº 1.098.

Instituto Nacional de la Salud. Escuela de Enfermería de Guadalajara: 30 años de Escuela de Enfermería de Guadalajara. Ed. Escuela de Enfermería de Guadalajara. Guadalajara. 1999.

Jiménez Rodríguez, Isidoro: Los ministrantes y las titulaciones quirúrgicas médicas a mediados del siglo XIX. Actas del II Congreso Internacional de Historia de la Enfermería. Granada. 2004.

Martín Santos, Luis: Barberos y cirujanos de los siglos XVI y XVII. Ed. Consejería de Castilla y León de la Junta de Castilla y León. Junta. Salamanca. 2000.

Martínez Martín, María Luisa, Chamorro Rebollo, Elena: Historia de la Enfermería: Evolución de la historia del cuidado enfermero. Ed. Elsevier. Barcelona. 2011.

Martínez Molina, Ana: Desarrollo profesional de la Matrona a través de la historia. XIII Congreso Nacional y VIII Internacional de Historia de la Enfermería. El Asociacionismo de la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión: 150 años de historia del Colegio de Enfermeras de Madrid. Ed. Colegio Oficial de Enfermeras de Madrid. 2013. pp:197-215.

Ávila Olivares, José Antonio: Los precursores oficiales de los Practicantes de mitad del Siglo XIX: Los Sangradores. HÍADES. Revista de Historia de la Enfermería. nº 11. 2015. pp. 633-644.

Sánchez González, Natividad., Ortega Martínez, Carmen y Elbal Moreno, Luisa: Historia de la Enfermería a través de las Instituciones de Castilla-La Mancha. Ed. Colegio de Enfermería. Albacete. 1996.

Siles González, José: Pasado, presente y futuro de la enfermería en España: perspectiva histórica y epistemológica Ed. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA). Alicante. 1996.

Solórzano Sánchez, Manuel, Rubio Pilarte, Jesús, Expósito González, Raúl: 100 años de la enfermería en México. Disponible en: <http://enfeps.blogspot.com/2009/04/100-anos-de-la-enfermeria-en-mexico.html> Consultada el 31 de diciembre de 2015

Ventosa Esquinaldo, Francisco: Historia de la Enfermería Española. Ed. Ciencia 3. Madrid. 1984.

TOWARDS PROFESSIONALISM: EARLY TRAINING INSTITUTIONS FOR NURSES IN IRELAND

HACIA EL PROFESIONALISMO: INSTITUCIONES DE FORMACIÓN INICIAL PARA ENFERMERAS EN IRLANDA

Gerard Fealy

Professor of Nursing and Dean of Nursing
University College Dublin, Ireland

PALABRAS CLAVE: Enfermería, Formación, Historia, Irlanda.

KEY WORDS: Nurses, Training, History, Ireland.

RESUMEN: Este artículo examina los contextos sociales y científicos para el desarrollo de las primeras instituciones de formación de enfermeras en Irlanda. El documento identifica las principales instituciones que se fundaron en Dublín y en las otras grandes ciudades. Se analiza el papel de estas instituciones en el apoyo al movimiento de la medicina científica, la reforma sanitaria y la reforma de las instituciones públicas. El artículo discute aspectos de la experiencia de capacitación de los aprendices de enfermería en estas instituciones y argumenta que esta experiencia refleja ideas contemporáneas sobre la educación de las niñas y la necesidad de capacitar a un auxiliar médico con las habilidades técnicas para apoyar la práctica de la medicina científica.

ABSTRACT: This paper examines the social and scientific contexts for the development of early nurse training institutions in Ireland. The paper identifies the principal institutions that were founded in Dublin and the other major cities. It discusses the role of these institutions in supporting the movement of scientific medicine, sanitary reform and the reform of public institutions. The paper discusses aspects of the training experience of apprentice nurses in these institutions and argues that this experience reflected contemporary ideas about girls' education and the need to train a medical auxiliary with the technical skills to support the practice of scientific medicine.

Background

Since the mid-seventeenth century, Ireland was a country under English rule and this rule was strengthened by the Act of Union, which the Westminster Parliament enacted in 1801, when Ireland became a part of the United Kingdom of Great Britain and Ireland. The Union lasted until 1921, when Ireland gained independence following a rebellion and a War of Independence.

Since Ireland was a colonised country and part of the Union, its laws and welfare practices reflected those of the wider Kingdom. This was especially evident in the systems of medical relief and the relief of poverty that emerged in the eighteenth and nineteenth centuries. Like England and other parts of the Kingdom, the structures for treating the sick developed in two distinct welfare systems, one based on Christian charity and the other based on state intervention. Both systems arose from the same general impetus: to relieve the very poor social circumstances and dreadful health conditions of the poor, including the regular occurrence of fever outbreaks. Both systems provided institutions and other welfare services for the poor, especially the urban poor, and by the middle-to-late nineteenth century, an extensive institutional infrastructure was developed for medical relief and the relief of poverty.

The principal expression of state intervention was a system of workhouses and special hospitals, like fever hospitals and asylums, and public dispensaries, and these institutions were managed by administrative boards established by parliament. While the workhouse system was ostensibly established for the relief of poverty, the workhouses and their associated infirmaries, became places of medical relief, since poverty and destitution was generally accompanied by malnutrition and disease. The workhouse infirmary became a major provider of medical relief from the mid-nineteenth to the early twentieth century.

The system based on Christian charity was mainly an Anglican system, although from the early part of the nineteenth century, Catholic charities, notably Catholic sisterhoods, became important providers of medical relief and welfare. The principal expression of Protestant charity in Ireland was the many charity hospitals that were developed. Founded in the eighteenth and nineteenth centuries on the basis of philanthropy, the charity hospitals were located in the main urban centres, notably Dublin and Cork. They were managed by Anglo-Irish Protestant middle-class professionals, including clergymen and medical men, and were patronised by the Anglo-Irish aristocracy. Their main source of revenue was charitable fundraising and a parliamentary grant. These hospitals provided medical relief for the poorer classes, who experienced acute and chronic diseases, infectious diseases or industrial accidents. The charity hospitals became centres where medical science developed its methods of diagnosis and treatment based on the principles of scientific observation and experimentation, and in these institutions the early institutions for the training of nurses were founded.

Charity hospitals and medical science

The confluence of extreme poverty and the need for medical relief, the liberal ideals of the late nineteenth century and the strong Christian tradition of philanthropy resulted in a city like Dublin having a large number of charity hospitals. Most were founded close to the

city centre and became places where the urban poor and rural migrants sought and were given medical relief.¹ In the hospital ward, the sick poor experienced a regime of discipline and close surveillance, and in return for their contribution to the development of medical science, were granted food, shelter and treatment of disease.²

The charity hospitals became closely associated with institutions for medical education. At the start of the nineteenth century, Dublin had a number of medical schools, including the School of Physic at Trinity College Dublin, the Royal College of Physicians of Ireland, the Royal College of Surgeons in Ireland, and the Apothecaries Hall, and also a number of private medical schools.³ Also in this period many of Dublin's principal charity hospitals were also founded. In a fifty-year period between c.1820 to 1870, Dublin was an important centre for the growth of scientific medicine, along with other cities like Paris and Vienna. In this period physicians and surgeons were applying the principles of scientific observation of clinical cases and experimentation to develop a better understanding of human anatomy and physiology and the nature of disease and the period saw the discovery of pathological bacteria and their role in infectious diseases.⁴ These discoveries, in turn, led to new methods for diagnosing and treating disease. Also in this period, ether was introduced as an anaesthetic agent and the discovery of the antiseptic properties of carbolic acid as an antiseptic resulted in the development of more complex operative surgery.

In Dublin a cadre of 'medical men' were at the forefront of new scientific discoveries and their reputation was such that the medical scientific movement in Dublin came to be known as the 'Dublin Medical School' or the 'Dublin School'. Several medical men in Dublin gave their names to the lexicon of scientific medicine.⁵ Among them were the physicians Robert Graves, William Stokes and Dominic Corrigan, the surgeons James Cusack and Abraham Colles and John MacDonnell, the anatomist James McCartney, and the eye and ear surgeon William Wilde. Robert Graves, one of the leading international physicians of the early nineteenth century, decried the method of starving, purging and bleeding in fevers, instead employing the method of care based on nourishment in febrile cases. Robert Graves also introduced the stethoscope to Dublin and the system of clinical instruction of medical pupils as major expressions of scientific medicine. Later in 1847, John MacDonnell was the first surgeon in Ireland to use ether as a general anaesthetic to perform the first surgical operation at Dublin's Richmond Surgical Hospital. Writing in the *Dublin Medical Press*, MacDonnell described the importance of ether: 'I regard this

¹ A. Wickham, 'A better scheme for nursing: the influence of the Dublin Hospital Sunday Fund on nursing and nurse training in Ireland in the nineteenth century', *International History of Nursing Journal*, 2001, vol. 6 (2), pp. 26–34.

² M. Dean and G. Bolton, 'The administration of poverty and the development of nursing practice in nineteenth century England', in C. Davies (ed.), *Rewriting Nursing History* (London: Croom Helm, 1980), p. 86.

³ Fealy *A History of Apprenticeship Nurse Training in Ireland* London: Routledge, 2006, Chapter 1.

⁴ J. McGeachie, "'Normal" development in an "Abnormal" place', Sir William Wilde and the Irish School of Medicine', in Malcolm and Jones, *Medicine Disease and the State*, pp. 85–101.

⁵ *Ibid.*, p. 86.

discovery as one of the most important of the century. It will rank with vaccination and other of the greatest benefits that medical science has bestowed upon mankind.⁶ At Dublin's Adelaide Hospital, the surgeon Kendal Franks was among the first medical men to accept Pasteur's new Germ Theory and Lister's antiseptic method of surgery.⁷ The Medical Act of 1858 established the General Medical Council, and with it, the registration of medical training and regulation of the medical profession in Ireland. The development of hospital scientific medicine provided the context and the necessary conditions for the development of an educated and skilled nursing workforce.⁸

Social reform movements

Along with the growth of scientific medicine, wider social changes were taking place in Ireland in this period; these included reforms in the education of young girls and women, efforts to improve the welfare of children, reforms of public institutions like prisons, workhouses and orphanages, and reforms in public health, including domestic sanitation. A social reform movement to promote good public sanitation was also taking place due to the prevalence of disease and high mortality, including infant mortality, in the poorer districts of Ireland's cities. The movement for public sanitation was driven by the extremes of disease and mortality in most cities' poorer districts and by Edwin Chadwick's idea that 'the promotion of civic, household, and personal cleanliness ... [is] necessary to the improvement of the moral condition of the population.'⁹ The sanitary reform movement was also extended to public and charity institutions like hospitals, with resulting improvements in the water and sewage infrastructure.¹⁰

Middle-class women, mainly Anglican or Quaker, were at the forefront of this movement for sanitary reform, which also involved health education campaigns and the reform of public institutions, like hospitals, workhouses, schools and prisons. By the mid to late nineteenth century and the growing influence of more liberal ideas, these institutions were seen to be in much need of reform.¹¹ The reforms were concerned with improving the moral wellbeing of the poorer classes, whose 'filthy habits', intemperance, unrefined manners and very poor living conditions were attributed to moral weakness. Hospital employees of the servant class, including nurses, were of this same poorer class, and like their class were seen as in need of reform in manners and moral character and thus they

⁶ Farmar A. (2004) *Patients, Potions and Physicians: a Social History of Medicine in Ireland*, Dublin: A&A Farmar, pp. 77.

⁷ J. Robins, *The Miasma: Epidemic and Panic in Nineteenth-century Ireland*. Dublin: Institute of Public Administration, 1995. Gerard M Fealy *The Adelaide Hospital School, 1859 –a 2009: A Commemorative History* Dublin: Columba Press, 2006.

⁸ Fealy, *Apprenticeship Training*, Chapter 1.

⁹ Edwin Chadwick Report from the Poor Law Commissioners on an Inquiry into the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain HMSO London, 1842, pp. 369–372.

¹⁰ Fealy GM, McNamara M, Geraghty R (2010) 'The health of hospitals and lessons from history: Public health and sanitary reform in the Dublin hospitals, 1858–1898' *Journal of Clinical Nursing* 19 (23-24), 3468-3476.

¹¹ Anne Summers **Female lives, moral states: Women, religion and public life** in Britain 1800–1930 Threshold Press Ltd. Newbury, 2000.

too became the target of social reformers.¹²

Due to their generally poor financial state and the fact that their day-to-day management was in the hands of uneducated matrons and poorly trained nurses, the charity hospitals became the focus of institutional reform in the period c.1870 to 1890. An expression of public philanthropy, the reform of charity hospitals was characterised by improvements in sanitary infrastructure, the reorganisation of hospitals into distinct clinical departments, improvements in the physical environment for the patients and staff, improved diet and improved working conditions, such as longer rest periods for nurses. A key part of the reform of hospitals was the reform of nursing, which included the introduction of training schemes and training institutions affiliated with the hospitals and the recruitment of a 'better class of nurse'.¹³

Reforming nursing arrangements, c. 1879–1899

While modern medicine had made great advances in its methods of treatment, nursing remained as a form of domestic service. Up to the 1870s the nursing arrangements of the Irish charity hospitals were managed by untrained hospital matrons and the care of the sick poor was mainly in the hands of untrained nurses of the lower classes. As late as 1880, most clinical departments were staffed by nurses who had received little formal training in the theory and practice of sick nursing.¹⁴ Referred to as 'nurses of poor station', since they were drawn from the ranks of the urban poor, including the ranks of convalescent hospitalised patients or local women, many nurses were older women and many had received little education.¹⁵ With little formal instruction in sick nursing, their skills were learnt in the clinical departments where they worked and the distinction between a nurse's duties and those of a ward maid was often unclear, and in many hospitals, the roles were interchangeable.¹⁶

Hospital records from the period point to evidence of poor and incompetent nursing. Lacking education and with limited formal instruction in sick nursing, untrained hospital nurses' ability to meet the needs of patients who, by the late 1870s, were undergoing ever more complex treatments, including major operative surgery, was inevitably restricted.¹⁷ The rapid developments in hospital scientific medicine that had taken place in the previous fifty years had rendered most untrained nurses' range of skills and abilities as limited and ineffective. Moreover, the wider social changes were taking place in the period, including reforms in education and in public health, meant that the idea of an uneducated and untrained nurse was no longer sustainable.¹⁸ Hence the reform of

¹² Ibid.

¹³ Fealy, *Apprenticeship Training*, Chapters 3 and 4.

¹⁴ Fealy, *Apprenticeship Training*, p. 17; Wickham 'A better scheme for nursing, 2001, pp. 26–35.

¹⁵ Fealy, *Adelaide Hospital School*, Chapter 2.

¹⁶ Fealy, *Apprenticeship Training*, Chapter 1 and 2.

¹⁷ Ibid, pp. 19–20.

¹⁸ Fealy, *Adelaide Hospital School*, Chapter 2.

hospital nursing became the central pillar in the reform of charity hospitals.¹⁹

The main responsibility for reforming hospital nursing fell to middle-class women, whose growing involvement in public philanthropic work brought them into public institutions like charity hospitals, workhouse infirmaries and prisons. Achieving the moral rectitude of the poorer classes who worked in these institutions was thus part of the wider social reform movement and was part of the context for the reform of nursing.²⁰

As a form of work, nursing was held in very low regard and was viewed as work not suitable for educated ladies. The low regard for nursing was due, in part, to the fact that nurses were themselves of 'poorer station' and, in part, as a result of the numerous reports concerning nurses' 'gross impropriety of conduct'. As members of the lower classes, nurses were ascribed with the same poor moral qualities of their class and this was reinforced in reports of nurses' 'sluttish behaviour' and neglect of duty.²¹ Reports on the nursing arrangements included accounts of nurses' 'gross impropriety of conduct' and 'drunkenness and incapacity', and accounts of patients' 'dirty hands and faces' and hospital wards being 'in a shocking state.'²² On a visit to Sir Patrick Dun's Hospital as late as in 1878, one social reformer reported that she found two night nurses to be 'ignorant, inefficient women, who can neither read nor write.'²³ As late as 1888, a Special Committee of Inspection reported on the very poor sanitary conditions in the wards of the Richmond Hospitals Dublin.²⁴ On No. 1 ward 'tables were unclean; broken bread ... medicine bottles, bits of newspapers, &c., lay in confusion upon them' and the ward toilet was reported to be 'in a shocking state':

'Urine lay all over the floor, and the W.C. contained a quantity of filth. A few chamber pots, some with urine, lay on the floor. The stench was very bad.'²⁵

While there were efforts to introduce proper training for nurses as early as 1859 at Dublin's Adelaide Hospital, and while a small number of training schemes were introduced in some hospitals and private training institutions, by the late 1870s the situation for most hospitals remained one in which nursing was conducted by mostly untrained nurses.²⁶ The impetus for the wholesale reform of hospital nursing was the publication of the *Dublin Hospital Sunday Fund's Committee on Nursing Report of 1879*.²⁷ The Report was published

¹⁹ Anne Summers **Female Lives, Moral States**: Women, Religion and Public Life in Britain 1800–1930 Threshold Press Ltd. Newbury, 2000.

²⁰ Summers, *Female lives, moral states*.

²¹ Fealy, *Apprenticeship Training*, Chapter 2.

²² *Ibid.*, Chapter 3. Fealy, McNamara and Geraghty 'The health of hospitals and lessons from history'.

²³ MS Board of Governors Proceedings, Sir Patrick Dun's Hospital, 10 December, 1878, p. 54.

²⁴ Fealy, McNamara and Geraghty 'The health of hospitals and lessons from history'. The Dublin House of Industry Hospitals comprised three hospitals, the Richmond Surgical Hospital, the Whitworth Medical Hospital and the Hardwicke Fever Hospital.

²⁵ MS Minutes of Proceedings of the Board of Governors, Dublin House of Industry Hospitals, 9 March, 1888.

²⁶ Fealy, *Apprenticeship Training*, Chapter 2 and 3.

²⁷ DHSF, *Report of the Council for the Year 1879* (containing Report on the Nursing Arrangements in the

by the Dublin Hospital Sunday Fund, following a detailed examination of the nursing arrangements of the major Dublin hospitals undertaken by the Fund. A fundraising charity founded in 1874, the Dublin Hospital Sunday Fund had quickly established itself as a successful charity movement for generating large sums of money for the Dublin hospitals.

The *Committee on Nursing Report* gave an account of the state of nursing in the Dublin hospitals at the time, detailing a very poor quality of care and the almost total absence of formal training arrangements for nurses in any of the fourteen major Dublin hospitals that were examined. The Report also referred to the 'very serious defect' of combining the duties of nurses and ward maids, which meant that nurses 'must [therefore] be drawn from a lower social class than that from which nurses should be derived.' The Report noted that in many of the hospitals, the nursing arrangements were 'under the control of persons who have never had any special training for their duties.'²⁸ Describing nurses' conditions of employment, which included poor wages, defective cooking, eating and sleeping arrangements and long hours of duty with little rest time, the Report made a clear link between such conditions and the inability to recruit a 'better class' of woman into nursing.²⁹

In linking the defects in the Dublin hospitals' nursing arrangements to the class of women that were recruited into nursing, the Committee on Nursing recommended that each hospital should employ a lady superintendent, 'fully capable of carrying out hospital nursing in all its details, and of giving systematic instruction to those who may be placed under her.'³⁰ The lady superintendent should take charge of the training of nurses and each hospital should 'take their part in training nurses'. In the Committee's view, the duty of hospital authorities also included providing nurses with 'better accommodation, better pay, daily relaxation, and periodic holidays' and it concluded that the system of nursing could not be reformed until 'a better class of nurse' was employed.³¹ The Committee called on all the hospitals concerned to respond to its Report, indicating the measures that they planned to take to remedy the situation.

Presented in such a poor light, the hospitals of Dublin were quick to respond to the recommendations of the Committee on Nursing, particularly as the Committee established an explicit link between the awarding of the Fund's annual grants and the extent of nursing reforms undertaken by each hospital.³² Evidence from the annual reports of the Dublin Hospital Sunday Fund, along with evidence from the archives of individual hospitals indicate that most hospitals responded within one year, employing a lady superintendent, and recruiting young educated 'lady nurses' to undertake

Hospitals receiving Aid from the Dublin Hospitals Sunday Fund), Dublin: Browne and Nolan, 1879.

²⁸ DHSF, Annual Report for the Year 1878, 1879, p. 11.

²⁹ Fealy, Apprenticeship Training, Chapter 3; Wickham, 'A better scheme for nursing'.

³⁰ Ibid., p. 15.

³¹ DHSF, Report of the Council for the Year 1879.

³² Fealy, Apprenticeship Training, p. 28; Wickham, 'A better scheme for nursing'.

probationership training.³³ In this process many untrained nurses, including untrained hospital matrons, were dismissed or reassigned to other duties, including those of ward maid, laundry maid and kitchen maid.³⁴ For example, Mrs Annie Byrne, the untrained Matron of the Richmond, Whitworth and Hardwicke Hospitals, was demoted to take charge of the general kitchen and laundry when a new lady superintendent was appointed to the hospitals.³⁵

Within a few short years, the reforms were extended to most of the major charity hospitals in Ireland, such that by the start of the last decade of the nineteenth century, most hospital clinical departments were staffed by 'properly trained' nurses and by probationers in training. Improvements in the standard of sick nursing and improved hospital sanitation attended the reforms.³⁶ Hospitals created distinct hospital household and nursing departments. The latter was managed by the lady superintendent of nursing, who had overall responsibility for the training of probationers. Nurses' conditions of employment, especially their hours of duty, accommodation and dietary, were also improved in the course of the reforms and, significantly, the social status of nursing was also transformed.³⁷

The reform process was given added impetus by the Dublin Hospitals Commission of 1887, a parliamentary Commission that endorsed the changes introduced after the Sunday Fund's Committee on Nursing Report. Following the Commission's Report, the Catholic hospitals that were in receipt of the Parliamentary grant were obliged to follow the model of reform initiated in the Protestant hospitals.³⁸

Early training institutions³⁹

Some nurse training schemes were in evidence before the major reforms in Dublin in c.1880, including the system at St John's House in London, which began in the 1848 and the Nightingale School at St Thomas's Hospital, which began in 1860 and which drew its inspiration from the St John's House scheme. Other early schemes included King's College Hospital, and the Dublin Nurses Training Institution. These schemes were the precursors of the many new training institutions that were established in Dublin after about 1880 and were based on the Nightingale model of apprenticeship training.

While a training school for nurses was established at the Adelaide Hospital in 1858, at the time that the Nursing Committee of the Dublin Hospital Sunday Fund made its enquiries in 1879, nurse training was not being conducted at that Hospital. It is therefore

³³ *Ibid.*, Chapter 4.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ *Ibid.*

³⁶ Fealy, *Apprenticeship Training*, p. 63.

³⁷ M. Costello, 'A tribute to Dublin nursing', *Lady of the House* (hereafter cited as LOTH), 15 November 1897, p. 7.

³⁸ Fealy, *Apprenticeship Training*, p. 63.

³⁹ These passages are extracted from Fealy, *Apprenticeship Training*.

probable that the first school to offer formal and systematic nurse training in Dublin was the Dublin Nurses' Training Institution, located at No. 4 Holles Street. The Institution was founded in 1866 as an independent institute for the training of Protestant nurses by the Protestant Archbishop of Dublin Richard Chenevix Trench.⁴⁰ For periods between 1867 and 1883, the Dublin Nurses Training Institution entered into arrangements for the training of probationers, initially with Dr Steevens' Hospital and later with Sir Patrick Dun's Hospital.⁴¹ The arrangement between Dr Steevens' Hospital and the Institution meant that the Dr Steevens' Hospital was the first hospital in Dublin to receive nurses for training in its wards.⁴² Both Dr Steevens' and Sir Patrick Dun's hospitals established their own nurse training schools in 1879 and 1883, respectively.

Located at 101 St Stephen's Green, St Patrick's Home was established in 1876 for the purpose of 'supplying trained nurses to the sick poor in their own homes' and was affiliated with the Queen's Institute of District Nursing.⁴³ The City of Dublin Nursing Institution provided probationership training in association with the City of Dublin Hospital between 1883 and 1900, after which time the latter institution operated its own nursing school.⁴⁴ The City of Dublin Nursing Institution also had an arrangement with Mercer's Hospital for the supply of trained nurses. Founded by Mrs Eliza Browne in 1882 and having the same name as the training institution at Holles Street, the Dublin Nurses' Training Institution at No. 26 Usher's Quay had an arrangement with Dr Steevens' Hospital for the clinical instruction of probationers.⁴⁵ In 1884, the Dublin Red Cross Nursing Sisters established a House and Training School for Nurses at 87 Harcourt Street and the probationers of the Red Cross received their practical training at the National Children's Hospital, at Harcourt Street, and at the Meath Hospital and County Infirmary at Heytesbury Street.⁴⁶

Arrangements for the systematic training of probationers at the Dublin House of Industry Hospitals were established in 1890. After 1894, the Dublin House of Industry Hospitals, Sir Patrick Dun's Hospital, Dr Steevens' Hospital, the Nurses' Training Institution at Usher's Quay, and the Dublin Orthopaedic Hospital were affiliated to the Dublin Metropolitan Technical School for Nurses, a centralized training school that provided a schedule of systematic teaching and uniform examinations for the probationers of its

⁴⁰ T.C.P. Kirkpatrick, *History of Dr Steevens' Hospital Dublin: 1720–1920*, Dublin: University Press, 1924, pp. 281–2. See also P. Scanlan, *The Irish Nurse: A Study of Nursing in Ireland: History and Education, 1718–1981*, Manorhamilton: Drumlin, 1991, p. 72.

⁴¹ Scanlan, *The Irish Nurse*, pp. 72–3.

⁴² Kirkpatrick, *Nursing Ethics*, pp. 14–5.

⁴³ Anon., 'St Patrick's Home for supplying trained nurses', p. 5.

⁴⁴ D. Coakley, *Baggot Street: A Short History of the Royal City of Dublin Hospital*, Dublin: Royal City of Dublin Hospital Board of Governors, 1995, p. 29.

⁴⁵ Anon., 'The lady nurses of the Irish hospitals; No. XIII. – Dublin Nurses' Training Institution, 26 Usher's Quay, Dublin', *LOTH*, 15 January 1896, p. 5.

⁴⁶ Scanlan, *The Irish Nurse*, p. 75. See also Anon., 'The nurses of the Irish hospitals: No. VI. – the lady nurses of the Red Cross', *LOTH*, 15 April 1895, p. 5.

affiliated hospitals.⁴⁷ The lectures provided by the Dublin Metropolitan Technical School for Nurses protected the lecturing time for the apprentice nurse in the affiliated Dublin hospitals removed her from the milieu of custodianship and control that pervaded the hospital setting.⁴⁸

Following the recommendations of the Dublin Hospitals Commission of 1887, the Sisters of Mercy established training schools for lay probationers at the Charitable Infirmary and the Mater Misericordiae Hospital in 1891.⁴⁹ A training school for lay probationers was established at St Vincent's Hospital in 1892. Elsewhere in Ireland in the early 1890s, nurse training institutions were established at both the North Infirmary and the South Infirmary in Cork, at the Women's and Children's Hospital, Cork, and at Barrington's Hospital in Limerick. In the 1890s, in all but two counties of Ireland, Westmeath and Carlow, nurse training schools were receiving probationers, and at least fifty-two hospitals throughout the country were offering nurse training.⁵⁰ By the early 1890s, nurse training schemes based on the Nightingale model had been established in all of the major charity hospitals in Dublin, including the hospitals founded and/or managed by Catholic religious congregations, and at the new training institutes, such as the City of Dublin Nurses Training Institution.

Lady Superintendents

The success of the reforms was due in great part to the efforts of a cadre of young women who were recruited as lady superintendents to oversee the nursing and wider hospital reforms; energetic and committed, most of the lady superintendents were of the Anglo-Irish and English Protestant class and were recruited from the elite charity hospitals in London.⁵¹

In all of the Dublin hospitals that participated in the reforms of hospital nursing in the 1880s, a lady superintendent replaced the untrained hospital matron. The lady superintendents were educated gentlewomen of Anglo-Irish, English or Scottish parentage, and many were the daughters of professionals, including doctors and military officers, or the daughters of country gentlemen. Most received their nurse training in the reformed Anglican charity hospitals in London, Manchester, and Liverpool. For example, Elinor Lyons, the first Lady Superintendent at the Meath Hospital and her sister Bessie Lyons, Lady Superintendent at the Children's Hospital, Harcourt Street, trained at the

⁴⁷ S. McGann, *The Battle of the Nurses: A Study of Eight Women who Influenced the Development of Professional Nursing, 1880–1930*, London: Scutari Press, 1992, p. 135. For a detailed study of the Dublin Metropolitan Technical School for Nurses, see G.M. Fealy, 'A place for the better technical education of nurses': the Dublin Metropolitan Technical School for Nurses, 1893–1969', *Nursing History Review*, 2005, vol. 13, pp. 23–47. See also *Irish Nursing News* 1928, Vol. VII (11), p. 139.

⁴⁸ Fealy, 'A place for the better technical education of nurses', p. 39.

⁴⁹ House of Commons, *Report of the Commissioners Appointed to inquire into the Hospitals of Dublin, with Appendices*, Dublin: HMSO, 1856, [2063], xix.115, p. 10.

⁵⁰ Scanlan, *The Irish Nurse*, p. 81.

⁵¹ Fealy, *Apprenticeship Training*, pp 58–60.

Royal Southern Hospital in Liverpool.⁵² Margaret Huxley, Lady Superintendent of Sir Patrick Dun's Hospital, was an English gentlewoman and trained at St Bartholomew's Hospital in London, and Miss Fullagar, Lady Superintendent of Mercer's Hospital, was an Englishwoman of French Huguenot extraction, and trained at Great Ormond Street and at the Clinical Infirmary, Manchester.

Drawn from the same social class and religious denomination as their employers, the lady superintendents and the hospital boards of management shared similar views on health and sanitation, morality and discipline, the role of education and the role of deference to authority. Having received their nurse training in the reformed charity hospitals in England and Scotland, it is not surprising that they should take the Nightingale model of nursing reform as their model for nursing and sanitary reform.⁵³

Features of the training experience in the early training institutions

With all the major charity hospitals operating apprenticeship-training schemes for lady nurses by 1895, common features of probationership training were evident across all hospitals; the lady nurses in the Dublin hospitals shared common experiences in relation to recruitment and selection, conditions of employment, pedagogy, and work and recreation.⁵⁴

During their three-year training, nurse probationers were instructed in the theory of sick nursing, including fever nursing, medical nursing and surgical nursing and instruction in anatomy and physiology, *materia medica* and invalid cookery. Training was also concerned with developing the probationer nurse's character, through a training experience that emphasised disciplined work, custodial control and strict obedience to the authority of the lady superintendent and the 'medical man'. The lady nurse experienced a highly regulated and structured regime of training, which was like that experienced in a girls' school, in which activities such as dining, classroom learning and recreation were strictly supervised. Probationership training also functioned to prepare the nurse with the technical skills of a medical auxiliary and these were learnt in the hospital's clinical departments, where the probationer nurse provided the nursing care. Probationers also learned their nursing skills while on 'outdoor' duties; this typically involved placing probationers on private nursing duties on behalf of the hospital in the final year of training.⁵⁵ Instruction was also given in several aspects of sick nursing, including the management of fever cases, invalid cookery, and administering medicines.⁵⁶

Probationers were examined in the theory of nursing, and in examinations, the probationer was expected to write about aspects of nursing theory, such as the signs of

⁵² Anon., 'The Lady Superintendents of the Irish Hospitals', p. 27.

⁵³ Fealy, *Apprenticeship Training*, Chapter 3.

⁵⁴ *Ibid.* Chapter 4.

⁵⁵ Fealy, *Adelaide Hospital School*, Chapter 3.

⁵⁶ Anon., 'The nurses of the Irish hospitals, No. V. – The nurses of the Mater Misericordiae Hospital', *Lady of the House*, 15 March 1895, p. 5.

inflammation, the sources of contagion, the use of a surgical dressing, and the nursing care of specific medical and surgical cases.⁵⁷ She was required to learn elements of theory in an integrated way; subjects like physiology and bacteriology were usually examined in conjunction with nursing subjects. The Adelaide Hospital Dublin was typical of the way training institutions operated and the training was summarised in the Adelaide Hospital's Annual Report for 1889 as follows:

Every probationer, on first coming to the Hospital, must present herself before the Nursing Committee, who decide as to her fitness. If she be accepted, she then binds herself to serve the Hospital for three years. During her first year she is trained in the wards as a probationer, and, as far as is practicable, she receives training in each of the four [nursing] divisions. At the end of the first year she is required to present herself for an examination conducted by the Superintendent of Nurses and two members of the medical staff. On passing this examination she becomes eligible to hold the post of staff nurse in one of the wards. At the expiration of the second year she is transferred to the out-nursing department. At the end of the third year, she undergoes a second examination, on passing which she becomes entitled to receive a certificate, and the Nursing Committee then decide whether she shall be placed permanently on the out-nursing staff. In addition to these, ladies wishing to be trained as Nurses, by paying a fee for their training, receive the same instruction as other probationers, for one year, but they are not bound to serve the Hospital for three years unless they elect so to do.⁵⁸

Medical men conducted oral examinations of nurses in a range of medical and surgical subjects:

In the surgical and obstetrical parts of the examination we report that the [nurses'] answering was exceptionally good ... In the medical part of the examination the answering was good, but all the nurses were deficient in the knowledge of acute febrile diseases. The Examiners ... advise that ... no probationer for the future be certified as a thoroughly trained nurse, who has not received at least three months' training in the Fever House.⁵⁹

A probationer's life was built around her work and rest periods week, which consisted of eighty-seven hours over six-day, with one rest day. The Lady Superintendent and a medical officer each gave one lecture a fortnight, and up to a total of fourteen lectures was given. Published in 1895 in the *Lady of the House*, a typical day in the life of the Adelaide probationer was described as follows:

The hours of duty for probationers and trained nurses in [the Adelaide] Hospital is 87 hours per week, and the terms are adjusted so as to come lightly on the workers. The dinner hour may vary. There are two half-holidays in the week, from

⁵⁷ P. Scanlan, *The Irish Nurse: A Study of Nursing in Ireland: History and Education, 1718–1981*, Manorhamilton: Drumlin, 1991, p. 106.

⁵⁸ Cited in Fealy 2009.

⁵⁹ MS/AHD/MC/11270/62, 23 November 1880.

3 o'clock to 9 pm; and on Sunday alternately, from 11 am to 2 pm, and from 3 till 9 pm with an additional hour and a half for rest or recreation on four days of the week.⁶⁰

Probationers were expected to attend 'service of prayer read in the Boardroom each Sunday.'

In common with the other charity hospitals in the period after 1880, the Adelaide Hospital recruited young women in their early to mid twenties from the families of merchants, businessmen, farmers, and many Adelaide probationers were also the daughters of clergymen and medical men. Applicants to the Adelaide School were required to be fairly well educated (under which head marked attention is expected to the item of reading aloud), not less than 23 years of age and be able to produce to the Board [of Management] a certificate of birth and of good health.⁶¹

Nurses' uniforms of the period were an outward symbol of the new professional nurse, presenting an image of virtue, hygiene and moral cleanliness, and it distinguished properly trained lady nurses from untrained nurses, and other uniformed women workers, such as ward maids and domestic servants.⁶² Two types of uniform were worn: the indoor uniform for ward duty and the outdoor uniform, which was for use when going on and off duty and for travelling in public to nurse private cases.⁶³ The nurse was instructed in how to wear the uniform: 'The uniform ... must be worn at all times within the Hospital and out of doors while on nursing work. The wearing of jewellery is prohibited, and an orderly, unostentatious style of dress must be maintained'.⁶⁴ The uniform of the Adelaide Hospital, with its distinctive Nightingale spots', was described in 1895 as:

[A] dress of hail spot cotton print, white cap and apron, and small straw bonnet trimmed in blue, with cape-fronted cloak of blue cloth.⁶⁵

The uniforms for probationers at the Charitable Infirmary were described in the following way:

The indoor uniform at Jervis Street is one of the prettiest among our many hospitals – a fresh cool, bright shade of sky-like blue, with a crossbar pattern of silky white upon it. The aprons are, of course, wide, with strapped bibs and large pockets, while the caps of thick white muslin, with lace edging, are varied by lace-edge strings for qualified nurses. The outdoor uniform is a long cloak of deep

⁶⁰ Anon., 'The nurses of the Irish Hospitals, No. III. – Adelaide Hospital Nursing School', *The Lady of the House* (hereafter LoH), January 15, 1895 15, p. 7.

⁶¹ Anon., 'The nurses of the Irish Hospitals, No. III. – Adelaide Hospital Nursing School', *The Lady of the House* (hereafter LoH), January 15, 1895 15, p. 7.

⁶² Fealy, *Apprenticeship Training*, pp 77–79. For academic discussions of the role and symbolism of nurses' uniforms, see A. Pearson, H. Baker, K. Walsh and M. Fitzgerald, 'Contemporary nurses' uniforms: History and traditions', *Journal of Nursing Management*, 9, 2001, pp. 147–152 and J A Barber, 'Uniform and nursing reform', *International History of Nursing Journal*, 3 (1), 1998, pp. 20–29.

⁶³ Anon. 'Adelaide Hospital Nursing School', LoH, 15 January, 1895, p. 7.

⁶⁴ *Ibid.*

⁶⁵ Anon. 'Adelaide Hospital Nursing School', LoH, 15 January, 1895, p. 7.

violet colour, shaped at the back, and having side capes to below the waist, with small straw bonnet trimmed in velvet to match the cloak.⁶⁶

Evidence from matron's reports from the first decade of the twentieth century indicates that much emphasis was placed on the nurse's character, intelligence, capabilities as a nurse, and her health.⁶⁷ Terms and expressions used to describe good practical nurses included 'satisfactory in every way', 'very capable and dependable', 'very kind to her patients', and 'much liked by patients'. Some nurses were reported as being 'bright and intelligent', while the intelligence of others was questioned; one nurse was described in a series of reports as 'not very bright but anxious to learn', 'not brilliant', and 'headless at times'. At the end of her first year in 1906, one nurse was described as 'a most promising probationer – quite above the ordinary', and another nurse who completed her training in 1905 was described as 'good at her work, but not a good influence with the other nurses [being] most difficult and dictatorial to work with.' Matrons also frequently commented on a nurse's appearance; a nurse could be described as 'tidy', 'neat' or 'untidy'. A nurse's health was also the subject of Matron's attention, and common adjectives used were 'good' or 'delicate' to describe health, and several nurses 'not strong enough to continue' were forced to end their training prematurely in this period due to poor health, most likely the result of contracting fever while working in the fever ward.

Professional regulation

While nursing had attained many of the characteristics of a profession after the first wave of reforms in the late nineteenth century, the title 'nurse' was not protected in law and this led to a campaign for state regulation. Irish nurses campaigned for state regulation through the Irish Matron's Association (IMA) and the Irish Nurses' Association (INA). Margaret Huxley, the leading Irish matron in the early twentieth century, called for a system of state regulation based on a uniform system of training and declared: 'If you do not educate your nurse, in the end the public must suffer'.⁶⁸

State regulation was eventually achieved in 1919 after a long campaign. The Nurses' Registration (Ireland) Act 1919 introduced state regulation of nurses through state registration and the standardisation of nurse training. The Nurses' Registration Act of 1919 gave authority to the new General Nursing Council for Ireland to make rules setting down the conditions for a nurse to meet to enter the register of nurses. State registration meant a national prescribed and standardised syllabus and state examinations. State registration protected the title 'nurse' in law and could not have happened without the many nurse training institutions founded in Dublin and elsewhere in Ireland in the last decades of the nineteenth century.

⁶⁶ Anon., 'The nurses of Jervis Street Hospital', p. 7.

⁶⁷ Fealy GM (2009) *The Adelaide Hospital School of Nursing, 1859–2009: A Commemorative History* Dublin: Columba Press.

⁶⁸ Cited in Fealy 'A place for the better technical education of nurses'.

Summary and conclusions

The development of modern nursing in Ireland was brought about by the rapid advances in scientific medicine in Ireland, which led to the need for an educated and skilled nursing workforce. Founded on the basis of Christian charity in the eighteenth and nineteenth centuries the charity hospitals became the places where medical science developed its methods of treatment based on the principles of scientific observation and experimentation. While Irish Catholic sisterhoods like the Irish Sisters of Charity and the Sisters of Mercy had developed a system of sick nursing in the early nineteenth century, the development of secular nursing, which was first introduced in Ireland in the 1860s, was rooted in a distinctly British, Anglican and unionist tradition. The reform of nursing was also part of the reform of hospitals and involved new methods of hospital management, the introduction of better construction, improved sanitation, improved dietary for patients and staff, and better living arrangements for staff. A key feature of the reforms were the replacement of untrained nurses and ward maids of the poorer class with educated young women of the middle class, who were recruited to undertake systematic training.

The training experience of apprentice nurses was one in which instruction in the theory and practice of sick nursing was combined with a regime of custodial care that emphasised character development and compliance with rules. This experience reflected contemporary ideas about girls' education and the need to train a medical auxiliary with the technical skills to support the practice of internal scientific medicine. The training institutions represented the main expression of the movement for nursing reform and quickly led to the established of modern professional nursing in Ireland, which culminated in professional regulation through state registration in 1919.

**ORDEN DE LOS ENFERMEROS:
DEL SUEÑO A LA REALIDAD (PORTUGAL: 1940 - 2000)**

**NURSES ORDER:
FROM DREAM TO REALITY (PORTUGAL 1940-2000)**

Óscar M. Ramos Ferreira

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; ui&de – Linha de investigação de História de Enfermagem; UIDEF, Instituto de Educação, Universidade de Lisboa, Portugal

PALABRAS CLAVE: Portugal, Historia de las Instituciones, Historia de la Enfermería, Orden de los Enfermos.

RESUMEN: Las Órdenes profesionales pertenecen promover la autorregulación profesional, defender el interés público y los derechos de los ciudadanos. En Portugal la Orden de Enfermería era un sueño acariciado. Este texto tiene como objetivo rescatar los antecedentes históricos que llevaron a la Orden e identificar las organizaciones y personalidades que han estado en su génesis. Utilizamos fuentes primarias y secundarias. El sueño de crear una asociación para regular la enfermería en Portugal y la representar internacionalmente llegó en 1940 con el modelo anglosajón de formación de enfermeras y culminó en 1998 con la creación de la Orden de Enfermeros.

Palabras claves: Portugal; Historia de las Instituciones; Historia de la Enfermería; Orden de Enfermeros.

KEY WORDS: Portugal, History of Institutions, Nursing History, Nurses Order.

ABSTRACT: To Professional Orders belongs the promotion of professional self-regulation and the public interest and citizens' rights defence. In Portugal the Nurses Order was a long-cherished dream. This text aims to recover the historical path that originated the Order and to identify organizations and personalities that were in its genesis. We used primary and secondary sources. The dream of creating an association that regulated Portuguese Nursing and represented it at the international level emerged in the 40s with the Anglo-Saxon Nurses Training Model and culminated in 1998 with the creation of the Nurses Order.

INTRODUCCIÓN

La creación de la Orden de Enfermeros era una aspiración de muchos miles de enfermeros que, durante décadas, han estado trabajando y uniendo esfuerzos para que se dieran cuenta de este deseo. Todo para que el ejercicio de la enfermería fue adecuadamente regulado y que la autorregulación es una herramienta de desarrollo profesional, sino más bien un instrumento para mejorar la calidad de los cuidados de enfermería a la que tienen derecho los ciudadanos (1).

Al comenzar este texto hay que señalar que los sindicatos en general y los sindicatos de enfermería en particular radican, entre otras cosas, la protección de los intereses de las enfermeras antes de empleadores, la negociación colectiva y huelga. A su vez a las asociaciones la representación responsable y la protección de los intereses de sus miembros, la promoción de actividades educativas y culturales (2). Para los Colegios profesionales pertenece promover la autorregulación profesional, defender y salvaguardar el interés público y los derechos fundamentales de los ciudadanos (3).

Mientras que las actividades de los sindicatos están reguladas por la ley de sindicatos, las asociaciones se enmarcan en el Código Civil. Los sindicatos y asociaciones son de naturaleza privadas o particular. Tiene, por lo tanto, la creación y la extinción voluntaria, y la afiliación de sus miembros llevado a cabo libremente. Ya la naturaleza de los Colegios profesionales es pública, porque su constitución y creación emana del Estado (2). En ellos solo pueden inscribirse quien ha demostrado habilidades con ese propósito.

En Portugal la Orden de Enfermeros, es decir, el Colegio de Enfermería, fue creado a finales del siglo XX, hace unos 19 años, por el Decreto Ley n.º 104/98 de 21 de Abril (4).

Para su creación, el legislador consideró se produjeron importantes cambios en las habilidades de las enfermeras como resultado del nivel de formación académico y profesional alcanzado, lo que dio lugar a una práctica profesional compleja, diferenciada y exigente (4).

En realidad, fue en el último cuarto de siglo XX, en 1988, que la educación de enfermería se integró en el sistema nacional de educación, el nivel de lo Politécnico, permitiendo a las enfermeras acceder a los diferentes grados y asumir mayores responsabilidades en las áreas de concepción, organización y prestación de asistencia sanitaria a las poblaciones

La decisión del gobierno tenía relación con el desarrollo de la investigación en enfermería que ha facilitado la definición de un cuerpo específico de conocimientos y la afirmación de la individualidad y la autonomía de la profesión y la prestación de asistencia sanitaria, lo que asociado con el desarrollo de la sociedad portuguesa y sus expectativas con respecto al acceso a las normas de calidad de atención de enfermería, se identificó la necesidad de regular y controlar el ejercicio de la profesión de enfermería en Portugal.

Pero ¿cuál fue el contexto histórico que condujo a la creación de esta Orden. ¿Qué organizaciones y personalidades han estado en su génesis?

Este fue el punto de partida de esta comunicación que tiene como objetivos:

- Comprender el camino que llevó a la creación de la Orden de Enfermeras.
- Identificar las organizaciones que la precedieron.
- Presentar algunas personalidades que han estado en su génesis.
- Comprender cómo hicieron la representación internacional de enfermeras portuguesas en la CIE.
- Enumerar algunas de las actividades desarrolladas.

Con el fin de mostrar el camino que llevó a la creación de la Orden de Enfermeras (OE) comienzo a presentar las enfermeras graduadas de la Liga de Enfermeras de la Escuela Técnica de Enfermeras, creada en la década de 1940, cuales fueron sus objetivos y cómo ha evolucionado; se sigue la Asociación de Enfermeras y Enfermeros Portugueses que surgió a finales de 1960 y, finalmente, el OE creada en 1998. Identifico la primera bastonearía, el modelo de afiliación en el ICN y algunas de las actividades de la Orden de Enfermeras.

En 1988, el legislador declaró que desde el final de la década de 1960 y después de un largo proceso de reflexión, los enfermeros sentían necesidad de crear mecanismos que permitan regular y controlar la práctica profesional, atribuciones que compiten a una asociación profesional de derecho público, así como la adopción de un código de ética y el estatuto disciplinario de conducta profesional mientras garantizan de la calidad de los cuidados de enfermería (4).



Miss Hazel Goff
(Déc. 1940) (21)

En mi opinión esta necesidad ha surgido durante la primera mitad del siglo XX, concretamente en la década de 1940, cuando la enfermera Hazel Goff¹ dirigió la Escuela Técnica de Enfermeras y sugirió la creación de una asociación de graduados para el desarrollo de la enfermería en Portugal, elevando su nivel técnico, la calidad de su enseñanza y mejorar las condiciones de trabajo de las enfermeras (6).

Unos años antes, concretamente en la década de 1930, había comenzado en Portugal el movimiento sindical de los enfermeros con la creación de lo Sindicato Profesional de los Enfermeros de la Región sur, seguido de otros, como lo Sindicato Profesional de los Enfermeros de la Región norte. Entonces los sindicatos estaban preocupados por la peligrosidad del trabajo de los enfermeros. Se referían a la falta de protección en relación con los riesgos biológicos y la violencia del ritmo y de las horas de trabajo; con la defensa de la legitimidad de la profesión y la necesidad de prohibir la práctica ilegal de la profesión (2).

LIGA DE ENFERMERAS GRADUADAS DE LA ESCUELA TÉCNICA DE ENFERMERAS (LEGETE)

La Liga de Enfermeras Graduadas de la Escuela Técnica de Enfermeras (LEGETE), fue establecida en 1945. Esta asociación de graduadas tenía una dirección y diferentes comisiones. En estas se destacaron la comisione de actividades Científicas y Culturales.

La LEGETE trató de ser conocido junto a las escuelas, así como divulgar la Escuela Técnica de Enfermeras (ETE) y el curso de enfermería que la escuela enseñaba, el concepto de enfermería y las funciones del personal de enfermería cualificado.



Edificio de la Escuela Técnica de Enfermeras (1944) (21)

¹ Hazel Goff fue la segunda directora de la Escuela Técnica de Enfermeras entre febrero de 1945 y el verano de 1946. Tenía como misión principal de la Fundación Rockefeller garantizar el funcionamiento y desarrollo de esta escuela mientras que la International Health División hacía la preparación de una enfermera portuguesa para la reemplazar.

Hazel Goff fue diplomada por la Escuela del Massassuchetts General Hospital y bachiller en Ciencias por la Columbia University. En los Estados Unidos había dirigido, en Wilmington, los servicios de enfermería do James Walker Memorial Hospital. En Europa, en el año de 1922, fue responsable por la reorganización de una escuela de enfermería de Bulgaria. Había dirigido una otra en Estambul y la University School of Public Health and Bedside, en Polonia.

En los Estados Unidos da América ella también ha ejercido enfermería en la *American Nurses Association*. Murió en octubre de 1973 (5).

Según las fuentes, en 1957 la LEGETE entró en crisis (7). Es precisamente en ese año que se inició la discusión sobre la necesidad de Portugal tener una asociación que representante de los enfermeros y enfermeras portuguesas, cuyos estatutos podría contemplar con los requisitos necesarios para ser un miembro efectivo del ICN. Así fue que al año siguiente, en 1958, con la presencia de socios de LEGETE y colegas de otras escuelas de enfermería - Escuela de Enfermería de San Vicente de Pablo y Artur Ravara se llevó a cabo una primera reunión con el propósito de crear una asociación nacional representante de todas las enfermeras y enfermeros portugueses (6).

Desde 1964 y hasta 1967, poco se sabe de la actividad de la LEGETE, que según las fuentes se han reducido en gran medida prácticamente a cero (7), (8).

El mal funcionamiento de esta asociación, en la segunda mitad de la década de 1960, dio lugar a que ella deje de tener razón de existir, ya que en el año siguiente, después de una década de encuentros y con el tiempo se creó la Asociación de Enfermeras y Enfermeros Portugueses (9)².

Según Correa, la LEGETE fue abolida en 1980 después de un "largo periodo de inactividad (...), sus" publicaciones se ofrecieron a la biblioteca de la escuela y el dinero en efectivo fue entregado para reforzar los gastos con actividades conmemorativas " y la sala donde tuvo su asiento utilizado como sala de estar (10).

Fue en esta asociación, ya en 1949 que surgió la necesidad de enviar una enfermera para asistir a las reuniones del ICN como Asociado Nacional, dado que no había entonces en Portugal cualquier organización sin ataduras religiosas, políticas, o raciales capaz de representar las enfermeras portuguesas en esa federación internacional.

Después de las autorizaciones necesarias del organismo internacional fueran Asociadas Nacionales del ICN³, a partir de 1949 los miembros de la LEGETE: enfermera Alves Diniz (1949-1954); enfermera María Ofelia Leite Ribeiro (1954-1956); enfermera Franco Henriques (1956-1960) y la enfermera Crisanta Monteiro Regala (1960-1968).

² Durante estos 10 años, el grupo de trabajo que llevó a la creación de AEEP llevó a cabo cerca de 39 reuniones (5). Este grupo incluye(a) los siguientes Enfermeros(as) diplomados(as): Beatriz Plácido de Mello Correa; Crisanta Monteiro Regala; Emilia María Costa Macedo; José Pinto Teles; Louise Margaret C. Da Cunha Telles; Manuel Leitão Branco; M^a Emilia Franco Henriques; María Fernanda da Silva Rezende; M^a José Moniz Pereira; M^a Magdalena Taveira; M^a Palmira B. Bruto da Costa (9).

³ La Asociada Nacional del ICN era una enfermera portuguesa que hacía la conexión entre el Consejo Internacional de Enfermeras y las enfermeras portuguesas, en un tiempo en que tales contactos no fueron alentados por el gobierno e incluso vistos con cierta desconfianza (5).



Crisanta Monteiro Regala
1.ª presidenta AEEP 1963 (21)

La enfermera Regala fue el primera presidenta de la Asociación de Enfermeras y Enfermeros Portugueses (AEEP) establecida en 1968, asociación esta que a partir de 1969 actuó en nombre de las enfermeras portuguesas en el ICN (5).

ASOCIACIÓN DE ENFERMERAS Y ENFERMEROS PORTUGUESES

Tal vez porque la enfermera Crisanta Regala detenía el cargo de directora de la Escuela Técnica de Enfermeras (ETE) y al mismo tiempo el cargo de presidenta de la AEEP, la dicha asociación hasta 1971, de forma similar a lo que ocurrió con la Liga, tenía su sede en el edificio de la ETE.

Podrían ser socios de la AEEP las enfermeras y enfermeros cuyos cursos permitió acceso a la carrera de enfermería y concomitantemente la continuación de los estudios a un nivel superior de enseñanza.

En junio de 1969, este gremio, representante de las enfermeras y enfermeros graduados en Portugal, fue admitido en el Consejo de Representantes Nacionales del ICN, donde estaban representados sesenta países, y participó como miembro completo en el XIV Congreso Cuadrienal celebrada en Montreal, en Canadá. En esta importante reunión las enfermeras portuguesas estaban representadas por un grupo de nueve colegas (5).

La AEEP tuvo como objetivo: promover la actualización técnica y científica del personal de enfermería; llevar a cabo la formación y difundir nuevas técnicas de enfermería; relacionarse con otras asociaciones nacionales y extranjeras y cooperar con el ICN en la consecución de los fines de esta federación (9).

Más tarde, en 1982, como resultado de la Revolución de 1974, AEEP aprueba nuevos estatutos, que se publican en enero de 1983, pasando a llamarse Asociación Portuguesa de Enfermeros (APE), que tendrá por finalidad: "Defender los valores sociales, culturales, éticos, técnicos y humanos de la profesión de enfermería, con el objetivo de ayudar a mejorar la prestación de atención de enfermería integral a los tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria - a todos los clientes, independientemente de su raza, religión, color, condición política o socioeconómico" (9).



Bandera de la Asociación Portuguesa de Enfermeros (APE) (22)

A lo largo de su historia, la APE siempre se ha preocupado de proporcionar la formación continua de corto, mediano y largo plazo dirigida a los enfermeros, a fin de que puedan desarrollar habilidades (9).

En este contexto cabe señalar, en 1973, en cooperación con la Asociación Católica de Profesionales de la Enfermería y la Federación Nacional de los Sindicatos Nacionales de Profesionales de la Enfermería, la realización en Lisboa de lo 1.er Congreso Nacional de Enfermería, un evento que involucró a numerosos enfermeros portugueses⁴, teniendo permitido la discusión de los problemas inherentes a la profesión (9). Entre los temas tratados fue hablada la necesidad de crear un organismo profesional capaz de representar a todos los enfermeros portugueses, sin excepción, y capaz de regular la profesión.

La creación de un órgano central, constituido por el personal de enfermería capaz de unir en sí las funciones que actualmente están dispersas por los sindicatos, departamentos gubernamentales y otros. Este órgano (una orden, de acuerdo con la propuesta de un grupo) debe tener como objetivo principal la definición de un estatuto profesional y la centralización de los datos estadísticos para todo el personal de enfermería (23).

Este tema fue debatido de nuevo en el año de 1981, durante el 2.º Congreso Nacional de Enfermería, en cuya organización participó la APE, junto con otras asociaciones y sindicatos de enfermería (9). Así se decía que:

La existencia del Estatuto de lo Enfermero es el instrumento y el apoyo indispensable para la autonomía y capacidad de gestión completa de la Enfermería como profesión. Así: (...)

e) Debe ser objeto de legislación propia, al menos, el nivel del Decreto ley, que debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a la evolución natural de la profesión y de las profesiones interconectadas y relacionadas;

f) Este instrumento legal debe ser desarrollado con la participación de los Sindicatos y Asociaciones de comercio, teniendo en cuenta las recomendaciones de este Congreso (28).

En esta importante reunión también se planteó la necesidad de crear un órgano de

⁴ Según Forjaz participaron en este evento 803 congresistas, aproximadamente el 4,5% de los profesionales de enfermería existentes en el momento en Portugal continental y en las islas (11).

comunicación impreso para todos los enfermeros (Revistas, Periódicos, Boletines, etc.) (29).

Curiosamente, en el campo editorial, la APE pasó a publicar desde 1985 la revista "ENFERMERÍA" y varias obras de ámbito técnico y científico de autoría de enfermeras portuguesas. Preparó también comentarios sobre la política de la educación, la salud y la práctica y continuó representando las enfermeras portuguesas en el CIE hasta 2002 (9).

ORDEN DE LOS ENFERMEROS

Fue en 1973, en concreto en el curso de las conclusiones del Primer Congreso Nacional de Enfermería, según Nunes (2), se sintió la necesidad de una Orden de Enfermeros, tema que regresó, como he dicho anteriormente a ser debatido en el año de 1981 y a partir de entonces a ser una meta de la enfermería en Portugal.

La integración de la enseñanza de enfermería en la educación superior en 1988 y más tarde la publicación en 1996 del Reglamento de Ejercicio Profesional de Enfermería (REPE) (12), que regula la profesión, aclara conceptos, intervenciones y funciones, así como los derechos y obligaciones enfermeras, crearon las condiciones para que en 1998 fue promulgado la creación de la Orden de Enfermeras (OE).

La OE nace con la publicación de sus estatutos por el Decreto Ley 104/98, de 21 de abril. Este decreto añade el Código de Conducta (4) e hizo la indicación definitiva de la autonomía de la enfermería portuguesa, ya que define las reglas de la práctica profesional de la enfermería y su control (2).

"El propósito fundamental de las Orden de Enfermeros tiene por objeto «promover la protección de la calidad de la atención de enfermería prestada a la población, así como el desarrollo, la regulación y el control del ejercicio de la profesión de enfermería, lo que garantiza el cumplimiento de las normas de ética y deontología profesional»" (13).

La sede nacional de la La OE es en Lisboa. La OE está formado por cinco divisiones regionales: Norte, con sede en Porto; Centro, con sede en Coímbra; Sur, con sede en Lisboa; la Región Autónoma de Madeira, establecida en Funchal; y la Azores, con base en Ponta Delgada (13).

Son órganos nacionales de gobierno de la OE⁵, la Asamblea General; el bastonario que acumula inherentemente el cargo de presidente del Consejo de Dirección; el Consejo de Dirección; el Consejo Jurisdiccional, el Consejo de Vigilancia y el Consejo de Enfermería.

De forma paralela, también las secciones regionales tienen sus órganos⁶.

⁵ Estos órganos son elegidos por cuatro años. Cada año, las actividades a realizar por los órganos de gobierno y el presupuesto son votadas en la Asamblea General. El presupuesto tiene procedencia de cuotas mensuales pagadas por todas las enfermeras que trabajan en Portugal (4).

⁶ Los órganos de los departamentos regionales son la Asamblea Regional; el Consejo Directivo Regional; el Consejo Jurisdiccional Regional; el Consejo de Vigilancia Regional y el Consejo de Enfermería Regional.(4).



Sede de la Orden de los Enfermeros – Lisboa (24).

De acuerdo con los estatutos (4) la OE tiene un papel activo en: la definición de normas de calidad de los cuidados de enfermería; la definición y promoción de los aspectos éticos de la práctica profesional; promoción del desarrollo profesional del personal de enfermería; y en la participación de la enfermería en el desarrollo de políticas de salud.

La OE tiene las funciones: de establecer el nivel de formación profesional de los enfermeros; mantener un registro de todos los enfermeros a ejercer enfermería en Portugal; de regular la práctica profesional; de defender la cualificación y la profesión de enfermería; de pronunciarse sobre los modelos de formación, la estructura general de los planes de estudios de enfermería y asignar títulos profesionales (4).

Son dos los títulos profesionales que la OE emite. El título de enfermero y el título de enfermero especialista.



Títulos profesionales emitidos por la OE (24), (27).

El título de enfermero se le asigna a los titulares de una licenciatura en enfermería y reconoce aquellos que tienen experiencia científica, técnica y humana para prestar una asistencia general a los individuos, las familias y las comunidades, a los tres niveles de prevención. A su vez el título de enfermero especialista reconoce la experiencia científica, técnica y humana para proporcionar, además de cuidados generales, la atención especializada en el área clínica específica: Enfermería de Salud Materna y Obstétrica; Enfermería de Salud Infantil y Pediátrica; Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría; Enfermería Comunitaria; Enfermería de Rehabilitación y Enfermería Médico-Quirúrgica(4).

LA PRIMERA BASTONEARÍA

La primera Bastonearía de la OE fue elegido en 1999. Fue la enfermera Mariana Diniz de Sousa (14), la cual presidió desde 1998 a la comisión instaladora de la Orden de Enfermeros (15).



Mariana Diniz de Sousa
1.ª Bastonearía de la OE (14).

Diniz de Sousa era diplomada en enfermería por la ETE, escuela, donde ocupó cargos docentes, y se especializó en obstetricia en los EE. UU., con la beca de la Fundación Rockefeller, en la década de 1950. Esta enfermera ocupó importantes cargos en la administración pública portuguesa, entre otros en la Dirección General de Hospitales en la Escuela de Educación y Administración en Enfermería, abierta en Lisboa, en la segunda mitad de la década de 1960 (5). También fue miembro de LEGETE (6) y miembro del AEEP ocupando en esta asociación el cargo de secretaria de la primera Asamblea General (16)⁷.

REPRESENTACIÓN EN EL ICN

Dado que la OE es la institución representativa de todos los enfermeros portugueses⁸, en 2000 ella cobró la representación internacional de enfermeros portugueses y su pertenencia a lo ICN, que solo tuvo lugar en el año 2004 (13), después de un intenso proceso de negociación ocurrido en 2001 y 2002 entre la OE, la APE, otras asociaciones y sindicatos de enfermería ya que como se mencionó anteriormente esta representación se llevaba a cabo por la APE.

⁷ Para obtener más información sobre Mariana Diniz de Sousa ver: Sousa, A. F. & Freitas, M. V.. Mariana Diniz de Sousa. *Faces de Eva, Estudos sobre a mulher*, Lisboa, (13), 153-177; 2005. & Ordem dos Enfermeiros *Galeria dos Bastonários: Enf.ª Mariana Diniz de Sousa - Bastonária da Ordem dos Enfermeiros - 1999/2003*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa; 2012. Disponible en <http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/GaleriadosBastonarios.aspx>

⁸ A principios de 2000, la Orden de Enfermeras registraba la inscripción de 35092 enfermeros como miembros en el activo (25).



Entidades representantes de las Organizaciones Nacionales de Enfermeros que concreto la filiación de la OE en el ICN a través del modelo de colaboración (17)⁹.

Como resultado de esas negociaciones se optó por un modelo de pertenencia al ICN conocido como Modelo de Colaboración¹⁰. Debido a esta decisión ha sido creado el Foro Nacional de Organizaciones Profesionales de Enfermería (FNOPE) que entonces abarcaba doce organizaciones de enfermeros: la Orden de Enfermeras (OE); la Asociación Portuguesa de Enfermeros (APE); lo Sindicato de Enfermeros Portugueses (SEP); lo Sindicato de los Enfermeros de la Región Autónoma de Madeira (SERAM); la Asociación de Enfermeros de Sala de Operaciones Portugueses (AESOP); la Asociación Portuguesa de Enfermeros Especialistas en Enfermería de Rehabilitación (APEEER); la Asociación de Enfermeros Expertos en Enfermería Obstétrica (AEEEO); la Asociación de Enfermeros Directores (ADE); la Asociación Nacional de Enfermeras del Trabajo (ANET); la Asociación Portuguesa de Enfermería de Diálisis y Trasplante (APEDT); la Asociación para el Desarrollo de la Enfermería del Norte Alentejano (ADENA); y la Asociación de Enfermeros Expertos en Enfermería Médico-Quirúrgica (AEEEMC) (17).

OTRAS ACTIVIDADES

Además del desarrollo de actividades de formación permanente dirigidas a sus miembros como congresos, seminarios, foros y talleres, la OE ha invertido en los medios de comunicación con la publicación de la Revista da OE¹¹, la creación y mantenimiento de un sitio web¹², publicación de un boletín electrónico¹³ y el boletín informativo ExpressOE (14).

⁹ Nota del autor: al centro de la foto, de rosa, es la segunda Bastonearía de la OE – Enf.^a Augusta Sousa y a su izquierda, de rojo, la presidenta de la APE – Enf.^a Marília Viterbo de Freitas.

¹⁰ Este modelo de membresía en el CIE es el resultado de un protocolo establecido entre las organizaciones profesionales de enfermería portuguesa, y supone que las posiciones de OE internacionalmente ante el ICN son el resultado de una discusión participativa entre todos los organismos que tienen lugar en el Foro Nacional de Organizaciones de los Profesionales de enfermería (FNOPE) (17).

¹¹ El número 0 se publicó en julio de 2000. La sede nacional de la Orden fue adquirido en el mismo año (14).

¹² La página web de la OE en Internet, fue creado y presentado durante los trabajos del Primer Congreso de la Orden de Enfermeros a finales de 2001 (14).

¹³ Esta publicación fue producida por cuatro años, entre julio de 2006 julio de 2010.

En el ámbito social la OE creó en 2002, un fondo de solidaridad que puede ser utilizado por los miembros que se enfrentan a dificultades financieras y ofrece a todos los usuarios registrados un seguro de responsabilidad profesional (18).

También en cumplimiento de una de sus obligaciones la OE se reúne con los órganos de gobierno de Portugal dondequiera que sea necesario y cuando le piden opinión técnica (14).

CONCLUSIÓN

El LEGETE fue la primera asociación de graduados de una escuela de enfermería, que fue organizado en Portugal. Sus objetivos eran, desde el principio, dirigido al desarrollo técnico, científico y cultural de sus miembros. Esta agremiación ha colaborado con la escuela que dio origen a la misma – la ETE, con respecto a los aspectos pedagógicos, de funcionamiento y de organización interna.

Es de destacar la importancia que la Liga dio a las relaciones internacionales, tanto con las escuelas de enfermería en otros países, como con el ICN y la OMS, importancia esa que estuvo también en la génesis de la creación de una asociación de enfermeras nacionales, la Asociación de Enfermeras y Enfermeros Portugueses, hoy APE.

La AEEP, nacida en 1968, representó a las enfermeras y enfermeros portugueses que habían obtenido un diploma de enfermería. De su labor en cooperación con otras organizaciones y sindicatos de enfermeros fue madurado el sueño de la creación en Portugal de un organismo profesional representante de todos los enfermeros, habilitado para regular la práctica profesional y hacer autónoma la profesión (26).

Este sueño se hizo realidad en 1998 con la creación de la Orden de Enfermeros, una asociación profesional de derecho público, que, en Portugal, promueve la regulación y disciplina de la práctica de enfermería, garantiza el cumplimiento de las normas éticas que rigen la profesión, garantiza la búsqueda del interés público y la dignidad del ejercicio de la enfermería.

De acuerdo con su primera bastonearía la aparición de OE permitió a las enfermeras asumir el destino de la enfermería en Portugal, como profesión, en el proceso de construcción de su identidad (19).

Para Ferreira, la aparición de la OE fue un momento deseado e idealizado por generaciones de enfermeras portuguesas desde la década de 1970 (20), pero que tuvo sus orígenes allá por 1940, con la introducción en Portugal del modelo anglosajón de la formación de enfermeras.

BIBLIOGRAFIA E FUENTES

1. Sousa, M. A. Mensagem da Presidente. *In* Ordem dos Enfermeiros. 1998-2008. *Enfermagem em Portugal* (p. 2). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2008.
2. Nunes, L. *Um olhar sobre o Ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência; 2003.
3. Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro – Estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais; 2013.

4. Decreto-lei nº 104/98, de 21 de Abril – Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto.
5. Ferreira, Ó. M. R. *História da Escola Técnica de Enfermeiras: Aprender para Ensinar e profissionalizar*. Tese de Doutoramento em Educação na Especialidade de História da Educação. Lisboa: Instituto de Educação da Universidade de Lisboa; 2012.
6. Ferreira, Ó. & Freitas, M. Liga de Enfermeiras Graduas da Escola Técnica de Enfermeiras: uma associação profissional inovadora. In Nebreda, C. A. & Martín, F. J. H. (Ed.). *El asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión. 150 años de historia del Colegio de Enfermería de Madrid (1862-2012)*. (pp. 469-474). Madrid: Colegio Oficial de Enfermeras de Madrid; 2013.
7. [AD-ESEnFG] – Série: *Atas da LEGETE*; Cx n.º1; 1945-1967.
8. LEGETE. *Pasta com documentação*; [AD-ESEnFG] – Série: LEGETE; Cx. n.º1; 1945-1967.
9. Associação Portuguesa de Enfermeiros. *História da APE – Associação Portuguesa de Enfermeiros*; Lisboa: APE; 2017. Disponível em <http://www.apenfermeiros.pt/historia-da-ape/>
10. Corrêa, B. M. *Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras* (p. 181). Lisboa: Ed. de Autor. Lisboa; 2002.
11. Forjaz, M.T.P. Palavras de saudação. In Congresso Nacional de Enfermagem, 1. Comunicações / Congresso Nacional de Enfermagem, (p.261-267). Lisboa: [s.n.]; 1975.
12. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro – Regulamenta o Exercício Profissional dos Enfermeiros.
13. Ordem dos Enfermeiros. *1998-2008. Enfermagem em Portugal* (p.7). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2008.
14. Ordem dos Enfermeiros. *Galeria dos Bastonários: Enf.ª Mariana Diniz de Sousa - Bastonária da Ordem dos Enfermeiros - 1999/2003*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2012. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/GaleriadosBastonarios.aspx>
15. Portaria 375/98, de 1 de julho – *Nomeia a comissão instaladora da Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo regulamento interno*.
16. Freitas, M. P. V. *Associação Portuguesa de Enfermeiros. Uma história de vida*. 19 fls. dactilog. A aguardar publicação; 2010.
17. Ordem dos Enfermeiros. *Relações Internacionais. FNOPE – Fórum Nacional das Organizações Profissionais de Enfermeiros. História do FNOPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2012.
18. Assembleia Geral da OE. *Regulamento de atribuição de benefícios aos membros da Ordem dos Enfermeiros, ao abrigo da alínea I) do nº 2 do artigo 3º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2015.
19. Sousa, M. A. Ordem dos Enfermeiros. *Mais um instrumento para a construção da nossa identidade profissional*. 1998; *Enfermagem em Foco*, VII: p. 18.
20. Ferreira, Ó. *Enfermagem portuguesa (séc. XII-XX)*. Laboratório de Abordagens Científicas na História de Enfermagem (Blog), 10p., 2014 agosto. Artigos Internacionais, Papers. Disponível em <http://lacenf.com.br/?p=404>

21. Arquivo Historico e Biblioteca de la Escuela Superior de Enfermería de Lisboa (Fundo de la ESEnFFG)
22. Google. Associação Portuguesa de Enfermeiros 2017. Disponible en [http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/HistoriadaOE.aspx](https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Associa%C3%A7%C3%A3o+Portuguesa+de+Enfermeiros&*>https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Associa%C3%A7%C3%A3o+Portuguesa+de+Enfermeiros&*23. Congresso Nacional de Enfermagem, 1. Conclusões do Congresso. In Congresso Nacional de Enfermagem, 1. Comunicações / Congresso Nacional de Enfermagem, (p.256). Lisboa: [s.n.]; 1975.24. Arquivo fotográfico do autor; 2014.25. Ordem dos Enfermeiros. <i>História da OE</i>. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa; 2012. Disponible en <a href=)
26. Ferreira, Ó. Enfermagem: do cuidar instintivo à autonomia. *Sinais Vitais*. 2005; 61: pp. 61-64.
27. Ordem dos Enfermeiros. Informação: Notícias – Eleições 2015, saiba como pode votar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015, Disponible en <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Eleicoes2015-Saiba-como-pode-votar.aspx>
28. Congresso Nacional de Enfermagem, 2. Atas / II Congresso Nacional de Enfermagem – Conclusões do II Congresso Nacional de Enfermagem, (pp.529-530). Coimbra: [s.n.]; 1982.
29. Reis, J. A. G. (mod.). Tema 8: Educação em Serviço (grupo I). In: Congresso Nacional de Enfermagem, 2. Atas / II Congresso Nacional de Enfermagem – Conclusões do II Congresso Nacional de Enfermagem, (pp. 490-491). Coimbra: [s.n.]; 1982.

LOS COLEGIOS DE ENFERMERÍA EN ITALIA

NURSING COUNCILS IN ITALY

Anna La Torre

Universidad de Milan, Italia

PALABRAS CLAVES: Historia, Colegio Enfermería, Italia.

RESUMEN: Los Colegios de Enfermería nacieron en Italia en 1955, encargados por un decreto del gobierno en octubre de 1954.

A partir de ese momento, los Colegios y la Federación Ipasvi tendrán un desarrollo continuo, registrando todas las etapas de crecimiento y cambios que han visto liderando la profesión de enfermería. Un primer paso importante fue convencer a las enfermeras, religiosas y seculares, que se inscribieran en los registros profesionales. A partir de ese momento, la Federación ha desempeñado un papel importante en la protección y representación de la profesión de enfermería en el interés de colegiados y de los usuarios.

KEY WORDS: History, Nursing Council, Italy.

ABSTRACT: Nursing Councils were born in Italy in 1955, in a climate of renewed peace, and were commissioned by a government decree in October 1954.

Since then, Councils and Ipasvi Federation have continuously developed and have kept track of all the stages of the growth and the changes that have accompanied and helped the nursing profession to flourish. An important first step was to convince religious and secular nurses to enroll in professional registers. From that moment on, the Federation has gained a national role in protecting and representing the nursing profession both in the interests of subscribers and users.

INTRODUCCION

La organización que hoy endía representa a los enfermeros en Italia es el Colegio Ipasvi (acrónimo de "*Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici di Infanzia*"), es decir enfermeros profesionales, auxiliares sanitarios y vigilantes de infancia). La organización por un lado tutela al ciudadano/paciente que tiene el derecho, sancionado por la Constitución, de recibir prestaciones sanitarias por parte de personal calificado y que posee un título de estudio específico de capacitación profesional; y por otro, tutela la profesionalidad de los colegiados, controlando el abuso y vigilando para que se respete el Código Deontológico; además, desempeña un control sobre las tarifas aplicadas, fomenta el desarrollo cultural de los colegiados, asegura que las informaciones circulen y ofrece servicios de soporte para que el personal de enfermería pueda ejercer profesionalmente. Los colegios de enfermería son, en primer lugar, entes asociativos a los que hay que colegiarse forzosamente, establecidos por ley y dotados de personalidad jurídica pública. Los forman los profesionales con títulos de estudio que otorgan capacitación y que ejercen la misma actividad de carácter intelectual.

Los colegios tienen competencias específicas, entre ellas la de representar oficialmente a la profesión enfermera ante las instituciones, sean públicas o privadas, compilar el registro de los colegiados, asegurar que los profesionales de la salud asistan a cada persona, tanto italiana como extranjera, con servicios de salud de calidad. Por lo que concierne a la disciplina, los colegios desempeñan su autoridad sobre los colegiados registrados, para que respeten las disposiciones previstas por la ley y reglamentos vigentes. Intervienen en pleitos judiciales que se interponen entre colegiados y entre colegiados y terceras partes u organizaciones, mediando para solucionar las controversias; y, cuando éstas no se arreglan, tiene la autoridad para emitir su opinión sobre ellas.

Entre las varias actividades que desempeñan, las mas importantes son fomentar el desarrollo cultural de los colegiados por medio de cursos y seminarios de actualización y ofrecer servicios de asesoramiento profesional, legal, del trabajo y de seguros.

El ámbito territorial de los colegios es generalmente la provincia; la Federación de los Colegios coordina los colegios provinciales y es un órgano que representa a los enfermeros en el panorama nacional. En Italia los colegios Ipasvi son 103, los últimos fundados son los de Fermo, en Marche, y el de Carbonia-Iglesias, en Sardinia, creados en 2011. La Federación es delegada por el estado para tutelar y representar a los profesionales de enfermería en los intereses de los colegiados y de los ciudadanos pacientes sobre aquellas competencias que les son propias. El órgano de vigilancia de la Federación de los colegios es el Ministerio de la Salud.

Todas las actividades son sufragadas por las contribuciones de los colegiados y cada colegio las establece según los gastos de gestión, el programa de actividades (cursos, información, publicación, asesoramiento legal, etc) y los gastos generados por la propia Federación en su funcionamiento institucional.

El órgano de gobierno de los colegios es el Consejo Directivo, elegido cada tres años por medio de una consulta electoral a la que son llamados todos los colegiados. Los miembros del consejo varían desde cinco (para los colegios con menos de 100 inscritos) a

15 (para los que superan los 1.500). En Italia son más de 1.500 los enfermeros elegidos en los órganos de representación de la profesión.

Cada Consejo soporta las cargas del Presidente, Vicepresidente, Secretario y Tesorero. El Presidente representa el colegio provincial y es miembro de derecho del Consejo Nacional (1).

LOS ORÍGENES DE LOS COLEGIOS PROFESIONALES EN ITALIA

Los colegios profesionales tienen unos orígenes muy antiguos, incluso ya desde la época romana eran un fenómeno social fundamental, tanto por su proyección social como por el número de individuos implicados. Se piensa que, en tiempos imperiales, al menos un tercio de la población urbana de Roma fuera colegiada en alguna institución: esto, al mismo tiempo da una medida de la importancia de los colegios e identifica los términos latinos *collegia*, *corpus*, *societates*, *sodalitates*, *sodalicia* con asociaciones profesionales, cuya finalidad no era únicamente relacionada con el trabajo de sus colegiados/miembros. De hecho, los colegios han de considerarse dentro de un marco histórico y social mucho más articulado. Un aspecto que hay que tener en consideración es que entonces la vida y cada actividad estaban impregnados de religión; los colegios, además, tenían la finalidad de "formar" a los nuevos colegiados/seguidores. Los colegios desarrollaban activamente un papel importante en la vida política (como demuestran los graffitis electorales de Pompeya), aunque con los años se convierten en un instrumento muy eficaz de control local por parte del poder imperial, en particular en Ostia, el puerto de Roma, y paso esencial para el abastecimiento de bienes para la capital (2).

Hay que esperar hasta comienzos del siglo XII para asistir a la creación de instituciones específicas para los oficios y profesiones, en particular en Italia, cuando nacieron corporaciones o "artes", entendidas como asociaciones de todas las personas que en una ciudad ejercían el mismo oficio. Las corporaciones estaban divididas en "artes mayores" (mercantes, banqueros) y "artes menores" (artesanos y comerciantes), y tenían una gran influencia en la organización económico-política de la ciudad. La corporación, "arte", de los médicos y boticarios, por ejemplo, era una entre las siete principales artes mayores de las corporaciones de artes y oficios de la gloriosa ciudad medieval de Florencia. En general, los miembros de un arte se dividían en tres clases: los "maestros", que poseían las materias primas y vendían bienes producidos en su propio taller; los "aprendices" y los "mozos".

La corporación fomentaba los intereses de sus propios miembros, en particular protegiéndolos contra la competencia de otras ciudades y valorizando sus productos frente a los de los profesionales de la misma ciudad que no pertenecían a la corporación. También tenían funciones que hoy llamaríamos de sindicatos: establecían horarios uniformes para todos los talleres que producían los mismos productos y fijaban iguales salarios para los empleados que trabajaban en el mismo negocio. Para evitar que se formaran liderazgos, la corporación determinaba el número de empleados en un taller, el número de herramientas a utilizar y los precios de venta. Y, para asegurarse que los talleres cumplieran con las leyes establecidas en los estatutos, los sometía a cuidadosas y repetidas supervisiones. Las mejoras técnicas capaces de permitir a un taller producir más que otro estaban prohibidas. Las artes mayores adquirieron una posición dominante en

prejuicio de las artes menores. Las corporaciones representaron una fuerza importante en la vida política europea desde el siglo XII hasta el siglo XIV. La lucha entre la nobleza y las clases urbanas emergentes que tuvo lugar en casi toda Italia comportó la entrada de las artes en los gobiernos. Sin embargo, en el siglo XIV, las corporaciones empezaron a competir con las clases aristocráticas o mercantiles de las ciudades para alcanzar el poder, pero al mismo tiempo empezaron a perder su influencia, hasta prácticamente desaparecer en el último renacimiento (3).

Hay que esperar hasta el siglo XIX, el de las grandes revoluciones industriales, para que el gobierno central asegure a los ciudadanos el control sobre el profesionalismo y la artesanía. En Italia, esta específica directiva política coincide con la Unidad Nacional en 1861, y con el deseo del entonces Reino de Italia de homologar los diferentes sistemas vigentes en el territorio nacional, hasta entonces dividido y a veces contrapuesto.

Es así que, en la segunda mitad del siglo XIX, nacen las asociaciones de profesionales, a partir de la de los abogados en 1874. La Asociación Médica se establece por medio de la Ley 455 de 10 de julio 1910, que establece las normas para los órdenes de salud. Es interesante anotar que el Art.8 precisa que el consejo de administración de cada organización está encargado de las siguientes tareas:

- Compilar y mantener actualizado el libro de la orden y publicarlo al comienzo de cada año, notificando su publicación a la autoridad.
- Supervisar el decoro e independencia de la orden.
- Reprimir los abusos y deficiencias de los operadores de salud que ejercen la profesión liberal.
- Mediar en los pleitos judiciales entre operadores de salud y entre éstos y los clientes cuando la causa fuera por los emolumentos y por fin administrar las ganancias de la orden. Las mismas actividades que encontramos en las actuales directivas (4).

Mientras tanto, la enfermería italiana va evolucionando con gran dificultad; junto a la aparición de las primeras escuelas y el comienzo de un largo proceso de profesionalización, nace la primera asociación enfermera, con el objetivo de preservar y mejorar la enfermería misma.

En 1919 se constituye la *Associazione Nazionale Italiana Tra Infermiere* (ANITI), es decir la Asociación Nacional Italiana entre Enfermeras y, al mismo tiempo, su revista "Boletín Mensual". ANITI entró en el Comité Internacional de Enfermeras en la reunión de Copenhague de 1922. Estaba formada por miembros del *Comitato Nazionale delle Donne Italiane* (CNDI), el Comité Nacional de las Mujeres italianas, miembros de la Cruz Roja Italiana y de los movimientos de defensa de la mujer, y representó el inicio de una definición más moderna de la asistencia enfermera en Italia y el primer intento de defender la profesión misma (5).

Una de sus primeras acciones, colaborando con el Ministerio del Interior, fue la de evaluar a nivel nacional las condiciones del servicio de salud en Italia. La encuesta mostró que la mayoría de las aproximadamente 8.380 profesionales eran religiosas y que la relación enfermera/cama era de 1 a 12, mientras que en Inglaterra era de una enfermera

cada 5 camas y en el Imperio de los Habsburgo de una enfermera cada cuatro camas.

La evidente falta de enfermeras obligó a la Asociación a supervisar las escuelas abiertas en esos años y a definir los objetivos de estudio con la intención de homologar la preparación de los profesionales de enfermería.

Con la llegada del régimen fascista a Italia, gracias a la propaganda y a la represión, en unos pocos años la libertad de prensa fue eliminada y todos los partidos políticos disueltos, con la única excepción del Partido Nacional Fascista; del mismo modo fueron disueltos los sindicatos y suprimido el derecho de huelga. Fue nombrado un jefe de gobierno, el Duce, que pudo contar con un ejército personal, la Milicia Voluntaria para la Seguridad Nacional, formado por veteranos de las Centurias de Camisas Negras, y hasta fue eliminado el mismo Parlamento y sustituido por el Gran Consejo Fascista (6).

Todos los Órdenes y Colegios profesionales de cualquier grado fueron suprimidos. El ANITI fue expulsado del Comité Internacional de Enfermeras, que no podía aceptar en su seno las asociaciones nacionales de enfermería que no fueran libres, y en 1933 se transformó en un sindicato fascista de enfermeras calificadas.

NACIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS COLEGIOS DE ENFERMERÍA

Tras el período de mandato de Mussolini, los italianos van superando la tragedia de la guerra y se prepararon, sin saberlo, a vivir los años del milagro económico.

La victoria en el referéndum institucional celebrado el 2 de junio de 1946, en el cual participaron por primera vez en Italia las mujeres, abrió el período republicano y la formación de una asamblea para la redacción de la Constitución. En el mismo año, se emitió el Decreto Legislativo para la recuperación de los Colegios profesionales de salud y para la disciplina de las actividades que ejercen los profesionales de salud.

El Decreto estableció la creación en cada provincia de un Orden de médicos-cirujanos, veterinarios y farmacéuticos y de colegios de matronas. El personal de enfermería no estaba incluido aún (7).

Sólo en 1954, con la Ley 1049 de 20 de octubre llamada "Establecimiento de los colegios de profesionales de enfermería, visitantes de la salud y asistentes de infancia" se fundan en cada provincia los colegios Ipasvi (8).

El texto de la ley es muy simple, consiste sólo en tres artículos e instan a los colegios, instituidos con la misma Ley, a adoptar las normas del Decreto Legislativo de 1946, compuesto por 28 artículos. A pesar de ser muy breve, la ley presenta algunos particulares interesantes. En primer lugar, está orientada exclusivamente a personal femenino. De hecho, en Italia, hay que esperar hasta 1971 con la Ley número 124, para que los hombres puedan ejercer como profesionales de enfermería. Hasta entonces, podían ejercer únicamente las actividades de enfermería general o de enfermeros psiquiátricos en las divisiones masculinas de los hospitales psiquiátricos. El trabajo de enfermería, visto como "auxiliar" y como una "vocación", tenía un matiz específicamente femenino, y estaba considerado muy adecuado a las mujeres, en especial a las religiosas, que durante muchos años fueron la mayoría entre las enfermeras. Esta situación produjo como resultado que las religiosas ocuparan posiciones de liderazgo, incluso entre el personal estatutario del

Colegio, y que ocuparan la presidencia nacional hasta los años 70.

La tabla que sigue resume los datos, sacados del "Notiziario Ipasvi" ("Noticias Ipasvi") del 15 de diciembre de 1959, del censo de los colegios, que ofrecen un cuadro interesante de la situación de la enfermería en esos años y de hecho muestran la alta presencia de religiosas y, a pesar de la afiliación obligatoria sancionada por la ley, el elevado número de ilegales no obstante el decreto en vigor ya desde hace 5 años (9).

Tabla 1.

Censo de las profesiones sanitarias		
Título	Personal censado	Numero de inscritos en el colegio
Enfermeras profesionales	11.851	8.716
Religiosas	6.457	5.855
Laicas	5.394	2.861
Auxiliares sanitarias visitantes	3.537	2.655
Religiosas	47	16
Laicas	3.490	2.639
Vigilantes de infancia	464	285
Religiosas	65	15
Laicas	399	270

El ingreso de los hombres entre el personal profesional de enfermería fue la causa principal de la aceleración del cambio en los recorridos formativos, en primer lugar en los internados, que tendrán que modificar sus reglas para los nuevos estudiantes. Los resultados de las últimas elecciones para el Consejo Nacional de la Federación Ipasvi han evidenciado la finalización del proceso de integración del componente masculino en la profesión, que por primera vez en la historia del colegio ha predominado en el Consejo.

Otra interesante peculiaridad de la ley que establecía la creación del Colegio concernía a los derechos para colegiarse: podían hacerlo únicamente las mujeres que se hubieran graduado según las disposiciones del Real Decreto de 1929, transformado en ley fascista en 1940 (11).

Durante algunos años esto fué un impedimento para el desarrollo de los registros, ya

que el decreto admitía el acceso únicamente al personal femenino, con un determinado estado civil, que hubiesen sido entrenadas en internados anexos a grandes hospitales. Las enfermeras tenían que ser solteras o viudas sin hijos y la asistencia profesional era muy distinta de la asistencia voluntaria.

Sin embargo, muchos criticaron esta ley porque abrió el paso a los médicos que monopolizaron el campo en las escuelas de formación para las enfermeras, donde graduarse no era siempre expresión de una cuidadosa preparación, ni de la conciencia de estar llevando a cabo una tarea importante. Además, la Cruz Roja Italiana recibió el permiso para llevar a cabo cursos de enfermería menos exigentes y más cortos, de un solo año, causando fricciones entre las diferentes escuelas (5).

Hay que esperar hasta 1973, año en el que Italia aceptó el Acuerdo Europeo sobre la instrucción y la formación de los profesionales de enfermería. El Acuerdo de Estrasburgo, de hecho, indicó los puntos esenciales para una revisión de los planes de estudio y definió la función educativa del adiestramiento de los estudiantes. Para cumplir con las directrices europeas, que incluían 4.600 horas de instrucción, se desarrollarán nuevos planes de estudio y la duración de los cursos aumentaba, pasando de dos a tres años.

Imagen 1. Entrega de los diplomas de fin de año. Escuela de enfermería de la Cruz Roja Italiana Sondrio, Italia. 14 julio 1972.



Cortesía de Clelia Rapella

El Acuerdo de Estrasburgo requería una educación básica de diez años para poder ingresar al curso de enfermería, de una duración de tres años. Los estudiantes, al terminar la carrera, adquirirían un título de estudio equivalente al que la misma categoría de trabajadores adquirirían en los restantes países europeos. En 1974, el Decreto Presidencial

No. 225 modificó la descripción de las funciones de los enfermeros, previamente definida por el Regio Decreto n. 1310 del 2 de mayo de 1940, e incluyó nuevas actividades: la organización, promoción y aplicación de planes de trabajo, la instrucción del personal, la participación en reuniones de equipo y en la investigación científica. La descripción del trabajo siguió siendo, sin embargo, un vínculo para la profesión y, a pesar de los cambios introducidos, se continuó a interpretar como una lista de actividades que el personal de enfermería podía -o no- llevar a cabo, y nadie pareció aprovechar de las oportunidades para tomar iniciativas.

El Decreto del Presidente de la República n. 867 del 13 de octubre de 1975, cambió el ordenamiento de las escuelas y también de los programas de los cursos; se revisaron el número de horas teóricas y prácticas, se volvió obligatorio frecuentar los cursos, se introdujo el estudio del idioma Inglés para fomentar el interés en la abundante documentación de enfermería extranjera. Las escuelas son colocadas bajo el control y supervisión de un órgano central. En un primer momento es el Ministerio del Interior, luego el Alto Comisionado, y por último el Ministerio de Salud. En 1977 se publicó la Directiva 77/453/CEE sobre la coordinación de las disposiciones de ley, reglamentarias y administrativas para las actividades del personal de enfermería que se ocupa de cuidados generales, según la cual para obtener el diploma es necesario aprobar un examen donde se demuestre la adquisición de un suficiente conocimiento de las ciencias básicas para el cuidado de enfermería (fisiología, patología y ética profesional), junto a una experiencia clínica adquirida bajo la supervisión de personal calificado y en lugares donde el personal y los equipos sean apropiados para la atención al paciente. La reforma de salud, Ley n.8332 del 23 de diciembre de 1978, puso entre sus objetivos, en el art. 2, párrafo 8, "la actualización profesional y la formación continua, así como la actualización científica y cultural del personal del servicio nacional de salud"; según el art. 6 el Estado tenía el poder de: "determinar los requisitos para clasificar los perfiles profesionales de los trabajadores de la salud; fijar las disposiciones generales relativas a la duración y la conclusión de los cursos; determinar los requisitos para la admisión en las escuelas, así como los requisitos para ejercer las profesiones médicas y de salud auxiliar "(Art. 6, letra q), y, a la letra s," las órdenes y colegios profesionales ". El Art. 47 de la reforma reglamentada por el Decreto Presidencial no. 761 de 1979, contenía una ley delegada para que el Gobierno emitiera un decreto que regulara la situación jurídica del personal de enfermería, según el cual todos los enfermeros empleados por el Sistema Nacional de Salud serían registrados bajo un único marco jurídico, el papel de cuidado de la salud, y hubieran sido incorporados en los niveles funcionales de acuerdo a sus perfiles profesionales. En cuanto a la actualización profesional, en el art. 46, se convirtió en un requisito legal para todo el personal del sistema local de salud, y están previstas sanciones disciplinarias para los que no cumplan con este deber por un plazo de tiempo superior a cinco años.

El objetivo era adaptar la formación del personal a los tiempos y tener la posibilidad de aplicar la movilidad y el reciclaje, mejorando la calidad del servicio. Si en 1978 se eliminaron los cursos para las enfermeras de cuidado general, con la Ley 243 de 1980, se les dió la posibilidad de un nuevo desarrollo extraordinario. Por fín, con la ley n. 3412 del 19 de noviembre de 1990, que estableció los cursos para los diplomas universitarios en ciencias de enfermería, fué posible obtener lo que desde hacía mucho tiempo se estaba

reclamando, es decir, equilibrar el nivel profesional y cultural del personal de enfermería italiano con el de los otros países europeos. Se establece como requisito previo para la admisión a los cursos, el título de bachillerato, tal y como las asociaciones sectoriales lo habían solicitado durante muchos años, como una de las condiciones esenciales y que calificaban el ingreso en la profesión de enfermería. El Decreto Ministerial n. 739 del 14 de septiembre 1994, "Reglamento relativo a la identificación de la figura y del perfil profesional del enfermero", citaba "El enfermero es un profesional del cuidado de la salud con título universitario de capacitación, colegiado en un ente profesional, y está encargado de cuidados de enfermería general". En 1996 fué promulgada con el Decreto Ministerial del 24 de julio, una nueva reforma de los ordenamientos didácticos universitarios, la tabla XVIII, relativa al curso para el Diploma Universitario de Enfermería. La promulgación de la Ley n 42 del 26 de febrero de 1999, "Disposiciones relativas a las profesiones de salud" abrió la puerta a una nueva era y a la liberación de los marcos restrictivos y reductivos indicados por la descripción del trabajo, ya derogada. La ley establecía que el alcance de las actividades y las responsabilidades del enfermero estaban determinados por el Decreto Ministerial que instituía «perfiles profesionales», por los programas de enseñanza de la carrera universitaria y post-básica, y por los códigos de conducta específicos. Con el Decreto Legislativo n. 229 19 de junio de 1999, "Normas para la implementación del Sistema Nacional de Salud" se introdujeron cambios importantes en la Ley 341/90, con la creación de nuevos programas de enseñanza. El Diploma Universitario fue desbancado por la licenciatura, título otorgado al final de un curso universitario que también dura tres años; además las universidades podían otorgar licenciatura de segundo nivel o especialística, cursando dos años adicionales, y otros títulos de postgrado como el Diploma de Especialización, establecido en las disposiciones de la ley o en las directivas de la UE, el doctorado, que ofrecía una preparación en el campo de la investigación científica y de la más alta cualificación, con cursos que duraban tres años, el máster universitario de 1º y 2º nivel, que se podía conseguir siguiendo cursos de reciclaje científicos y formación continua y actualizada.

En 2000 se promulgó la ley 251, "Reglamento de las profesiones de enfermería, técnicas de rehabilitación, de prevención y de la profesión de matrona", en la cual se señala que "el enfermero desarrolla autónoma y profesionalmente las actividades de prevención, cuidado y protección de la salud individual y colectiva" de acuerdo con sus funciones identificadas en los perfiles profesionales y en el Código de Conducta, utilizando la metodología de la planteación de los objetivos de asistencia. Esta misma ley también estipuló que el Ministerio de Salud dictara los decretos para específicos cursos universitarios de especialización y que fueran desactivados simultáneamente los cursos para profesores y directores de enfermería. La ley n. 43 de 2006 confirmó nuevamente la inscripción forzosa a los colegios y los transformó en órdenes, cumpliendo con la formación necesaria. El personal de enfermería es un profesional graduado; los coordinadores deben haber cursado un "máster en gestión" y a los que han tomado parte en máster clínicos se les otorga el título de enfermeros especializados (13).

La ceremonia de apertura del Primer Congreso Nacional de la Federación de Colegios Ispavi, celebrado en Roma desde el 31 mayo hasta el 2 de junio de 1965, tuvo como sede el Palacio de las Oficinas de EUR, distrito de la capital diseñado en los años treinta del siglo

XX, en previsión de una Exposición Universal que nunca tuvo lugar. En esa ocasión se registró la participación de todas las "más altas autoridades religiosas, militares y civiles", como citaban los periódicos de la época. A pesar de una atmósfera aún muy formal y rígida, el discurso de apertura del presidente hizo hincapié en las dificultades con que la profesión de enfermería se tenía que enfrentar, a la falta de escuelas públicas y gratuitas para la formación, a los problemas de la integración contractual de la profesión (13).

El primer Congreso Nacional de la Federación es también una oportunidad para una importante transformación de la revista de Ipasvi, que tomó la forma de un boletín bastante extenso y acompañado por fotografías. El boletín había nacido en diciembre de 1956: unas pocas páginas mecanografiadas con informaciones básicas sobre todo en relación con la vida interna de los colegios Ipasvi. En mayo de 1959 se pasó del mecanografiado a la prensa, pero el boletín estaba compuesto por una única hoja. Sólo en 1965 el boletín se convirtió en una verdadera revista, dividida en secciones fijas que no proporcionaban únicamente informaciones, sino también reflexiones sobre la profesión de enfermería y, más en general, del mundo de atención médica.

La transformación siguiente se llevará a cabo en 1990, cuando nace la revista "El enfermero" que hoy en día, aunque con las modificaciones posteriores en su estructura, es la revista oficial de la Federación de Colegios Ipasvi.

A partir de 1959, el Comité Central de la Federación Ipasvi comienza a hablar de la necesidad de elaborar un Código de enfermería, que establezca las coordenadas éticas en relación con el trabajo de los profesionales de enfermería.

El primer Código de las enfermeras italianas estará listo al año siguiente, en 1960: es un importante logro que representa un paso adelante en la construcción de la identidad profesional, especialmente en relación con otras profesiones de la salud.

Sin embargo, algunos años después, en 1969, surgirá la necesidad de revisar el texto con el fin de eliminar lo que en ello estaba demasiado "vinculado a los tiempos, a elementos históricos y sociales transitorios", tal como se puede leer en la presentación del nuevo Código.

Este código se mantendrá en uso durante muchos años, sin que nadie piense en renovarlo. La nueva redacción del Código de enfermería será publicada el 12 de mayo de 1999, con motivo del Día Internacional del enfermero, y en estos días se encuentra en revisión a la luz de los nuevos desafíos internacionales y las nuevas tecnologías médicas y científicas (14).

CONCLUSIONES

A partir de 1956 el número de los enfermeros colegiados ha ido aumentando constantemente, desde el número inicial de 23.000 hasta los 400.000 de 2016. Este fenómeno fué causado en parte por los cambios introducidos por la ley que ha estimado la obligación de la inscripción y en parte por el aumento del interés de los jóvenes por esta profesión.

Además, a partir de 1990 numerosas normas han cambiado radicalmente el papel, el estado, las funciones y las responsabilidades del personal de enfermería; en primer lugar,

con la creación de los Diplomas Universitarios en ciencias enfermeras, y, después, con los Diplomas Universitarios para enfermeros. La profesión enfermera y la de las matronas no son consideradas más "artes auxiliares": ahora son profesiones sanitarias y un enfermero es "el operador sanitario con Diploma Universitario de capacitación, inscrito en el registro profesional y que está a cargo de la asistencia general enfermera".

La ley de 2000, que abrió el camino a la ocupación de posiciones de directivo también para el personal de enfermería, y la ley de 2002, que estableció las carreras universitarias, las licenciaturas de segundo nivel, los doctoratos de investigación y los Másteres, por fin han abierto a la posibilidad de gestionar los procesos de trabajo de forma autónoma, con consiguientes e importantes consecuencias en la organización de los diferentes servicios. Aunque con las diferencias relacionadas con los factores culturales, ambientales y de carácter, esto ha llevado a uniformarse con lo que se hace en los otros países europeos desde hace años (15).

Durante la última década, en Italia, muchas han sido las polémicas contra los colegios de enfermería, fomentadas más por el personal de enfermería mismo que por los pacientes. A partir de 2006 se ha presentado en el Parlamento un proyecto de ley para transformar el Colegio (al cual pueden colegiarse profesionales para cuya capacitación es necesario un diploma de bachillerato) en orden profesional (en el que se requiere un título académico). A pesar de que la entrada de las ciencias de enfermería en el ámbito académico remonte a la década de los años noventa, todavía no se ha hecho este paso formal. El mismo nombre Ispasvi suena casi anacrónico; de hecho, las profesiones a que se refiere el acrónimo fueron eliminadas en 1999 y se han convertido tan sólo en enfermeros, enfermeros pediátricos y auxiliares sanitarios.

Un movimiento de economistas, nacido en el seno de la prestigiosa universidad de Milán, ha apoyado recientemente una corriente, incluso a nivel político, para la eliminación definitiva de todas las órdenes y colegios profesionales, por ser la causa de la inmovilidad social y económica, de dinámicas de grupos internos de presión que no corresponden a reales mejoras en los servicios a los clientes. De hecho, en Italia, de acuerdo con el Decreto Ministerial del 20 de diciembre de 2012, hay 19 órdenes y 8 colegios profesionales, que totalizan 27 profesiones que requieren la inscripción en algún registro. Sin duda un porcentaje muy por encima de las normas europeas (16).

A pesar de las razones o de las faltas de cada escuela de pensamiento, acerca de la necesidad de renovar una legislación que está anticuada y, en algunos aspectos, obsoleta, no hay duda de que los Colegios Ispasvi en el territorio italiano han contribuido de manera tangible a la evolución profesional de la enfermería. Los colegios Ispasvi, nacidos en una Italia muy diferente a la de hoy y con un Servicio de Salud todavía lejos de los niveles tecnológicos y del desarrollo que hoy en día han alcanzado, han cumplido ya sesenta años.

Esperando poder celebrar reformas y nuevos logros, hemos recordado las grandes etapas, para estimular la memoria de aquellos que las han vivido en primera persona y para dar una idea a los más jóvenes de lo largo y complejo que ha sido el recorrido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Federazione IPASVI (IT). Chi Siamo [Internet]. ACT (ITALY): Federazione Nazionale Collegi IPASVI (IT); 2015 [cited 2017 March 14]. Available from: <http://www.ipasvi.it/chi-siamo/federazione>
2. F. DIOSONO, Collegia. *Le Associazioni Professionali nel Mondo Romano*. Rome. Quasar, 2007.
3. Ciasca, R. *L'arte dei medici e speciali nella storia e nel commercio fiorentino dal sec. 12. al 15*. Rist ed. Florence: L. S. Olschki; 1977.
4. Norme per gli Ordini dei Sanitari, Legge n 455, 1910 (IT). Available from: <https://www.omceo.me.it/ordine/struttura/storia>
5. SIRONI, C. *L'infermiere in Italia: storia di una professione*. Rome: Carocci Faber; 2012.
6. COSMACINI, G. *L'arte lunga: storia della medicina dall'antichità a oggi*. Nuova aggiornata e ampliata ed. Bari; Rome: GLF editori Laterza; 2011.
7. Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse, D.LGS.C.P.S. n. 233, 1946 (IT). Available from: <https://www.omceo.me.it/ordine/struttura/storia>
8. Istituzione dei collegi delle infermiere professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici d'infanzia, Legge, n. 1049,1954 (IT). Available from: <http://www.ipasvi.it/archivio>
9. ANTONIOTTI, E.; MARTELOTTI, E. *Ipasvi, una lunga storia*. [Internet]. 2011 [cited 2017 March 14];7:12 [about 4 p.]. Available from: <http://www.ipasvi.it/archivio>
10. Unknown. Notiziario. Federazione nazionale Collegi Ipasvi. 1959 December;44(5):307-10.
11. Testo Unico delle leggi sanitarie, Regio decreto n. 2330,1929 (IT). Available from: www.gazzettaufficiale.it
12. Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo sull'istruzione e formazione delle infermiere, adottato a Strasburgo il 25 ottobre 1957, Legge 759, 1973 (IT). Available from: www.gazzettaufficiale.it
13. COSSETA, AB. *Professione infermiere*. Torino: UTET; 1994.
14. Associazione regionale infermiere-i del Lazio, Consociazione nazionale infermiere-infermieri ed altri operatori sanitario-sociali. Infermiere come forza sociale: atti del Convegno nazionale 1986. S. I: s. n.; 1987.
15. LUSIGNANI, M.; MANGIACAVALLI, B.; CASATI, M. *Infermieristica generale e organizzazione della professione: deontologia infermieristica, legislazione professionale, competenze specialistiche*. 2.th ed. Milan: Masson; 2001.
16. ZAGRA, M. *Medicina legale orientata per problemi*. Milan: Elsevier; 2011.

RELACIONES INTERPROFESIONALES PRACTICANTES/RELIGIOSOS: UNA APROXIMACIÓN AL TEMA

PRACTICAL / RELIGIOUS INTERPROFESSIONAL RELATIONS: AN APPROACH TO THE THEME

Francisca J. Hernández Martín

Presidenta Seminario Permanente para la Investigación
de la Historia de la Enfermería

PALABRAS CLAVES: Historia de la Enfermería, Ordenes religiosas enfermeras, Practicantes, Conflictos profesionales.

KEY WORDS: History of nursing, Religious orders nurses, Practitioners, Professional conflicts.

RESUMEN: Los Practicantes suplantaron en 1857 a las profesiones técnicas y adquieren gran prestigio, poder y reconocimiento social. Pero tuvieron problemas con otras profesiones: cirujanos, odontólogos y matronas.

El estudio se centra en si tuvieron problemas con los religiosos que llevaban la administración y asistencia a los enfermos y de qué tipo.

Los resultados muestran que los religiosos se atuvieron a los principios establecidos por la Orden como modelo para la organización de la asistencia en los Hospitales. Colaboraron con la Institución, profesionales y evitaron la confrontación y el intrusismo. La caridad, la gratuidad y su gran humanidad fueron sus notas distintivas.

ABSTRACT: In 1857 practitioners replaced technical professions and achieved great prestige, power and social recognition. However they got problems with other professions: surgeons, odontologist and midwives.

This study focuses if they really got problems and what kind of them appears with the religious who did the administration and assistance to ill people.

Results show religious were guided by the Order's values as model to organize hospital assistance. They collaborate with the Institution and professionals. Moreover they avoid confrontation and intrusism. Charity, gratuity and their huge humanity were their distinctive notes.

PUNTO DE PARTIDA

Inicio con algo ya dicho, pero clave en el tema que nos ocupa. Las profesiones son roles sociales que dan respuesta a una necesidad social y que cualquiera no puede ejercerla. Su quehacer está relacionado con los dones más preciados por el ser humano como es la vida, la salud, la enfermedad o la muerte. Por ello, el profesional necesita una formación reglada y un reconocimiento social. Esto es en síntesis lo que nos afirman los analistas de las profesiones (Pearson, Weber...).

El Congreso que estamos celebrando nos pone en evidencia que tenemos hoy en nuestras manos un tema de suma importancia, la salud de la población. De ahí que tras un siglo de existencia como profesión y la creación de los Colegios Profesionales, celebremos en este Congreso el Centenario de esta Institución “El colegio Oficial de Enfermeros de Salamanca”, y que enfermeros e historiadores analicen este hecho desde las diversas perspectivas en que es posible estudiarlo.

Varios congresistas han reflexionado sobre algunos aspectos, ahora me toca a mí abordar otro no de menor relieve, pues la búsqueda de la verdad requiere del análisis de todas las manifestaciones en que una profesión expresa su actividad. Sabemos que los Practicantes adquieren el reconocimiento social que antes ocupaban otras profesiones o grupos y siempre estos asuntos crean conflictos entre ellas: aparición o desaparición, pérdida o ganancia de poder, prestigio, función, remuneración y aparezcan problemas con odontólogos y matronas, ahora se trata de poner en claro si hubo problemas con los grupos o comunidades de religiosos/as que llevaban la responsabilidad de los cuidados en los Hospitales durante este período y, en cuyo caso, si las hubo, cuáles fueron y cómo se solventaron.

Mi objetivo, o mejor lo que me han pedido que hablara es sobre problemas de Practicantes y Religiosos y a la inversa Religiosos y Practicantes. Todas las cosas tienen una doble versión, según desde donde se mire y se estudie o viva. Y no se trata de una opinión, por ello el acudir a las fuentes es imprescindible.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS: LOS RELIGIOSOS EN LOS HOSPITALES

Sabemos por la Historia, que la atención a los enfermos en los hospitales, en su mayoría, desde su aparición, es organizada por la Iglesia a través de diversas congregaciones u órdenes religiosas. A partir del siglo XV, es la propia Iglesia quien pone solución a los problemas que surgieron en los hospitales a finales de la Edad Media. Tras este contexto, una de las órdenes pioneras con una nueva mentalidad, es la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, quien establece sus propios centros para asegurar esta atención. Los enfermeros permanecerán a partir de ahora en los centros día y noche y ofrecerán un cuidado permanente. Seguirán los Religiosos Camilos, Orden fundada por Camilo de Lellis, después los Hermanos Obregones fundados por Bernardino Obregón... y ya, en el primer tercio del siglo XVII, en 1633, en Francia, aparece una Congregación de mujeres, las Hijas de la Caridad, fundada por Vicente de Paul y Luisa de Marillac para atender a todo tipo de enfermos y problemas sociales y que, a instancias del Gobierno, a finales del Siglo XVIII se introducen en España.

Han pasado casi dos siglos desde su fundación y esta nueva Orden de mujeres, tras la

publicación de la Ley de Beneficencia (1822), será el Estado quien deje propiamente en sus manos la atención a los enfermos en los Hospitales e Instituciones de la Beneficencia Pública y lo hace por dos motivos: su eficacia, trabajan muy bien y por ser rentables. Eso es en síntesis lo que aparece en las solicitudes que hacen a los superiores para conseguir que se hagan cargo de la atención en diversas partes y así consta en las Reales Órdenes, para la realización de los contratos. En unos años se extendieron no solamente en España, sino que diversos grupos partieron para México, Cuba y Filipinas.

En el trabajo me voy a referir más a las instituciones de mujeres, porque los religiosos no van a tener estos problemas, pues ellos sí podían realizar los estudios de la carrera de Practicante y actuar como tales.

MÉTODO Y FUENTES PARA SU ESTUDIO

Cualquier planteamiento de trabajo en un congreso de Historia ha de seguir el mayor rigor crítico y aunque no se trata de una investigación, sí es necesario recurrir a las fuentes. No se trata de una revisión exhaustiva, pero sí se ha buscado la mayor posibilidad de enfoques para saber que aquello que se afirma tiene su fuente de verdad. De ahí que hayamos consultado la prensa de este tiempo, algunas tesis doctorales defendidas en estos últimos años que abordaban el tema de los Practicantes, Reglamentos de Hospitales y otros trabajos.

Partiendo de esta realidad, nuestra premisa de hipótesis la concretamos en estos términos: ¿Hubo problemas profesionales entre Practicantes y Religiosos que alteraran la atención a los enfermos? Y, por ser una cuestión tan genérica, nos planteamos los objetivos siguientes:

- 1.- Cómo se instalan unos y otros en sus respectivas responsabilidades y delimitan sus funciones.
- 2.- Analizar si hubo problemas, cuáles fueron y de qué tipo: profesionales, de relación, de criterio... y si trascendieron al ámbito institucional o jurídico.
- 3.- Si los hubo, ¿cómo se solucionaron?

1. La irrupción de los Practicantes: estado de la cuestión

Los cambios en la medicina iniciados con el Renacimiento alcanzarán ahora en los siglos XVIII y XIX otra expresión. Años de cambios políticos y sociales, años de cambios en la Sanidad y hasta en la configuración de los centros asistenciales. La medicina entrará de lleno en los Hospitales, hecho que se ha reconocido como la “medicalización de la asistencia” y así, todos los actos hospitalarios a partir de ese momento se transformarán, en actos médicos.

Tras este reconocimiento, será el médico quien dirija estas instituciones y necesitará a su lado de un profesional auxiliar técnico que le ayude en las intervenciones como ayudante y colaborador y será quien se ocupe de los cuidados técnicos, curas, vendajes. Éste será el *practicante* que emerge como carrera auxiliar de la medicina con la Ley de Instrucción Pública (1857).

Dicha Ley regula las profesiones sanitarias: la medicina, la cirugía y farmacia y, también regula Profesiones auxiliares: practicantes y matronas, desapareciendo aquellas como

sangradores y ministrantes. Los practicantes se ocuparán de la parte técnica y colaborarán con los médicos en los quirófanos, en las curas... Por tanto, a partir de esa etapa los Practicantes serán contratados en los Hospitales para realizar dicha función técnica y los religiosos continuarán con los cuidados básicos y la organización de las enfermerías. Además, el Estado no puede hacer frente al gasto económico para llevar a cabo estos cambios. No tiene fondos para poder sostener en pueblos pequeños a un médico y se crearán plazas para Practicantes rurales, una figura intermedia que solventará muchos de los problemas en esas zonas en ausencia del médico. Esto reforzará la autoridad y reconocimiento que adquiere el Practicante en este momento.

¿Cómo viven esto los Religiosos? Podemos responder, sin un análisis previo, que como una intromisión, usurpación y suplantación? No. Los problemas humanos aparecen donde hay personas, grupos que piensan, pero ¿fue esta la realidad?.

Desde sus inicios, las órdenes religiosas, sobre todo las que van a establecerse por contrato con las Instituciones públicas tienen establecidos unos criterios básicos que harán valer, pues la experiencia les ha demostrado que en el trabajo con diversos tipos de profesionales aparecen conflictos y ellas quieren evitarlos, han de sentirse libres para actuar y sabiendo a quién o quiénes tienen que rendir cuentas. Una cosa es la cuestión de su vocación y carisma, su entrega y gratuidad y otra los aspectos institucionales y profesionales.

Cuando las Hijas de la Caridad se establecen en los centros, tienen un modelo válido para la organización de la asistencia en los Hospitales. Además de este método, los motivos de confiarles tantos centros se debió a:

- *La formación para el servicio a los pobres recibida de los escritos de los Fundadores y Superiores.
- *La dependencia en lo espiritual de un Superior General.
- *La forma de organización y administración es central, vertical y para todos los centros igual.
- *Que el servicio a los pobres enfermos era su carisma fundacional, sellado en el cuarto voto.
- *Que existía un método o modelo de trabajo.

En cuanto a lo Institucional dependen de la Superiora local, que tendrá la autoridad en el Centro y será quien canalice los asuntos con la administración y autoridad Institucional.

Y en cuanto a lo profesional deberá responder de la misión que se le ha asignado y no podrá contravenir las normas establecidas.

Desde estos criterios se establecen los contratos con los diversos Centros de la Beneficencia Pública que, tras ser aceptado por las altas instancias del Estado y hecho público por Real Orden, se firmarán por las autoridades eclesiásticas y las locales.

RESULTADOS-DEBATE

Durante estos últimos años, algunos enfermeros han dedicado su tesis doctoral al tema de los Practicantes. Había abundante documentación, pero carecíamos de estudios

que ofrecieran una visión completa. Esto nos permite conocer con mayor claridad los problemas existentes.

En varios de estos trabajos aparecen los problemas entre médicos y practicantes. Dentistas y Practicantes, Matronas y Practicantes... pero no he encontrado analizados problemas entre Religiosos y Practicantes. Por supuesto que aparece como punto de conflicto en algunas de ellas, pero sin dar valor al hecho y no documentado para poder hacer una reflexión y revisión. Revistas como "el siglo médico" y revistas de varios Colegios de Practicantes, muchas de ellas digitalizadas, tampoco hacen referencia al tema. Me sorprendieron datos de alguna de ellas, pero no he encontrado asunto claro para poder esclarecer la cuestión y trasladar aquí lo encontrado. Las consultas realizadas al Archivo de la Facultad de Medicina de Madrid, sección de Actas entre los años 1916 a 1939 y sobretodo de 1940 a 1950 tampoco me han aportado datos para el tema.

Hablar de resultados pueda parecer hasta atrevido, pero lo son. Y lo centro teniendo en cuenta algunas fechas que nos sitúan en momentos importantes de esta profesión dotándola de mejor comprensión. Tres momentos marcan el camino y su evolución

1. La aparición de una nueva profesión, *El Practicante*: de 1857 a 1916

Los avances de la medicina, sobre todo de la cirugía han obligado a una reestructuración de los espacios del Hospital. Ahora son los laboratorios, los quirófanos, etc., ámbitos que requieren de un nuevo personal dando lugar a la aparición de la profesión de Practicante con sus funciones concretas; un personal con conocimientos técnicos para asumir una nueva función, ser los ayudantes del médico en las grandes intervenciones y realizar las curas, los vendajes... en el desarrollo de estos procesos. Es necesario establecer equipos especializados y se necesitan ayudantes cualificados y técnicos que incluso colaboren con el médico en la atención en los pequeños pueblos, esto le dota de un reconocimiento y poder social y un lugar destacado en el escalafón de la asistencia, pero sobre todo prestigio y poder. En las zonas rurales el Practicante era un "cuasi médico". De ahí que muchos conservaran el rótulo o la placa anunciando PRACTICANTE.

Hasta ese momento las religiosas asumieron la organización y toda la atención, pero saben que parte de su función la realizarán estos profesionales. Ellas cuentan con todos los medios para prepararse y realizar prácticas antes de incorporarse a la asistencia a los enfermos.

Las Hijas de la Caridad al establecerse en España, uno de sus primeros pasos es programar la formación. Establecen en el propio noviciado una Escuela de Enfermería y otra de Farmacia como existían anteriormente en París, de ahí su saber y su competencia. Esta formación la completan con un tiempo de prácticas en el Hospital de la Pasión de Madrid con el que establecen un contrato para este fin. Así cuando se les solicita o pide que vayan a un u otro lugar, ellas saben cómo proceder.

Saben de esta nueva profesión, los Practicantes, y de su función, pues las Instituciones tienen que adecuar al Hospital este tipo de Profesiones. Los Centros sacan a concurso las plazas y ellas saben no pueden presentarse porque sus estudios no están convalidados. Por eso matizamos que en el estudio tenemos en cuenta dos tipos de relación:- La relación personal y la relación profesional.

Estoy segura que asumiendo esa realidad les tuvo que costar tener que dejar cierta parte de su actividad y sentir por encima a unos profesionales que cumplen un horario y les tocará a ellas completar dicha asistencia e incluso solventar los problemas que surjan o exijan una continuidad. Sabemos que en todos los grupos el factor humano tiene un forma de expresión y que se manifiesta en las diferentes formas que la persona se expresa. A nadie le gusta sentirse herido o humillado.

En este tiempo afirmamos como principio que ellas ellos/as no compitieron *COMO GRUPO*, como profesionales. Ellas no entran en juego con lo profesional desde lo que hoy entendemos como profesión. Tampoco en lo referente a un trabajo remunerado. La religiosas se mueven desde otro principio, la gratuidad/caridad que sobrepasa ese concepto material, ellas se lo plantean como vocación, el darse por entero a los pobres y enfermos. Una vida dedicada plenamente a este fin, porque en ello está quien es el enfermo o el pobre desde el mensaje del Maestro.

2.- Inquietud o preocupación en los Practicantes ante el reconocimiento oficial de la Enfermería

Con la Ley del 10 de agosto de 1904, se reorganizaron de nuevo los estudios de Practicantes y Matronas, se conservó el programa de 1902, especificando el artículo 11 por el que podrán adquirir el título de Practicante las mujeres que se sometieran a lo prescrito por la Ley y se especifica que en otro momento puedan ser reconocidas otras profesiones.

El prestigio que los practicantes habían conseguido en estos cincuenta años se encontró de repente en la encrucijada con algo inesperado, de forma que los más agudos, vieron en esto que la sentencia de muerte a los Practicantes estaba echada. Son ellos quienes lo reconocen y delatan. Por más que hicieron para que el reconocimiento de la enfermería no se llevase a cabo, éste terminó imponiéndose. En principio, estaba la no aceptación de que alguien les hiciera sombra, y en segundo lugar el miedo a desaparecer como profesión. Esto no era aceptado en las Juntas de los Colegios.

Además algunos médicos, jefes de servicio de ginecología o maternidades, no vieran con agrado entrar a los Practicantes en sus clínicas, por el respeto al pudor de la mujer. Y las religiosas enfermeras que estaban preparadas se acogieron al artículo anteriormente citado y emprendieron el camino para superar estos escollos. Lo primero tendrán que esperar al reconocimiento profesional de la enfermería, por eso en estos años como observamos en las actas de la Facultad de Medicina de Madrid, entre 1904 a 1916 no existen nombres de mujeres en las Actas de los Practicantes.

El paso posterior se dejó ver con claridad. Son las propias religiosas, la Congregación de las Siervas de María quienes logran el Reconocimiento Profesional de la Enfermería, con la Real Orden de 21 de mayo de 1915. Es ahora cuando las Religiosas se lanzan a conseguir el reconocimiento profesional, porque entienden que es otro momento en nuestra sociedad y uno tiene que dar cuenta de lo que es y sabe desde la Ley y después realizan los estudios de Practicantes para asegurar que su presencia en las maternidades. .

Sin embargo, es este tiempo de 1916-1941 la Enfermería no consiguió un reconocimiento social aunque estuvo implicada en todos los ámbitos de problemas socio-sanitarios. Los Practicantes se opusieron a dicho reconocimiento y reivindicaron de nuevo

su profesión.

Todo esto queda ya más claro entre los años 1940-1950. Después de la Guerra Civil se inicia una etapa de reconstrucción de la sanidad, una nueva organización. Las Religiosas vuelven a los centros en que desempeñaron su función. Años de preparación y esfuerzo. Se trata de poner las cosas en su sitio con una mentalidad más profesional y por lo mismo, tanto religiosa como seculares vemos incrementar los nombres de mujeres en las actas. Aunque no es fácil saber quiénes eran religiosas y quienes seculares, pero sí mujeres.

El personal que en los hospitales españoles proporcionaba cuidados a finales del siglo XIX eran Hermanas, enfermeros y los Practicantes realizaban actividades técnicas concretas, dentro de su línea de formación.

Una visión complementaria de las actividades realizadas en los Hospitales a finales del siglo XIX nos la proporciona Carmen Domínguez, cap. 6, notas 15 y 16 de su libro sobre la Profesión Enfermera. Da cuenta de dos documentados informes realizados en 1899 por un arquitecto y un médico que visitaron varios Hospitales españoles y extranjeros en vistas a la construcción de un nuevo Hospital en Bilbao. Ambos informes abarcan diversos aspectos de algo más de 31 hospitales visitados. En general se cita a los Practicantes y a las hermanas y en el Instituto Rubio en Madrid; a enfermeras.

3.- La fusión y el ocaso de una profesión: De 1952-1970

Entre mediados del siglo XX se institucionalizan dos ocupaciones destinadas a administrar cuidados, los practicantes y las enfermeras, además las matronas. Dichas instituciones quedan bajo la jurisdicción médica tanto en lo que se refiere a las enseñanzas como a la prueba de su competencia o suficiencia, bajo el título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). El sentido de cuidado referido al enfermo, si bien se modifica, sigue teniendo un enfoque técnico. Y siempre bajo la orden del médico y aplicar los tratamientos.

Mientras las religiosas enfermeras durante este tiempo permanecen en los Hospitales y llevan la dirección de algunas Escuelas. Los practicantes realizaban además de una labor destacada en ambiente rural, en la Armada, etc.; pero la denominación de "Practicante" siguió perviviendo hasta la 1980, a pesar de las unificaciones en ATS. Un lento caminar, pero ellas han sabido marcar su impronta que permanece viva bajo los aspectos profesionales, humanísticos y éticos.

CONCLUSIONES

Los problemas humanos aparecen donde hay personas, grupos que piensan, que viven, sienten y se manifiestan en la vida de relación. Así ocurre en las profesiones. ¿Cómo vivieron esto los Religiosos? Personalmente alguna pudo vivirlo como intromisión, usurpación y suplantación; sin embargo como grupo se expresa a través de los principios en los que se enmarca tanto su vida religiosa como profesional, por eso podemos afirmar que no los hubo. La Historia de las Hijas de la Caridad se mantuvo libre de estos problemas.

Sin embargo, se les ha reprochado a las religiosas que no reivindicaron el reconocimiento profesional. Se pueden discutir hoy todos estos aspectos, pero me parece estéril, puesto que los motivos por los que se promovió en otros países podemos decir

que fueron oportunistas. No tenían personal de enfermería preparado. España cuenta entonces con religiosas. En Estados Unidos esto se hace patente en la guerra de Secesión y en Inglaterra tras la Guerra de Crimea, todo ello provocado desde la precariedad añadido a la guerra, que después dio realce al valor de su reconocimiento. En España ese no era el momento, sin embargo, lo es en 1915 y son ellas, las religiosas las que lo reivindican y consiguen

La enfermería vivió estos años suplantada por los Practicantes y el prestigio que pudo tener y que hoy descubrimos no fue posible analizarlo entonces. De 1916 a 1939 hubo un pequeño incremento (la lucha antituberculosa, la lucha contra la lepra, en el tema de la lactancia materna...), en todos ellos la enfermería ocupó un lugar muy destacado, aunque no está tan explicitado ni ha sido profundamente investigado.

Pero, el peso del Practicante se mantuvo por mucho tiempo, ¿Por qué? Una cosa me sorprendió y quiero hacer mención de ello: Cuando fui enviada al antiguo caserón de la Facultad de Medicina de Atocha, al Hospital San Carlos, en 1965 antes de su traslado a la Ciudad pude captar lo que este hecho debió de suponer en las Religiosas. Acompañaba a una de ellas, profesional competente y humana y dijo “hoy viene el practicante, voy a preparar el carro”. He reflexionado sobre esta frase y situándola justamente cuando fue dicha. La carrera de Practicante desaparece en 1952. Han pasado trece años de ello y el Practicante sigue como tal, cuando lleva reconocida la carrera de Ayudante Técnico Sanitario 13 años. ¿Cómo era posible si, desde 1953 están ya en auge las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS)? Era muy pronto para que estos destacasen? Esto es lo cierto.

Y como conclusión afirmar que como todo grupo humano vivieron en el tiempo que les tocó vivir. En principio fueron imprescindibles y en número creciente. Los cambios socio-sanitarios y profesionales han ido marcando su devenir. La historia es testigo y nuestro análisis global percibe sus momentos de tensión, pero no con problemas que interfieran en su responsabilidad profesional, ni institucional. Cuando los motivos fueron políticos salieron, y fueron llamadas posteriormente. Cuando vieron alterar sus principios fundamentales dejaron las instituciones. Cuando los intereses políticos sucumbieron a los económicos permanecieron, cuando estos vieron que sin ellas no se podía mantener la asistencia fueron imprescindibles. Así se escribe la Historia.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Nebreda, C.; Hernández Martín, F. J. (eds): El asociacionismo en la Enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión. 150 años de Historia del Colegio de Enfermeras de Madrid (1862-2012). Colegio de Enfermería de Madrid, 2013.

- Calvo Calvo, M. Á. (2014): “La reacción de los practicantes en Medicina y Cirugía frente a la creación del título de Enfermera en 1915”. En *Dynamis*, vol. 34 núm. 2, Granada. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362014000200008

- García Martínez, M. J.; García Martínez. A. C. (2003): “Mujer y Asociacionismo profesional. El Colegio de Matronas de Sevilla y su labor en la defensa del colectivo durante el primer tercio del siglo XX”. En *Híades*. Revista de Historia de la Enfermería,

núm. 9, p. 607-624.

- González Canalejo, C.: "Mujeres sanitarias y derechos de ciudadanía en la España Contemporánea". En *La transformación de la Enfermería. Nuevas miradas para la Historia*. Ed. Comares, Granada, 2010, pp. 163-182.

- Hernández Martín, F. J. (2006): "Las Hijas de la Caridad en la profesionalización de la Enfermería". En *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, núm. 20, pp. 39-49.

- Hernández Martín, F. J.; Moreno Roy, M.ª Á.; Pinar García, M.ª E. (1995): "De las Hijas de la Caridad y su formación". En *Híades: Revista de Historia de la Enfermería*, núm. 2. pp. 169-180.

- Ventosa Esquinaldo, F.: "Pugna por la unificación de los Practicantes, Matronas y Enfermeras en una sola profesión". En *El asociacionismo en la Enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión. 150 años de Historia del Colegio de Enfermeras de Madrid (1862-2012)*. Colegio de Enfermería de Madrid, 2013, pp. 133-152.

LAS ORGANIZACIONES DE ENFERMERÍA Y LA INVESTIGACIÓN EN AMÉRICA LATINA

NURSING AND RESEARCH ORGANIZATIONS IN LATIN AMERICA

Ana Luisa Velandia Mora

E. G., L. E., M. A., PhD.; Profesora Titular y Emérita
Universidad Nacional de Colombia

PALABRAS CLAVES: Investigación, Enfermería, Organizaciones Profesionales, América Latina.

KEY WORDS: Research, Nursing, Professional Organizations, Latin America.

RESUMEN: Se resalta en primer lugar la importancia de la investigación en el desarrollo de la profesión y el papel que en ello juegan las organizaciones de enfermería. Se hace visible que el papel de las organizaciones de enfermería en el desarrollo de la investigación profesional ha sido determinante, y en el caso de América Latina ha sido preponderante la acción de las asociaciones de enfermería relacionadas con educación. Se reseña el impulso que le han dado a la investigación, la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería – ACOFAEN y la Asociación Latinoamericana de Educación en Enfermería – ALADEFE.

ABSTRACT: First of all, it is stressed how important research was in developing the nursing profession and the key role played in it by nursing organizations. It is evident that said organizations have been pivotal in order to build on professional inquiry, and in Latin America there has been clear prevalence by education-related nursing associations. It is also remarked that some of the bodies which have nurtured and encouraged research include the Colombian National Nursing Association, the Colombian Nursing Faculty Association [ACOFAN] and the Latin American Nursing Education Association [ALADEFE].

IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

La solución de los problemas sociales de un país, el manejo adecuado de sus recursos renovables y no renovables, la protección del medio ambiente, la capacidad de agregar valores a los recursos disponibles y el desarrollo sostenible de un país, requieren que su investigación sea del más alto nivel; esta investigación debe generar información confiable acerca de la realidad, identificar sus potencialidades y producir conocimientos que se constituyan en insumos para su desarrollo. (Velandia, 1997)

Es reconocido que la base del desarrollo y del avance de cualquier profesión o disciplina está en la construcción y revaluación del conocimiento y en su capacidad creativa para explorar las condiciones sociales y culturales que afectan la población, y presentar alternativas de solución. (Romero, 2000)

La investigación, asumida como tarea permanente, impulsa de manera constante el desarrollo de las disciplinas y las profesiones, y en las profesiones modernas se forman núcleos de avanzada, que jalonan su desarrollo disciplinar; esto implica que los centros de formación necesitan producir profesionales formados en investigación de forma tal que se ocupen en actividades formales en centros localizados en universidades o en centros de investigación vinculados de alguna manera a estos núcleos, así sea como lectores. Sin embargo, para que la investigación cumpla plenamente su función social, sus resultados (o sus fracasos) deben ser publicados, de tal manera que puedan ser conocidos y utilizados por los estudiantes, los profesionales y el público en general. De tal manera, que para que haya investigación se necesita formar profesionales que se sientan motivados por ella, que haya núcleos de avanzada que la realicen, que haya eventos científicos que propicien la presentación de sus resultados a los grupos interesados, y que haya medios de publicación que permitan su “fijación” en la sociedad. (Velandia, 2000, pp. 38), (Velandia, 2011, pp. 5 –6)

El crecimiento y reconocimiento social de la enfermería depende en gran parte de la investigación, ya que a través de esta se demuestra cómo los cuidados enfermeros contribuyen a mejorar la salud y el bienestar de las personas que utilizan sus servicios. (Varela, Sanjurjo y Blanco, 2012).

El reto es desarrollar la investigación como la responsabilidad de crear, de generar conocimiento en enfermería, con productos accesibles y mostrables, científicamente competitivos y confrontados con otros investigadores, que frenen la situación disociada y difícil del ejercicio disperso y que demuestren la validez social y científica de la enfermería. (Amaya, 2000)

PAPEL DE LAS ORGANIZACIONES DE ENFERMERÍA EN EL IMPULSO A LA INVESTIGACIÓN

Un fenómeno que es muy visible en el caso colombiano y que, indudablemente, es un factor que ha estimulado la investigación a nivel nacional, ha sido el desarrollo de postgrados, tanto en la modalidad de Maestrías en áreas funcionales de su ejercicio profesional, así como de Especializaciones en áreas asistenciales de la profesión. Si bien hasta mediados de la década del 60 se habían ofrecido sólo algunos programas postbásicos, el mayor desarrollo se dio en las décadas del 70 y del 80, en la primera

década en la modalidad de maestrías y en la segunda en la modalidad de especializaciones. Los resultados de las investigaciones realizadas en estos programas han alimentado de manera permanente el contenido de los eventos científicos de enfermería en nuestra región.

Sin embargo, el papel de las organizaciones de enfermería en el desarrollo de la investigación y en la divulgación de sus resultados ha sido sobresaliente, y es el eje central de análisis en este escrito.

El punto de partida en Colombia son los Congresos Nacionales de Enfermeras, organizados por la Asociación Nacional de Enfermeras. Pero, la producción científica en enfermería ha sido motivo de preocupación entre los grupos que lideran la disciplina de enfermería en nuestro continente; por considerar, entre otras cosas, que es uno de los mecanismos indispensables para lograr avances, mejorar la práctica, enriquecer el conocimiento y cualificar el servicio que se presta a la sociedad. (Nájera y Castrillón, 2000). La labor realizada por el Grupo de Recursos Humanos en Enfermería de la Organización Panamericana de la Salud, mancomunadamente con la Asociación Latinoamericana de Educación en Enfermería – ALADEFE, que se hace evidente en la organización de los Coloquios Panamericanos de Investigación en Enfermería, así como la celebración en Colombia de los Coloquios Nacionales de Investigación en Enfermería, liderados por la Asociación Colombiana de Facultades y escuelas de Enfermería - ACOFAEN, son una prueba fehaciente del interés de las organizaciones de enfermería del continente y del papel preponderante que ellas juegan en el impulso a la investigación profesional.

CONGRESOS NACIONALES DE ENFERMERAS

El primer impulso a la investigación de los profesionales de enfermería, en el caso de Colombia, lo dio la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia - ANEC.

En el estudio de la producción científica de las enfermeras colombianas entre 1959 y 1986, (Velandia, 1989) que se presentó en el I Coloquio Panamericano de Investigación en enfermería, se le dio mucha importancia a las investigaciones publicadas, teniendo en cuenta que la investigación pierde su sentido práctico si no se presenta al público interesado en ella y si no se halla publicada; y en ese orden de ideas se tomaron como ejes de análisis los órganos de divulgación y los eventos científicos de enfermería en Colombia en el periodo estudiado.

Cuadro No. 1. Congresos Nacionales de Enfermería

El primer elemento de aglutinación y motivación para la elaboración y presentación de trabajos de investigación es la organización por parte de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia – ANEC, de los Congresos Nacionales de Enfermeras, el primero de los cuales tuvo lugar en Bogotá en 1959, y por ello lo tomamos como punto de partida para este estudio. La segunda semilla que ha venido cosechando sus frutos es la Revista ANEC, órgano de divulgación de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, cuyo primer número vio la luz en 1966. La década del 80, declarada en Colombia como la Década de la Ciencia y la Tecnología, fue un motor que impulsó diversas formas de lo que llamé en ese entonces, “unidades de fijación de los conocimientos”; y fue especialmente prolifera en publicaciones de enfermería. En 1982 se inicia la aparición de revistas

científicas de enfermería; en el mes de mayo de este año la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, puso en circulación el No. 1 de su Revista Avances en Enfermería. Y en febrero de 1984 hizo su aparición en la ciudad de Medellín la revista Investigación y Educación en Enfermería, publicada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

En 1985 se introduce una nueva modalidad de participación, por cierto, muy activa, de las unidades académicas de enfermería con otras carreras del área de la salud, tendientes a hacer publicaciones conjuntas; es así como la carrera de enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, participa en el Centro de Investigación y Extensión de la Facultad de Ciencias de la Salud, que edita la revista *Perspectiva: Proceso Salud – Enfermedad*. Por su parte, la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander, edita la Revista *Medicina*, órgano de divulgación de la Coordinación de Investigación de esa Facultad.

Otro hecho importante que se hace visible en esta década, es la creación de programas de postgrado en la modalidad de especialización clínica, cuyos egresados rápidamente organizaron encuentros por especialidades. Y también en esta década se empiezan a organizar encuentros o congresos de egresados de enfermería por universidades. De la misma forma, se iniciaron los encuentros regionales de enfermeras y los encuentros de estudiantes de enfermería, primero por universidades, que luego dieron lugar a encuentros a nivel nacional.

Los Congresos Nacionales de Enfermería, que como ya hemos dicho se iniciaron en 1959, fueron organizados cada dos años por las Seccionales Departamentales de la Asociación Nacional de Enfermeras y celebrados en sus ciudades capitales, y tuvieron como tema central, inicialmente problemas relacionados con el ejercicio profesional, como la legislación en enfermería en la I versión en 1959; las condiciones socioeconómicas de las enfermeras, en el II evento realizado en 1963; la situación de la educación de enfermería en el país en el III Congreso en 1967 y de nuevo, la problemática socioeconómica de la enfermería en el país en el IV en 1971; pero ya en 1972 el tema central del V Congreso fue la investigación en enfermería. El VI celebrado en 1975 se dedicó al estudio de las funciones y actividades que realiza el personal profesional y auxiliar de enfermería, y ya en VII en 1978 se habló del ser humano como centro de atención integral de enfermería. En el VIII en 1980 se avizoraron los nuevos horizontes en el ejercicio independiente del profesional de enfermería; en el IX en 1982 se estudió el rol asistencial como origen y futuro del profesional de enfermería; en el X en 1984 nos preocupaba la atención de calidad como meta y estrategia de la enfermería y en el XI Congreso en 1988 el tema central fue la profesionalización de la enfermería. (Velandia, 1989). Se han continuado celebrando congresos nacionales cada dos o tres años, y sus temáticas fueron relacionándose con la organización del sistema de salud colombiano, el cual fue drásticamente transformado por la Ley 100 de 1993, y entonces los congresos se dedicaron a temas como: Globalización, Reformas y Equidad en Salud; las enfermeras impulsan el acceso de la población a un nuevo sistema de seguridad social integral; las enfermeras al frente de la Atención Primaria en Salud. Ya más adelante en la primera década del Siglo XXI, la temática fue relacionándose con aspectos relacionados con la disciplina de enfermería, como paradigmas conceptuales y compromiso social y gremial de

la profesión; y el último celebrado en julio de 2015 se dedicó al cuidado de enfermería como un desafío social para para la protección de la salud de las comunidades.

COLOQUIOS NACIONALES DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

La Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (Acofaen) considera que una de las fortalezas que hacen parte de la razón de ser de la Asociación es el fomento de la investigación en salud en general y en enfermería en particular y, en tal sentido, la investigación ha sido considerada por Acofaen como la primera área de trabajo, y por ende, históricamente ha tenido gran relevancia en la Asociación. (Soto y Valdivieso, 2004, a). Prueba de ello, son una serie de eventos que marcaron un hito en el desarrollo de la investigación de enfermería en Colombia, los Coloquios Nacionales de Investigación en Enfermería organizados por esta Asociación. El primero tuvo lugar en Cali (Colombia), en 1979. Desde entonces cada dos años, una de las facultades asociadas en Acofaen se ha encargado de organizar uno de ellos. El XXIII tendrá lugar en Bogotá en este año 2017 y esta vez la encargada de hacerlo es la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque. Estos Coloquios Nacionales, sin lugar a dudas, han sido un estímulo para el desarrollo de la investigación en enfermería en nuestro país.

Los primeros 13 coloquios nacionales de investigación en enfermería que se habían celebrado hasta 2004 se habían orientado a las siguientes temáticas: en 1979 en Cali sobre Enfermería en Epidemiología; en Bucaramanga, en 1981, el tema fue: Investigación e Interdisciplinariedad; en 1982 en Barranquilla, de nuevo, Ciencia e Investigación en Enfermería, pero esta segunda vez a cargo de otra Facultad; en 1983 en Medellín, Investigación comunitaria; en 1985 en Cartagena, Programas y proyectos de atención primaria con integración docente asistencial; en 1986 en Popayán el coloquio fue dedicado de lleno al tema de la Integración docente – asistencial; en 1988, se celebró en Bogotá de manera conjunta con el I Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería (Velandia 1989); en 1990 se orientó hacia la Comunicación y la informática, reto para la enfermera del siglo XXI; en 1992 hacia la Investigación sobre la práctica de enfermería; en 1995 el tema central fue La mujer, la salud y la vida; en 1997, las Líneas de investigación en Enfermería; en 1999 El quehacer y el saber en la trascendencia del ser de enfermería; en el 2001 Investigar para crecer; y en 2003 la Investigación, compromiso y futuro de la enfermería. (Soto y Valdivieso, 2004, b).

Cuadro No. 2. Coloquios Nacionales de Investigación en Enfermería

Los Coloquios Nacionales de Investigación en Enfermería celebrados en Colombia en los últimos años, han tenido como central: en 2005 los Aportes de la investigación en enfermería al desarrollo disciplinar en enfermería; en el 2007: Retomando la esencia de enfermería; en el 2009: Enfermería comprometida con los desarrollos de los objetivos del milenio; en el 2011: la Investigación como puente entre la teoría y la práctica; en el 2013 la Investigación y los aportes al conocimiento, la práctica y la educación en enfermería; en el 2015: Enfermería Basada en la evidencia, contribuyendo con cuidados eficaces a costos eficientes, y en septiembre del 2017 el tema central tiene relación directa con el Proceso de Paz que se está llevando a cabo en nuestro país: Enfermería y Postconflicto: cuidado para la salud y la calidad de vida.

COLOQUIOS PANAMERICANOS DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

La Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería - ACOFAEN fue pionera en la celebración de estos eventos. Por iniciativa de la Oficina Sanitaria Panamericana – OPS y en especial de Maricel Manfredi, enfermera colombiana, por entonces asesora de la Oficina de Recursos Humanos de la sede central en Washington, se organizó en Colombia el I Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería en 1988, que inició la serie, que se ha mantenido hasta la fecha y que ya tuvo su versión XIV en 2016.

El I Coloquio Panamericano versó sobre Tendencias de investigación en enfermería y su proyección en el desempeño profesional; uno de los estudios presentados en él, hizo un análisis de las tendencias de la investigación realizada en algunos países latinoamericanos sobre la práctica de enfermería: Brasil, Colombia, Chile, Honduras y México.

Cuadro No. 3 Coloquios Panamericanos de Investigación en Enfermería.

El II tuvo lugar en México en 1990 y tuvo como tema central: Modelos alternativos de enfermería en la formación de los servicios y en la salud de la población; el III sobre la Investigación y la transformación de la práctica de enfermería; tuvo lugar en Panamá en 1992; el tema central del IV Coloquio celebrado en Chile en 1994, fue: Desafío presente y futuro en las áreas del quehacer de enfermería; el V en la República de Venezuela en 1996, versó de nuevo sobre El quehacer de enfermería, pero esta vez orientado primordialmente hacia sus dimensiones práctica y educativa; el VI Brasil en 1998, sobre Organización del sector salud en las Américas, contribución de la investigación en enfermería, el VII, de nuevo en Colombia en el año 2000, y su tema central fue la Investigación de enfermería y su contribución a la salud y bienestar de la población de las Américas. (Velandia, 2000); en este VII Coloquio Panamericano, se presentó un estudio realizado por Rosa María Nájera y María Consuelo Castrillón, sobre los aportes de los primeros 6 coloquios panamericanos a la investigación en enfermería. (Nájera y Castrillón, 2000).

El VIII coloquio celebrado en el año 2002 de nuevo en México tuvo como tema central: Construyendo redes de investigación por la salud; en el IX en Perú en el 2004 se habló de la investigación articulando la docencia y la asistencia de enfermería para el cuidado humano; el X en el año 2006 en Argentina se dedicó al estudio de la Investigación en recursos de enfermería; el XI en el 2008, esta vez en Quito, se orientó a la Seguridad del paciente/usuario y la ética en el cuidado de enfermería; el XII en el año 2010 en Florianópolis (Brasil) convocó a hablar sobre Diversidad, Inequidad y Saber en enfermería y salud; el XIII Coloquio Panamericano celebrado en 2012 en la ciudad de Miami (Estados Unidos) motivó al estudio de los Desafíos globales de la investigación en enfermería para el milenio; el XIV coloquio celebrado en 2014 por tercera vez en Colombia (esta vez en Cartagena) estudió el tema del cuidado de enfermería trascendiendo fronteras, y el último celebrado en 2016 y por tercera vez en México, tuvo como tema central: La investigación en Enfermería Contribuciones del cuidado a la Salud Universal.

TENDENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA PROMOVIDA POR LAS ORGANIZACIONES DE ENFERMERÍA DE COLOMBIA Y EL CONTINENTE AMERICANO

Dentro de la historia de la enfermería en Colombia, estudiada tomando como ejes de análisis: la práctica de enfermería, la educación en enfermería, la evolución legal y gremial, y el desarrollo científico tecnológico; el análisis de este último, con base en los indicadores establecidos por la autora para tal fin: publicaciones y órganos de divulgación, eventos científicos, creación de espacios de investigación y ofrecimiento de programas de postgrado, nos muestra que en la etapa 1900 – 1919, el desarrollo científico de la profesión es incipiente, casi inexistente. Aparecieron dos libros de enfermería: el Manual para Enfermeras y el Arte de la Enfermera, ambos escritos por médicos. En la etapa 1920 – 1934, encontramos que el plan de estudios de tres años de la Escuela de Enfermeras de las hermanas Isabel y Ana Sáenz Londoño, incluía la elaboración de una tesis de grado. Ya en la etapa 1935 – 1954, en la Universidad Nacional de Colombia se ofertó un curso postbásico en obstetricia con una duración de ocho meses; hasta 1954 el curso había titulado a 16 enfermeras, a partir de 1955 la duración del curso se aumentó a 10 meses, y las egresadas obtenían el título de Enfermera de Salud Pública y Obstetricia. Al final de esta etapa apareció un libro sobre Historia de la Enfermería escrito por un médico.

Durante el periodo 1955 – 1974 aparecieron los primeros elementos de aglutinación y motivación para la elaboración, presentación y publicación de trabajos, (Velandia, 1989) entre los cuales están: la incorporación de la educación de enfermería al sistema universitario, la creación del programa de licenciatura en enfermería, la puesta en marcha de los primeros programas de postgrado para licenciadas en enfermería, la constitución de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería – Acofaen, la organización de los coloquios nacionales de investigación por parte de Acofaen, la participación de enfermeras colombianas en congresos internacionales de enfermería, la aparición de la Revista de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, y la creación de una revista de estudiantes de enfermería que tuvo poca duración.

Para algunas enfermeras en esta etapa de 1975 a 1990, los avances en el desarrollo conceptual y teórico fueron muy grandes; la Universidad Javeriana en los años setenta fortaleció el sistema de formación por cursos de educación continuada postbásica, los cuales fueron la antesala de los nuevos programas de postgrado en la modalidad de especialización que surgieron en los años ochenta. Un indicador importante fue la creación en 1986 de la Asociación de Escuelas y Facultades de Enfermería de América Latina – Aladefe. En 1988 Acofaen con el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana, organiza el 1° Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. La década de los ochenta se convierte en una época particularmente prolífica en la aparición de publicaciones académicas en el seno de unidades académicas de enfermería. A nivel continental, en 1976 aparece la Revista Panamericana de Enfermería, órgano de divulgación de la Federación Panamericana de Profesionales en Enfermería. En 1988 se celebra el I Encuentro Nacional de Estudiantes de Enfermería, organizado por la Asociación Colombiana de Estudiantes de Enfermería. Otro hecho importante en esta década fue la organización de encuentros de postgraduados en enfermería y de congresos profesionales de egresados por universidades. Y se da un novedoso fenómeno, la

organización de centros de investigación dentro de las facultades de salud, con participación activa, y con frecuencia, liderazgo, de las carreras de enfermería. También en esta etapa algunas profesoras de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia son precursoras en la utilización del derecho a disfrutar de un año sabático para realizar proyectos de investigación de envergadura. Y en 1990 nace la revista *Aladefe*, como órgano de divulgación de la Asociación de Escuelas y Facultades de Enfermería de América Latina.

El estudio de los Coloquios Panamericanos celebrados hasta 1998 que fue presentado en el VII Coloquio celebrado en Bogotá en el año 2000 puso en evidencia que el tema central de cada coloquio y las conferencias presentadas en cada uno de ellos, contextualizan los procesos históricos y sociales de la práctica de enfermería y generan políticas para el desarrollo científico técnico de enfermería. (Nájera y Castrillón, 1989). Estos eventos han desempeñado un papel importante en el desarrollo investigativo y han promovido la creación de redes y la integración norte – sur en la región.

En la última etapa 1991 – 2010, según información de Silvina Malvárez y Consuelo Castrillón de 2006, en el sistema de Ciencia y Tecnología de Brasil como de Colombia, son reconocidos grupos y líneas de investigación de enfermería, y ellos, así como sus publicaciones y redes, constituyen información disponible en la red. En esta época ha sido más frecuente la aparición de libros escritos por enfermeras. (Velandia, 2016).

En este momento de la historia de la enfermería en Colombia, es oportuno hacer una revisión de los trabajos sobre historia de las ciencias y las profesiones que se han llevado a cabo en nuestro país: El proyecto de *Colciencias: Historia Social de la Ciencia en Colombia*, que se inició en marzo de 1983, dentro de la mencionada Década de la Ciencia y la Tecnología, y cuyos resultados finales fueron publicados en 1993 es una interesante colección de 10 tomos, que incluye dos tomos sobre la historia de la medicina, para la cual siguieron el modelo definido inicialmente por los investigadores, estudiándola como práctica social y como profesión. (Miranda, Quevedo et al, 1993).

En el caso de la enfermería en Colombia, este doble trabajo de investigación (el estudio de enfermería como profesión y como práctica social), fue desarrollado de manera independiente: la enfermería y su proceso de profesionalización fue estudiado por Velandia y publicado en 1995 y la dimensión social de la práctica de enfermería fue analizada por Castrillón y sus resultados fueron publicados en 1997. Otra colega colombiana que ha hecho importantes contribuciones al estudio de la historia de la enfermería en nuestro país, es la hermana María Cecilia Gaitán, de la Orden de la Presentación. (Gaitán, 1999).

El análisis de las tendencias de la investigación de enfermería en Colombia entre 1900 y 2010 (Velandia, 2016), nos permitió establecer: que es visible la participación de enfermería en investigaciones de carácter interdisciplinario; la búsqueda de financiación por fuera de las instituciones donde laboran; la presentación de los trabajos de investigación en eventos académicos nacionales e internacionales, la publicación de sus resultados; además, es notable la tendencia de las unidades académicas de enfermería, y en ocasiones, de los mismos estudiantes, a establecer sus propios medios de divulgación.

CONCLUSIÓN

El hecho de haber mantenido la celebración de los Congresos Nacionales de Enfermeras iniciados en 1959 por iniciativa de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, y paralelamente realizar el Coloquio Nacional de Investigación, el primero de las cuales tuvo lugar en 1979, por iniciativa de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería - Acofaen y cuya organización en cada oportunidad está a cargo de una de las unidades académicas de enfermería afiliadas a Acofaen; y de cuya celebración periódica surge más adelante en 1988 la realización del I Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, los cuales se han venido realizando bajo el liderazgo de una Facultad o Escuela de Enfermería en los diferentes países de la región panamericana; es una muestra fehaciente del papel que han jugado las organizaciones de enfermería específicamente en Colombia, y seguidamente en todo el ámbito panamericano, en la promoción y divulgación de los resultados de la investigación de enfermería en nuestro continente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaya de Peña, P. (2000). *Poner los pies en la tierra para mirar al futuro. Retos de la investigación en enfermería*. EN: Orientaciones para el desarrollo de la investigación en enfermería. Bogotá: Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería. Pp. 25 – 37.

Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN). (2017, marzo). *Coloquios Nacionales de Investigación en Enfermería y Coloquios Panamericanos de Investigación en Enfermería*. Información enviada por Internet a solicitud de la autora. Bogotá.

Castrillón Agudelo, M. C. (1997). *La dimensión social de la práctica de enfermería*. Medellín: Universidad de Antioquia, Yuluka, Enfermería.

Gaitán Cruz, M. C. (1999). *La enfermería en Colombia: orígenes de audacia y compromiso*. Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Malvárez, S. M. y Castrillón Agudelo, M. C. (2006). Los recursos humanos de enfermería en América Latina. En *La escasez mundial de enfermeras; sectores de intervención prioritaria*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras – Fundación Internacional Florence Nightingale.

Miranda, N., Quevedo, E. y Hernández, M. (1993). *Historia social de la ciencia en Colombia*. En Quevedo, E. (ed.), (Tomo VIII Medicina, pp. 9-12). Bogotá: Colciencias.

Nájera, R. M. y Castrillón, M. C. (2000). *Aportes de los Coloquios Panamericanos a la investigación en enfermería*. EN: VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Memorias. Bogotá, ACOFAEN. Pp. 108 – 123.

Romero Ballén, M. N. (2000). *Plan de acción para el fortalecimiento de la enseñanza de la investigación en enfermería*. EN: Orientaciones para el desarrollo de la investigación en enfermería. Bogotá: Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería. Pp. 13 - 15.

Soto Soto, M. I. y Valdivieso, M. I. (2004, a). *Eventos académicos que han posicionado a*

Acofaen. EN: Acofaen 35 Años. Bogotá, ACOFAEN.

Soto Soto, M. I. y Valdivieso, M. I. (2004, b). *Breve viaje por la memoria colectiva*. EN: Acofaen 35 Años. Bogotá, ACOFAEN.

Varela Curto, M. D.; Sanjurjo Gómez, M. L.; Blanco García, F. J. (2012, enero-abril). *La investigación en enfermería*. Rol de la enfermería. Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología. NÚM. 121. Pp. 19 - 21.

Velandia Mora, A. L. (1989). *Análisis de la producción científica de las enfermeras colombianas entre 1959 y 1986*. En: Primer Coloquio Panamericano de Investigación en enfermería. Memorias. Bogotá, ACOFAEN. Pp. 209 – 222.

Velandia Mora, A. L. (1995) *Historia de la Enfermería en Colombia*. 1° Edición. Bogotá: Editorial de la Universidad Nacional de Colombia.

Velandia Mora, A. L. (1997, sept.). *Perfil del investigador colombiano. Implicaciones para enfermería*. Revista Investigación y Educación en Enfermería, Vol. XV, No. 2. Pp. 25 – 37.

Velandia Mora, A. L. (2000, a). *La investigación en enfermería en nuestro continente*. Informe preparado para el VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, como Coordinadora del Comité Científico. Bogotá.

Velandia Mora, A. L. (2000, b). *Áreas y líneas, grupos y centros de investigación en el desarrollo del conocimiento de enfermería*. EN: Orientaciones para el desarrollo de la investigación en enfermería. Bogotá: Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería. pp. 38 – 48. Disponible en el blog: <http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.com/>

Velandia Mora, A. L. (2011, ago.) *Tendencias de la investigación en enfermería*. Editorial de la Revista Colombiana de Enfermería. Bogotá, Universidad El Bosque. Volumen 6, Año 6. Págs. 5 – 9. ISSN: 1909 – 1621.

Velandia Mora, A. L. (2016). *Historia de la Enfermería en Colombia*. 2° edición revisada y complementada. Bogotá: Editorial de la Universidad Nacional de Colombia.

ANEXOS

Cuadro No. 1: Congresos Nacionales de Enfermeras. Colombia. Fuente: Velandia, 1989.

Cuadro 1. Congresos nacionales de enfermeras- Colombia			
No.	Año	Ciudad	Tema Central
I	1959	Bogotá	La legislación de Enfermería sobre educación ejercicio profesional y organización gremial.
II	1963	Cali	Las condiciones socioeconómicas de la enfermera en Colombia.
III	1967	Medellín	Situación actual de la educación de Enfermería y su proyección en el futuro.
IV	1971	Cartagena	La problemática socioeconómica de la enfermera en Colombia.
V	1972	Manizales	La investigación en Enfermería.
VI	1975	Bucaramanga	Funciones y actividades que realiza el personal profesional y auxiliar de Enfermería en los niveles de atención médica.
VII	1978	Barranquilla	El ser humano, centro de la atención integral de Enfermería.
VIII	1980	Pasto	Nuevos horizontes en el ejercicio independiente del profesional de Enfermería y su impacto en la atención primaria de salud.
IX	1982	Paipa	Rol asistencial: origen y futuro del profesional de Enfermería
X	1984	Bogotá	Atención de calidad: meta y estrategias de Enfermería en Colombia.
XI	1988	Cali	Profesionalización de Enfermería: una meta inaplazable.

Cuadro No. 2: Coloquios Nacionales de Investigación en Enfermería. Colombia. Fuente: ACOFAEN, 2017.

COLOQUIOS NACIONALES DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

AÑO	TEMA	UNIVERSIDAD
1980	<i>Enfermería en Epidemiología</i>	U. Valle
1981	<i>Ciencia e investigación en enfermería</i>	U. I.S.
1982	<i>Ciencia e Investigación en Enfermería</i>	U. Norte
1983	<i>Investigación Comunitaria</i>	U. Antioquia
1985	<i>Programas y proyectos de APS</i>	U. Cartagena
1986	<i>Integración Docente – asistencial</i>	U. del Cauca
1988	<i>I Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería VII y VIII Coloquios Nacionales, se fusionó con el Coloquio Panamericano</i>	ACOFAN
1.989	<i>Investigación e interdisciplinariedad</i>	U. Caldas
AÑO	TEMA	UNIVERSIDAD
1.990	<i>Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería "La comunicación y la informática, reto para la enfermería en el siglo XXI"</i>	U. Norte
1992	<i>Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería "La investigación sobre la práctica de enfermería"</i>	U. Javeriana
1995	<i>Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería "La mujer, la salud y la vida. La investigación social aplicada a la salud a la mujer; la humanización en la atención en salud"</i>	U. I.S.
1997	<i>Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería "Líneas de investigación en enfermería"</i>	U. Antioquia
1999	<i>XIV Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería El quehacer y el saber en la trascendencia del ser</i>	U.P.T.C.
2001	<i>XV Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería Investigar para crecer</i>	U. Nacional
AÑO	TEMA	UNIVERSIDAD
2003	<i>XVI Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería "La investigación: Compromiso y futuro de la Enfermería"</i>	U.de Caldas
2005	<i>XVII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería "Aportes de la investigación al cuidado y al desarrollo disciplinar de Enfermería"</i>	U. Javeriana
2007	<i>XVIII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería " Siglo XXI: Retomando la esencia de la enfermería"</i>	UPTC
2009	<i>XIX Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería, "Enfermería comprometida con el desarrollo de los objetivos del milenio"</i>	U. Surcolombiana
2011	<i>XX Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería "Investigación puente entre la teoría y la práctica retos para el cuidado en un mundo globalizado"</i>	U. Libre de Pereira
2013	<i>XXI Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería "La investigación y los aportes al conocimiento, la práctica y la educación en Enfermería"</i>	U. Valle

2015	<i>XXII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería "Enfermería Basada en la Evidencia: Contribuyendo con cuidados eficaces a costos eficientes"</i>	U. Cooperativa de Santa Marta
2016	<i>XXIII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería "Enfermería Basada en la Evidencia: Contribuyendo con cuidados eficaces a costos eficientes"</i>	U. Cooperativa de Santa Marta
2017	<i>XXIII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería "Enfermería y postconflicto: Cuidado para la salud y la calidad de vida"</i>	U. El Bosque

Cuadro No. 3 Coloquios Panamericanos de Investigación en Enfermería. Fuente: ACOFAEN, 2017.

RELACION DE LOS COLOQUIOS PANAMERICANOS DE INVESTIGACION EN ENFERMERIA REALIZADOS ENTRE 1988 Y 2013

COLOQUIO	TEMA	FECHA Y LUGAR
I	Tendencias de Investigación en Enfermería y su proyección para el desarrollo profesional	ACOFAN Bogotá – Septiembre 20 al 23 de 1988, Colombia
II	Modelos alternativos de enfermería en la formación de los servicios y en la salud de la población	FEMAFE, México del 16 al 18 de octubre de 1990
III	La investigación y la transformación de la práctica de enfermería	Panamá, del 11 al 13 de noviembre de 1992
IV	Desafío presente y futuro en las áreas del quehacer de enfermería administración, educación y asistencia	Concepción - Chile 21 y 22 de noviembre de 1994
V	Quehacer de enfermería en sus dimensiones práctica y educativa	Venezuela, del 18 al 22 de noviembre de 1996
COLOQUIO	TEMA	FECHA Y LUGAR
VI	Organización del sector salud en las Américas. Contribución de la investigación en enfermería	Brasil, del 19 al 23 de mayo de 1998
VII	La investigación de enfermería y su contribución a la salud y bienestar de la población de las Américas	Bogotá - Colombia - 9, 10, 11 y 12 de octubre de 2000
VIII	Construyendo redes de investigación por la salud	Ciudad de México – México, del 16 al 18 de Octubre de 2002
IX	La investigación articulando, la docencia y asistencia de enfermería para el cuidado humano	Lima, Perú del 1 al 3 noviembre de 2004
COLOQUIO	TEMA	FECHA Y LUGAR
X	La Investigación en recursos humanos de Enfermería por la Salud de los pueblos de América.	AEUERA – FAE Argentina – del 27 al 30 de Noviembre de 2006.
XI	La seguridad del paciente/usuario, ética de la salud y la atención primaria de salud en el cuidado de enfermería, determinantes e impacto.	ASEDEFE Quito, Ecuador Noviembre 10 al 13 de 2008
XII	Diversidad, inequidad, y saber en la enfermería y la salud	Florianópolis, Universidad de Santa Catarina, Brasil, del 29 de Agosto al 2 de Septiembre del 2010.
XIII	Desafíos globales de investigación en enfermería para el milenio	Universidad de Miami del 5 al 7 de Septiembre de 2012
XIV	"Evidencia y Compromiso: El cuidado de enfermería trascendiendo fronteras"	Cartagena, del 6 al 12 de septiembre de 2014
XV	"La investigación en Enfermería Contribuciones del cuidado a la Salud Universal"	México, del 3 al 7 de octubre de 2016

LOS COLEGIOS DE MATRONAS Y SU PROYECCIÓN SOCIAL A COMIENZOS DEL SIGLO XX

THE MIDWIVES' COLLEGES AND THEIR SOCIAL PROJECTION AT THE BEGINNING OF THE 20TH CENTURY

Manuel Jesús García Martínez

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla

Antonio Claret García Martínez

Facultad de Humanidades. Universidad de Huelva

PALABRAS CLAVE: Matrona. Colegios de Matronas. Historia de la Matrona. Matrona y sociedad.

RESUMEN: La titulación oficial de Matrona se crea en España a raíz de la Ley Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857, propuesta por el Ministro Claudio Moyano Samaniego. Los Colegios de Matronas se constituyen en las primeras décadas del siglo XX, teniendo como objetivos centrales la formación de las colegiadas, el desarrollo y dignificación de la carrera, velar por los intereses de las profesionales, promover el asociacionismo y luchar contra el intrusismo profesional, todo ello encaminado a prestar unos cuidados con la mejor calidad posible.

Desde sus inicios, los Colegios de Matrona han desarrollado una relevante función social, jugando un papel importante en la asistencia a las madres pobres a través de la Beneficencia, en la creación de un Seguro Obligatorio de Maternidad, en la lucha por la igualdad de la mujer, poniendo en marcha estrategias como la organización de actividades científicas, funciones de asesoría e impartiendo cursos y conferencias, entre otras.

KEY WORDS: Midwives. Colleges of Midwives. History of the Midwives. Midwives and society.

ABSTRACT: The official degree of midwife is created in Spain following the Public Instruction Law of September 9, 1857, proposed by Minister Claudio Moyano Samaniego. The midwives' colleges are formed in the first decades of the twentieth century, with the central objectives of training colleges, developing and dignifying the career, ensuring the interests of professionals, promoting associationism and combating professional intrusion, All aimed at providing care with the best quality possible.

From its beginnings, the Midwives Colleges have developed a relevant social function, playing an important role in assisting poor mothers through charity, in the creation of a Mandatory Maternity Insurance, in the struggle for equality of Women, putting in place strategies such as the organization of scientific activities, advisory functions and giving courses and conferences, among others.

INTRODUCCIÓN

La profesión de matrona es el resultado de un largo y complejo proceso en el que han influido numerosos y variados hechos históricos, configurando su evolución hasta conformar lo que actualmente consideramos como profesión. En este proceso ha influido de forma significativa la intervención del Estado, que ha intentado regular la formación de las matronas y su ejercicio profesional de una forma estricta desde el reinado de los Reyes Católicos, aunque con muy desigual acierto. Así, en 1498, los Reyes Católicos promulgaron una *Pragmática* que regulaba el ejercicio profesional de las matronas, debiéndose examinar éstas ante el Tribunal del Real Protomedicato para obtener la correspondiente licencia y poder ejercer. Pero las matronas se resistieron denodadamente a ser sometidas a este tipo de controles, aboliéndose esta obligación durante el reinado de Felipe II.

Un ejemplo sobre las dificultades para cumplir con esa legislación es el documento depositado en el Archivo Municipal de Jerez de la Frontera (Cádiz), en el que las parteras se niegan a desplazarse a Sevilla para realizar el examen exigido por las autoridades, alegando diversas razones¹:

“1500, Marzo, 18.

«Leóse en el dicho Cabildo una petición que presentaron las parteras e otras mugeres que curan de enfermedades secretas de otras mugeres, vezinos desta çibdad, por lo qual en feto fazen saber a esta çibdad que por parte de çiertos doctores de sus altezas son çitadas y mandadas paresçer antellos en la çibdad de Seuilla en çierto término e so çiertas penas para les esaminar en sus ofiçios, lo qual dis que nunca fue ni se usó en esta çibdad, y demás desta que ay algunas dellas que son viejas y otras enfermas, y otros pobres y otras que están al presente ocupadas con mugeres preñçipales desta çibdad y con otras de menor condiçión, y están preñadas para parir y, sy allá agora oviesen de yr, que las preñadas podrían resçeber algund peligro.

En feto piden que la çibdad escriua a los dichos doctores los plega por lo ya dicho enbiar a esta çibdad una buena persona para que aquí las esamine e nombre [roto] çibdad tal persona para que aquí las aya de esaminar porque non aya [roto] resçeber fatiga e costas en lo qual resçeberán merçed.

Visto por los dichos señores lo contenido en la dicha petición ma[roto] que las dichas mugeres parteras y las otras contenidas en la [roto] petición busquen una buena persona que por ellas ayan de yr a la [roto] çibdad de Seuilla a los dichos doctores a las lleuar [roto] la carta que esta çibdad les escriuise sobre este caso en forma [roto] tenido en su petición, porque es cosa justa que las dichas [roto] sean esaminadas por los dichos doctores o por la persona que para ello diputaren, segund el cargo e ofiçio que tienen donde [roto] quiere y es neçesario que aya esamen, la qual carta se fiso en

¹ Archivo Municipal de Jerez de la Frontera (Cádiz). Actas Capitulares, 1500-1505, f. 20r.

orden [roto] se dio a las dichas mugeres para que se enbíe a los dichos do[roto] las quales mugeres dixeron que ellas tenían acordado que Pedro Días de Vargas, syndico procurador desta çibdad que lleua la carta dellas sobre este caso a los dichos doctores (...)».

El siglo XIX marca un período de inflexión para la profesión, con la regulación de los estudios de matronas y la creación del título oficial mediante la Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857² y la creación de la Beneficencia, que permitiría la creación de un cuerpo funcional de matronas al servicio de la Administración, con la regulación de sus formas de acceso, salarios y condiciones de trabajo, que incidiría en el aumento de la preocupación de las matronas por conseguir la titulación exigida para acceder a dicha ocupación.

Es en este contexto de regulación de los estudios de matrona, de movimientos asociativos en distintos espacios profesionales y obreros y del establecimiento de un cuerpo funcional dentro de la Beneficencia en donde se desarrollaría un proceso de fundación de colegios de matronas en toda España, paralelo al de los practicantes, que desempeñarían un importante papel como agente dinamizador del colectivo matronal en nuestro País a lo largo del siglo XX. Todo ello tendría una repercusión directa en temas sociales de gran relevancia, como la asistencia a través de la Beneficencia a mujeres embarazadas y madres con escasos recursos económicos o la implantación en España del Seguro Obligatorio de Maternidad, puesto en marcha en el año 1929³, una meta largamente ansiada por el colectivo de matronas. La lucha por la igualdad entre hombres y mujeres constituía igualmente un tema de honda preocupación, quedando de ello constancia en la celebración de actividades científicas, cursos y conferencias, dirigidos tanto a profesionales como a las propias mujeres.

LOS COLEGIOS DE MATRONAS EN ESPAÑA Y SU LABOR INSTITUCIONAL: EL ASOCIACIONISMO PROFESIONAL

Implantada la titulación oficial de matrona en 1857 y desarrollados en las décadas siguientes los reglamentos correspondientes⁴, surge la necesidad de promover el

² Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857, propuesta por el Ministro Claudio Moyano Samaniego. Se define a la partera como «la mujer práctica en el arte de partos o que ejerce en virtud de título». En sus artículos 40 y 41 suprimía la enseñanza de Cirugía Menor o Ministrante y creaba las titulaciones de Practicante y Matrona. En concreto, el Artículo 41 recoge: «Igualmente determinará el Reglamento las condiciones necesarias para obtener el Título de Matrona ó Partera». Gaceta de Madrid n.º 1710. Madrid, 10 de septiembre de 1857. Se crea, por tanto, el Título de Partera o Matrona.

Disponible en: www.portalhiades.com.

³ Dada la importancia de este decreto, se reproduce en su integridad en los números 1, 3, 4 y 5 de *La Matrona Hispalense*.

⁴ El primer reglamento que desarrollaría la Ley de Instrucción Pública de 1857, en lo relativo a las enseñanzas de Matrona y Practicante, vería la luz cuatro años más tarde, en 1861, mediante la Real Orden de 21 de noviembre de 1861, publicada en la *Gaceta de Madrid* n.º 332, de fecha 28 de noviembre de ese mismo año. Cfr. GARCÍA MARTÍNEZ, M. J., GARCÍA MARTÍNEZ, A. C. (1994): "Primer reglamento en España para la enseñanza de Practicantes y Matronas (1861)". En Qalat Chábir. Revista de Humanidades, núm. 2. Alcalá de Guadaíra (Sevilla), pp. 123-131.

asociacionismo entre las profesionales, una de las funciones de los Colegios de matronas⁵. A principios del siglo XX, sobre todo en la segunda década, se irán constituyendo en distintas provincias españolas –Sevilla, Madrid, Málaga, Barcelona, Salamanca...– estas Instituciones con la finalidad principal de defender a sus colegiadas, reivindicando diversos temas (salarios dignos, formación del colectivo, lucha contra el intrusismo...) y poder ofrecer así a la sociedad cuidados de mayor calidad.

El movimiento asociacionista matronal se fue extendiendo por buena parte de España y así se recoge en los distintos anuarios que se publican en los años 20, en los que se incluyen los Colegios de Matrona y datos referentes a ellos, como resultado del aumento de su presencia en la sociedad. En 1927, los Colegios de Matronas de Almería, Huelva y Sevilla, se hacían visibles a la sociedad a través de distintos medios escritos, dando a conocer la dirección de sus sedes, sus Juntas Directivas y el número de sus colegiadas⁶:

1. Colegio de Matronas de Almería⁷, fundado el 22 de agosto de 1920.

Dirección: C/ Granada, nº 67.

Presidente honorario: Don Eduardo Pérez Cano.

Presidenta honoraria: Doña Josefa Fernández Tripiana.

Presidenta: Doña Carmen Navarro Sánchez.

Vicepresidenta: Doña Encarnación Amat Cuenca.

Tesorera: Doña Isabel Calvo González.

Contadora: Doña María Picón Belmonte.

Secretaria: Doña Luisa Flores Vicente.

Vocales: Doña Angustia Peña, doña Trinidad Prior Delgado, doña Eulalia Abad Sánchez y doña Felisa Selfa García.

El número de colegiadas en la capital era de 12, en Berja 2, en Canjayar 1 y en Vera 1. El número total de colegiadas era de 16.

⁵ Un estudio más amplio sobre la importancia del asociacionismo en las matronas puede consultarse en: GARCÍA MARTÍNEZ, M. J., GARCÍA MARTÍNEZ, A. C. (2004): "Mujer y asociacionismo profesional. El Colegio de Matronas de Sevilla y su labor en la defensa del colectivo durante el primer tercio del siglo XX". *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, núm. 9. Qalat Chábir, A. C. Alcalá de Guadaíra (Sevilla), pp. 607-624.

⁶ Fuente consultada: *Primer Anuario médico de España*. Año I. Av. Conde Peñalver, 21 y 23. Editorial Apolo. Madrid, 1927, 688 pp. Localización: Institución Colombina. Biblioteca Capitular (Sevilla). Signatura: 68 – 130. R – 7614.

⁷ *Ibidem*, p. 420.

2. Colegio de Matronas de Huelva⁸, constituido el 20 de septiembre de 1926.

Dirección: Ateneo de Huelva.

Presidenta honoraria: Doña María Josefa Torcano Gallifa.

Presidenta: Doña Antolina Bidasoa.

Vicepresidenta: Doña Purificación Losada.

Tesorerera: Doña Isabel Díaz Sánchez.

Contadora: Doña Antonia Castaño.

Secretaria: Doña Elvira Real Robles.

Vocales: Doña María del Rosario Benítez, doña Dolores Ortiz, doña María González Iglesias y doña Asunción Bolaño.

El número de colegiadas era de 16

3. Colegio de Matronas de Sevilla⁹.

Presidenta: Doña Dolores Santos de la Carrera.

Vicepresidenta: Doña Ana Vaca.

Tesorerera: Doña Rita Pantión.

Secretaria: Doña María Montero.

Vicesecretaria: Doña María Josefa Rincón.

Vocales: Doña Joaquina Martín, doña Matilde Muñoz, doña Encarnación Padilla, doña Dolores Muñoz y doña Josefa Hidalgo; Delegada: Doña Dolores Morillo.

El número de colegiadas en la capital era de 67 y en el de la provincia, 25.

Como objetivos fundamentales, los Colegios de Matronas buscaron:

- El desarrollo y dignificación de la profesión.
- La salvaguarda de los intereses de las colegiadas y el establecimiento de lazos de solidaridad entre todas las compañeras.
- La lucha contra el intrusismo profesional.
- La implantación de reformas que mejorasen la Clase.
- La colaboración con los Colegios de matronas del País, así como con el resto de profesionales sanitarios (practicantes, médicos, farmacéuticos...), con los que intercambiar ideas, juicios e informaciones.

⁸ *Ibídem*, p. 438.

⁹ *Ibídem*, p. 455.

- La mejora del nivel formativo y cultural de la Profesión.
- El cumplimiento de las leyes y disposiciones que se refieran a la profesión.
- Fundación de revistas profesionales, que sirvieran de medio de expresión del colectivo y divulgación científica.
- La mejora de los servicios a la sociedad para la que trabajaban.
- Constitución de una Federación nacional de Colegios de matronas, que representase al colectivo ante las instituciones nacionales e internacionales, como así se creó.

Este último punto, el del asociacionismo profesional, se va a convertir en un tema central de la Clase matronal, así denominado el colectivo de matronas en esas décadas, ocupando un lugar importante en las páginas de las revistas profesionales¹⁰.

Rosalía Robles Cerdán, fundadora y presidenta a finales de los años 20 del Colegio de Matronas de Sevilla y su Provincia, fue una gran defensora y luchadora del movimiento asociativo, transmitiendo a las colegiadas la idea de que la unión de las profesionales y Colegios hacía más fuerte a la profesión, y que se hacía necesario la constitución de una Federación Nacional de Colegios de Matronas. Son constantes las referencias que se hace de ello en la publicación *La Matrona Hispalense*, cuyo lema era, precisamente, “*Multiplexquiavivus – Vivusquiaunus*” (“*Todos para uno – Uno para todos*”). En una de esas referencias, Dña. Rosalía afirmaba lo siguiente:

“Ahora bien, para el logro de tan legítimas aspiraciones, amadas compañeras, se hace indispensable laboremos por la más perfecta unión, y no duden que de esta unión saldrá la dignificación de una clase a la que me honro en pertenecer y que merece ocupar un lugar preferentemente por el bien que nuestro trabajo consciente reporta a la Humanidad”¹¹.

Esta Federación se hizo pronto realidad. Una de las primeras Juntas Directivas de la Federación de Colegios Matronales de España, elegida por unanimidad tras celebrarse la asamblea correspondiente en Madrid durante los días 1 al 5 de octubre de 1926, fue la siguiente¹²:

- Presidenta: Dña. Dolores Santos de la Carrera Alonso, de Sevilla.
- Secretaria: Dña. María Montero, de Sevilla.
- Tesorera: Dña. Dolores Morillas Caba, también de Sevilla.

¹⁰ En este sentido, el Colegio de Matronas de Málaga y su Provincia, cuya constitución se elabora en 1925, en el punto noveno de su reglamento, recoge entre sus objetivos: “Estar federado con los demás Colegios de Matronas de España, cumplir el Reglamento general de la Federación, los acuerdos de sus asambleas, procurando estar siempre representada en las mismas y contribuir con la cuota correspondiente para el sostenimiento del Montepío y Revista”. *Reglamento del Colegio Provincial de Matronas de Málaga*. Imprenta “Helios”. 1925, pp. 4-6. Localización del ejemplar consultado: Biblioteca de la Universidad de Málaga. Signatura: R. 10.871. X-61-036874-4.

¹¹ *La Matrona Hispalense*, núm. 3, p. 26.

¹² *Primer Anuario médico de España*. Año I. Av. Conde Peñalver, 21 y 23. Editorial Apolo. Madrid, 1927, p. 412.

EL COLEGIO DE MATRONAS DE SEVILLA Y SU PROVINCIA

Anterior a la fundación del Colegio de Matronas de Sevilla y su Provincia, existía en Sevilla una sociedad denominada “Sociedad de Matronas *La Muger y la Higiene*”, cuyo reglamento fue aprobado por las autoridades gubernativas el 17 de septiembre de 1906, siendo su presidenta Dña. Adelaida Romero Paradas¹³. Podría considerarse esta Sociedad como la antecedente y precursora del Colegio de Matronas hispalense.

Una vez fundado el Colegio de Matronas de Sevilla y su Provincia, el decano de España, su presidenta, la matrona y puericultora, Dña. Rosalía Robles Cerdán, pone en marcha la publicación mensual *La Matrona Hispalense*¹⁴, cuyo primer número saldría de imprenta en abril de 1929 y que pasaría a convertirse en el órgano oficial de expresión de la Institución. En el editorial del primer número ya quedaban claros los objetivos, tanto del Colegio como de la revista:

“no podía demorarse un solo día más el que el Colegio de Sevilla, el decano, contase con su órgano y aportara su granito de arena, colaborando, aunque modestamente, con sus dignas antecesoras, a la gran obra, a la lucha denodada por la unión, bienestar y dignificación: como muy bien dice don Ramón Hernández del Castillo en la *Unión Matronal*, de Madrid, del pasado marzo: “a luchar contra prejuicios sociales, contra intereses creados, contra todo lo que pueda oponerse a nuestra reivindicación, hasta que ya oficialmente hagamos valer nuestros derechos y acabaremos colocadas al nivel que por justicia debemos ocupar socialmente; pero todo esto puede alcanzarlo la colectividad, la Unión Matronal Española” [...]”¹⁵.

El estudio y análisis de esta publicación aporta una rica información, sobre todo lo relativo al Colegio de Matronas sevillano: su fundación, funcionamiento, imagen social de la profesión, aspiraciones del colectivo, etc., además de llenar un vacío en cuanto a publicaciones relativas a la profesión de matrona.

Sobre la constitución del Colegio, en el número 18 de *La Matrona Hispalense*¹⁶ se informa sobre la primera Junta General, celebrada el día 26 de septiembre de 1930 bajo la presidencia de Dña. Rosalía Robles Cerdán, nombrándose la Junta Directiva correspondiente. Al mismo tiempo se dio lectura del Reglamento que para su régimen

¹³ El documento se localiza en el Archivo Municipal de Sevilla. Expediente n.º 30. Negociado de Beneficencia. Año 1906, folio 2.

¹⁴ Sobre esta publicación, su significación y análisis del contenido, así como una biografía de Rosalía Robles Cerdán, véase GARCÍA MARTÍNEZ, M. J., ESPINA GUTIÉRREZ, M.ª D. (1999): “La revista sevillana *La Matrona Hispalense* (1929/1930): a la búsqueda de una identidad profesional”. En *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, núm. 5-6. Qalat Chábir, A. C. Alcalá de Guadaíra (Sevilla), pp.285-326, y GARCÍA MARTÍNEZ, M. J., ESPINA GUTIÉRREZ, M.ª D. (1999): “Notas biográficas sobre Dña. Rosalía Robles Cerdán, fundadora-directora de la revista *La Matrona Hispalense*”. *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, núm. 5-6. Qalat Chábir, A. C. Alcalá de Guadaíra (Sevilla), pp.327-332.

¹⁵ Colegio de Matronas de Sevilla y su Provincia, *La Matrona Hispalense*, n.º 1, abril de 1929. Sevilla, p. 1.

¹⁶ El n.º 18 de *La Matrona Hispalense* salió de imprenta en septiembre de 1930.

interior fue aprobado por la autoridad gubernativa.

Junto con la citada presidenta, formaban parte de la Junta Directiva las matronas: Dña. Luisa Cervera Colmena, vicepresidente; Dña. Florentina Baldajos Rodríguez, secretaria; Dña. Ana Baca Rodríguez, Tesorera; Dña. Joaquina Díaz García de la Vega, Contadora, junto con diez vocales¹⁷.

Durante los años que ejerció la presidencia, Dña. Rosalía y sus colaboradoras pusieron en marcha medidas de distinta índole, unas tendentes a elevar el nivel cultural de las colegiadas, otras encaminadas a la defensa y potenciación del asociacionismo, como se ha referido en líneas anteriores y, sobre todo, mantuvieron una “lucha sin cuartel”, como así lo llamaba, frente al intrusismo profesional. Un lugar importante de su trabajo, y así lo transmitía a su Colegio, lo ocupaba la atención a mujeres pobres, sin recursos, ayudándolas tanto en la prestación de cuidados domiciliarios como hospitalarios, cuando se presentaban complicaciones durante el embarazo o en el parto.

LA CIRCULACIÓN DE LAS IDEAS: LA REVISTA *LA MATRONA HISPALENSE*, ÓRGANO DE DIFUSIÓN DEL COLEGIO DE MATRONAS DE SEVILLA

A medida que se iban constituyendo los Colegios de matronas en la segunda década del pasado siglo, iban apareciendo distintas publicaciones profesionales, en su mayoría surgidas al amparo de estas Instituciones, sirviendo como órgano de difusión de su ideario entre las colegiadas y otros profesionales sanitarios. Cuando aparece *La Matrona Hispalense* en el año 1929, ya existían en España revistas especializadas sobre matronas, promovidas, unas, por los Colegios, y otras, por iniciativa privada, destacando las siguientes: *El Defensor de la Matrona* (Barcelona), *La Matrona* (Madrid), *La Matrona Moderna* (Esplugas, Barcelona), *La Comadrona* (Zaragoza), *La Unión Matronal* (Madrid) entre otras que llevaban ya una larga trayectoria.

La publicación sevillana contenía una media de 35 páginas por número, distribuyéndose gratis para las afiliadas al Colegio. Se estructuraba en las siguientes secciones:

- Científicas
- Oficial
- Noticias
- De Pediatría
- Literarias
- Legislación
- Galería Sevillana
- Nuestros Maestros
- Nuestra Prensa

¹⁷ *La Matrona Hispalense*, núm. 18, p. 20.

De estas nueve secciones, las tres primeras eran fijas, es decir, aparecían en todos los números, mientras que el resto lo hacía de forma no periódica. En la primera página de la revista aparecía el editorial, en donde la directora manifestaba su opinión sobre algún asunto o hecho que pudiera interesar al colectivo matronal. Especialmente interesante para conocer el funcionamiento diario y la historia de la Institución eran las secciones “Oficial” y “Legislación”; en la primera se reproducían las Actas de las asambleas, ordinarias y extraordinarias, y de las Juntas Directivas celebradas por el Colegio cada mes, así como los acuerdos alcanzados, y, en la segunda, se reproducían y comentaban textos legislativos que atañían a la profesión (decretos, reales órdenes, leyes...), cumpliendo con ello uno de los objetivos marcados por el Colegio: la difusión de determinados aspectos jurídico-legislativos que resultaban de interés en la práctica profesional. La sección “Noticias” tenía un contenido muy variado, teniendo cabida en ella todo tipo de información que afectaba a la vida de las colegiadas: actos sociales –bodas, banquetes, fallecimientos...-, referencias al mundo laboral –convocatoria de plazas, vacantes en los pueblos...-, referencias académicas –convalidaciones, expedición oficial de los títulos...-. Era una sección dinámica y, probablemente, una de las más consultada de la revista.

A estas secciones se añadía otra que, aunque no se consideraba como tal, aparecía en todos los números, recogiendo breves comunicados, noticias, avisos y anuncios que podían interesar al colectivo. Por citar tan solo uno de estos avisos o “llamadas”, hecho por la Presidenta a las matronas colegiadas, era el que hacía referencia a que éstas debían de abstenerse de poner inyecciones, salvo si poseían el título de Practicante, ya que ello constituía un delito de usurpación de funciones y que, únicamente y sólo en caso de extrema urgencia, cuando peligraba la vida de la parturienta o puérpera, y previa orden facultativa, la matrona podía llevar a cabo dicha práctica¹⁸.

Por último, reseñar que la publicidad aparecía inserta de forma profusa en la publicación, ya sea publicidad institucional o comercial, anunciando productos diversos (libros, material de cura, medicamentos...), todo lo cual nos permite tener una visión social y antropológica muy completa de la época.

Como reflexión final, podemos afirmar que la aparición del boletín-revista *La Matrona Hispalense*, aparecida en el año 1929, supuso un importante logro para el conjunto de la prensa profesional de la Clase matronal de la época. Se trataba, en palabras de su fundadora y directora, Dña. Rosalía Robles, de una aspiración, un proyecto largamente deseado por las matronas sevillanas, pues en sus páginas se verían plasmadas sus inquietudes, ideas, problemática social y laboral, sirviendo, al mismo tiempo, como vehículo cultural y de relación entre las propias colegiadas. En definitiva, la revista sirvió como elemento aglutinador y forjador de una identidad profesional, más allá del ámbito meramente local, contribuyendo a la unidad del colectivo de matronas.

¹⁸ Anuncio aparecido en el núm. 5 de *La Matrona Hispalense*, p. 26.

LOS COLEGIOS DE MATRONAS Y SU PROYECCIÓN SOCIAL

El ideario de las matronas al constituirse en Colegios profesionales sobrepasaba el ámbito estrictamente profesional, ya que, además de la defensa jurídica de las colegiadas, la colegiación obligatoria, las luchas contra el intrusismo, el desarrollo del asociacionismo profesional y la elevación de su nivel cultural, se preocuparon de temas sociales, como la situación de la mujer en la sociedad de su época, la dificultad de su incorporación al trabajo asalariado, la lucha por la igualdad de derechos con el hombre, la exigencia de unos cuidados de calidad durante la etapa reproductiva o la creación de un Seguro Obligatorio de Maternidad; todos ellos aún de plena vigencia en la actualidad.

En este contexto se ha de valorar la labor desarrollada por un grupo importante de matronas, entre ellas Dña. Rosalía Robles Cerdán, mujer emprendedora y muy preocupada por todo lo concerniente al colectivo matronal y, en general, por la problemática que afectaba a la mujer.

La función social del colectivo de matronas sevillanas, extensible al resto de provincias, podría resumirse en varios puntos, los cuales resumimos a continuación:

a) Matrona y Beneficencia.

La Ley de Beneficencia de 1849, y la posterior entrada en vigor de su Reglamento en 1852, diferenciaba los establecimientos sanitarios en públicos y privados, contemplando que:

“en cada capital de provincia se procurará que haya por lo menos un hospital de enfermos, una Casa de Misericordia, otra de Huérfanos y desamparados y otra de Maternidad y expósitos”¹⁹.

En el último tercio del siglo XIX, en lo que respecta a la asistencia sanitaria, se había creado el Cuerpo de Beneficencia Domiciliaria Municipal, dependiente de los Ayuntamientos, y dentro del mismo, una sección de matronas, responsables de la asistencia domiciliaria a la parturienta y al recién nacido. Cada matrona tenía a su cargo un determinado número de distritos de los que se responsabilizaba las 24 horas del día.

En el caso de Sevilla, la asistencia a la parturienta pobre se llevaba a cabo por las matronas pertenecientes a la Beneficencia Municipal. La convocatoria de las plazas salía anunciada en el Boletín Oficial de la Provincia y el acceso a las mismas se realizaba por concurso de méritos, primando, sobre todo, el tiempo trabajado. Había dos tipos de categoría: Matrona auxiliar y Matrona titular. Junto a los requisitos exigidos, podía aportarse como mérito una certificación de haber asistido gratuitamente a parturientas pobres.

El caso de pobreza en mujeres que iban a parir debía ser frecuente en la época, finales del siglo XIX y primeras décadas del XX. En tales casos, cuando se aproximaba el momento del parto, la futura madre recurría al cura párroco de su distrito para requerir su mediación, certificando éste el estado de pobreza. Se procedía a rellenar una papeleta con

¹⁹ GRANJEL, L. S., *La Medicina española contemporánea*. Ediciones Universidad de Salamanca. Salamanca, 1986, p. 97.

los datos de la interesada y el nombre y dirección de la matrona que le correspondía²⁰.

Uno de los objetivos iniciales que se propuso la “Sociedad de Matronas *La Mujer y la Higiene*”, precursor del Colegio de Matronas sevillano, era ya el de hacerse cargo del servicio de la Beneficencia Domiciliaria, con la idea de que fueran las propias matronas asociadas las encargadas de distribuirse y llevar a cabo la atención a los partos, objetivo que no pudo cumplirse por el informe negativo emitido al respecto por la Comisión correspondiente.

b) Elevación del nivel profesional y cultural de las matronas.

Entre las grandes preocupaciones de Dña. Rosalía Robles se encontraba la prestación de unos cuidados profesionales de calidad a la embarazada y puérpera. Para ello, era requisito imprescindible la formación de las colegiadas. Con ese objetivo, el Colegio organizó cursos, conferencias y ciclos de reuniones científicas sobre temas relativos a la profesión y otros que afectaban a las mujeres, gestantes o no, impartidos por prestigiosos médicos, obstetras y tocólogos, profesores de la Facultad de Medicina sevillana, y matronas, entre ellas la propia Presidenta. Así, los días 4, 11 y 18 de marzo de 1929 el Colegio organiza cursos de formación y perfeccionamiento dirigido a matronas tituladas y alumnas en los salones del Real e Ilustre Colegio de Farmacéuticos, con conferencias a cargo del profesor doctor Cañadas Bueno, quien disertó sobre “Estudios embriológicos indispensables a la comadrona para la asistencia al parto” y “Cómo debe asistirse modernamente a un parto y complicaciones séptica de los mismos”²¹.

Se potenció la participación en congresos y reuniones, mediante la presentación de ponencias y comunicaciones, como se hizo en el *I Congreso Nacional de Matronas*, celebrado en Madrid entre los días 16 y 21 de mayo de 1929, organizado por la Unión de Matronas, y en el que Dña. Rosalía expuso la ponencia “Contribución al estudio de las hemorragias”²² y Dña. Pilar Ramos la titulada “La protección del niño antes y después de nacer”, temas de gran interés y preocupación social, y la participación también en el *I Congreso Internacional de Matronas*, celebrado en Barcelona entre los días 20 y 24 de septiembre de ese mismo año.

c) Defensa de un marco propio de actuación: las relaciones matronas-madres.

Otro de los temas que preocupaba a los Colegios de Matronas en esa época fue la delimitación de un marco claro de funciones para estas profesionales, pues, si bien las mismas estaban reguladas por la legislación vigente, no pocos fueron los enfrentamientos con otras profesiones, como la de Practicante, que defendían su derecho a asistir partos en localidades de menos de 10.000 habitantes²³. Ello fue motivo de disputas e intercambio de correspondencia entre presidentes de Colegios y profesionales, matronas y

²⁰ GARCÍA MARTÍNEZ, M. J., GARCÍA MARTÍNEZ, A. C., VALLE RACERO, J. I. (1995): “Matrona y Beneficencia en la Sevilla del XIX”. *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, núm. 2. Qalat Chábir, A. C. Alcalá de Guadaíra (Sevilla), p. 47.

²¹ *La Matrona Hispalense*, n.º 1, p. 25.

²² Publicado en *La Matrona Hispalense* n.º 3, mayo de 1929, p. 4.

²³ Real Orden de 1 de febrero de 1902.

practicantes, en distintos medios de comunicación, en especial las publicaciones profesionales.

Con la resolución de este problema, en definitiva, las beneficiadas serían, sobre todo, las propias mujeres a las que se prestaban los cuidados, ya que se aclaraba el panorama de profesionales sanitarios y sus competencias y las madres conocían a quiénes debían dirigirse en los meses previos al alumbramiento.

d) La defensa de los derechos de la mujer y de las madres.

La lucha del colectivo de matronas se suma pronto a las reivindicaciones de la mujer por conseguir la igualdad. La propia revista *La Matrona Hispalense* publicaba en 1929 un artículo titulado: *¿Dónde está el verdadero feminismo?*, cuya autora, Elvira García y García, nacida en Perú, llevaba a cabo una reflexión sobre la opresión de las mujeres en aquel país y la dificultad que tenían para ejercer un trabajo asalariado. En España, las reivindicaciones de las mujeres por sus derechos y la dignidad de la mujer se fueron materializando en distintos logros, que requirieron mucho esfuerzo y tesón. Uno de ellos fue la consecución del Seguro Obligatorio de Maternidad.

Son varios los números de la revista en que aparecen artículos y comentarios sobre la implantación en 1929 del Seguro Obligatorio de Maternidad, explicándose en ellos los beneficios para la futura madre, los servicios a que tenían derecho, las prestaciones que debían recibir de los profesionales como la comadrona, el médico y el farmacéutico, la indemnización a que tenían derecho durante las seis semanas de descanso obligado previas al parto y otros aspectos de gran interés. Eran el médico o la matrona los profesionales que debían supervisar dichos beneficios.

Este Decreto-Ley iba firmado por el Ministro de Trabajo y Previsión, Don Eduardo Aunós Pérez, y constaba de 21 Artículos y tres Disposiciones transitorias.

En el artículo 1.º se establecían como fines inmediatos del Seguro Obligatorio de Maternidad, los siguientes:

- a) Garantizar a la asegurada la asistencia facultativa en el embarazo y en el parto y cuando, con ocasión de uno y otro, la necesitare.
- b) Garantizarle los recursos necesarios para que pueda cesar en su trabajo, antes y después del parto, y
- c) Fomentar la creación y sostenimiento de Obras de Protección a la Maternidad y a la Infancia²⁴.

El establecimiento del Seguro Obligatorio de Maternidad supuso un gran avance en la protección social de la mujer.

e) La mejora de la asistencia domiciliaria a través de la lucha contra el intrusismo profesional y la implantación de matronas en base al número de habitantes de las localidades.

Prácticamente en todos los números de *La Matrona Hispalense* se encuentran

²⁴ El decreto-ley que recoge la puesta en marcha del Seguro Obligatorio de Maternidad se publica en la *Gaceta de Madrid* del 24 de marzo de 1929.

referencias a este tema, insistiéndose en que el intrusismo, es decir, ejercer la profesión de matrona sin la debida titulación oficial, es un delito según el nuevo Código Penal²⁵. Se recuerda que la lucha por el intrusismo es, a su vez, una lucha por la prestación de unos cuidados de calidad a las embarazadas y parturientas, unos cuidados administrados por matronas profesionales tituladas. El siguiente texto es bastante expresivo al respecto:

“Estamos decididas, contando con el apoyo ofrecido por altas autoridades en el cumplimiento de su deber, a acabar con tan repugnante plaga; pero se hace indispensable el concurso de todas para defender nuestros derechos e intereses. Las que no estén dispuestas a formar parte de esta cruzada, son invitadas a darse de baja [...]”²⁶.

Entre los artículos de personas de prestigio que comentan y analizan el nuevo Código Penal, que entró en vigor en enero de 1929, se encuentra el de D. Antonio Alfonso López, titulado “El intrusismo”²⁷, o los escritos por la propia presidenta, Dña. Rosalía Robles Cerdán.

En el nuevo Reglamento del Colegio de Matronas de Sevilla y su Provincia, en su artículo primero, ya se hacía mención a ello:

“Artículo 1º. Objeto del Colegio.

El Colegio de Matronas de Sevilla y su Provincia tiene por principal misión la de velar por los intereses profesionales de sus asociadas, atendiendo a su dignificación moral, represión del intrusismo”²⁸.

Tal era la preocupación que causaba el tema que prácticamente en todos los números publicados se insertaba una ficha que debía ser cumplimentada por la matrona denunciante, recogiendo el lugar donde trabajaba la intrusa, número de habitantes del pueblo, número de médicos titulares, número de matronas titulares, si las había, sus respectivos sueldos y, finalmente, nombre de la o las intrusas. En caso afirmativo, el Colegio de Matronas se personaba en la acusación. Por último, se recordaba a las colegiadas que, según el artículo 408 del nuevo Código Penal, las penas para el delito de intrusismo era de cuatro meses a dos años de prisión y multa de 1.000 a 10.000 pesetas.

De no menor trascendencia para la prestación de una asistencia de calidad fue la lucha por la implantación de matronas en base al número de habitantes de las localidades, que se evaluó en una matrona titulada por cada 10.000 habitantes. La existencia de localidades que no tenían matrona suponía una merma muy importante de la asistencia a las mujeres y el favorecimiento del ejercicio como matrona de mujeres sin titulación y, por lo tanto, sin formación reconocida.

²⁵ Son muchas las referencias sobre el intrusismo recogidas en la revista. Una de ellas es un artículo que aparece en el número 3, titulado: “En el nuevo Código Penal vigente desde 1.º de enero el intrusismo es delito”, en el que se comenta, entre otros puntos, las penas a que se exponen todas aquellas que ejercen de forma ilegal.

²⁶ *La Matrona Hispalense*, n.º 3, pp. 12-14.

²⁷ Publicado en el n.º 6 de *La Matrona Hispalense*, pp. 1-4.

²⁸ *La Matrona Hispalense*, n.º 3, p. 15.

En el fondo, a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX se estaba produciendo la quiebra definitiva de todo un sistema ancestral del trabajo de partera o matrona, en el que no era exigido para ejercer la profesión ninguna titulación o documentación (carta de examen) que acreditara la formación necesaria. Lo que hasta hacía poco tiempo era una práctica habitual: la coexistencia de parteras-matronas tituladas con parteras que no lo eran, ya a comienzos del siglo XX no podía sostenerse, y las nuevas condiciones legales creaban la brecha definitiva para la extinción de las matronas sin titulación.

f) Diversos temas de interés social.

Otros temas que eran objeto de interés para el Colegio de Matronas eran los relativos a la salud e higiene públicas, en la capital y en los pueblos: saneamiento y mejora de instalaciones industriales, cementerios, mataderos, escuelas, viviendas, depósitos de agua y fuentes y demás infraestructuras públicas. Para ello, las matronas de los Colegios colaboraban con las autoridades civiles y sanitarias en la educación para la salud de la población, aportando recomendaciones y consejos a las madres, contribuyendo con ello a la prevención de enfermedades infectocontagiosas, al desarrollo del niño²⁹, y a evitar otros males endémicos de las sociedades de comienzos del siglo XX.

Especialmente interesantes son las reflexiones sobre temas tan controvertidos, desde el punto de vista de la moral y religión, como son el del aborto y el de las madres solteras. El artículo de A. Royo, aborda estos temas:

“Pero si a la mujer casada, que tiene al varón que la ampara y cobija, la sociedad la defiende, más debemos de proteger, velar y defender a la *soltera*, víctima muchas veces de su ignorancia o de su abandono”³⁰.

En este mismo sentido, las tareas de protección social de los Colegios de matronas se observan en algunos testimonios de madres jóvenes, pobres, a través de cartas de agradecimientos llegadas al Colegio por la asistencia recibido, publicada en la revista *La Matrona Hispalense*³¹. Testimonios que vienen a poner de relevancia ese trabajo realizado por estas profesionales, en algunos casos sin remuneración económica, que a lo largo de la Historia ha venido desempeñando en la sociedad:

«Carta de gratitud.

El 23 del próximo pasado mes publicóse en los diarios locales, la siguiente:

“Distinguido señor mío:

Aunque carezco de título para dirigirme a Vd. lo hago confiada en su benevolencia, al objeto de suplicarle la inserción en el periódico de su digna dirección de la siguiente. Favor que siempre le agradecerá su humilde servidora, Carmen Castellano.

²⁹ En la sección “Literarias” se incluyen varios trabajos bajo el epígrafe de *Medicina Social* como el titulado “Protejamos al niño; pero más, a la madre”, de A. Royo, publicado en el núm. 4 de *La Matrona Hispalense*, p. 16.

³⁰ *Ibidem*, p. 16.

³¹ *La Matrona Hispalense*, n.º 2, p. 27.

Soy una humilde persona que poco tengo que agradecer a la Naturaleza y mucho menos a la Fortuna; vivo en el *Corral del Conde*, y por mi desgracia quedéme embarazada. Cuando fuí a dar a luz, tuve que recurrir a la Beneficencia Municipal y acogerme al Instituto de Maternidad y Puericultura, sito en calle Santiago, 10, donde es Director el Dr. don Jacinto Ovín. Tuviéronme que hacer la operación llamada "Cesárea", que según tengo entendido es la segunda que se ha efectuado en dicho establecimiento y, a pesar de tener complicaciones, fué tal el número de atenciones y cuidados que recibí de las señoras Matronas y enfermeras pertenecientes al mismo, que fui curada; encontrándome hoy bien y en mi casa, con mi hijita que también goza de buena salud.

La gratitud a que me obliga todo lo expuesto, es lo que me hace expresar por medio de la Prensa mi eterno agradecimiento a don Jacinto Ovín y personal a sus órdenes, y para que Sevilla sepa la labor que calladamente se lleva a cabo en tan benéfico establecimiento. Hoy, 19-4-1929».

CONCLUSIONES

Los Colegios de Matronas desde su fundación desplegaron una ingente labor institucional, buscando su consolidación y la defensa de sus intereses profesionales. Pero toda esta tarea sería difícilmente comprensible sin el desarrollo de una amplia tarea social que la profesión de matronas defiende como una de sus señas de identidad más representativas: la defensa de las madres, la reivindicación de sus derechos a recibir unos cuidados de calidad y garantizados por unas matronas bien formadas.

No se podría entender el surgimiento de los Colegios de Matronas sin el contexto de reivindicación social que las mujeres desarrollan desde la segunda mitad del siglo XIX y al que las matronas, una profesión eminentemente femenina hasta bien avanzado el siglo XX, se unieron, haciendo indisolubles las reivindicaciones como profesionales y como mujeres.

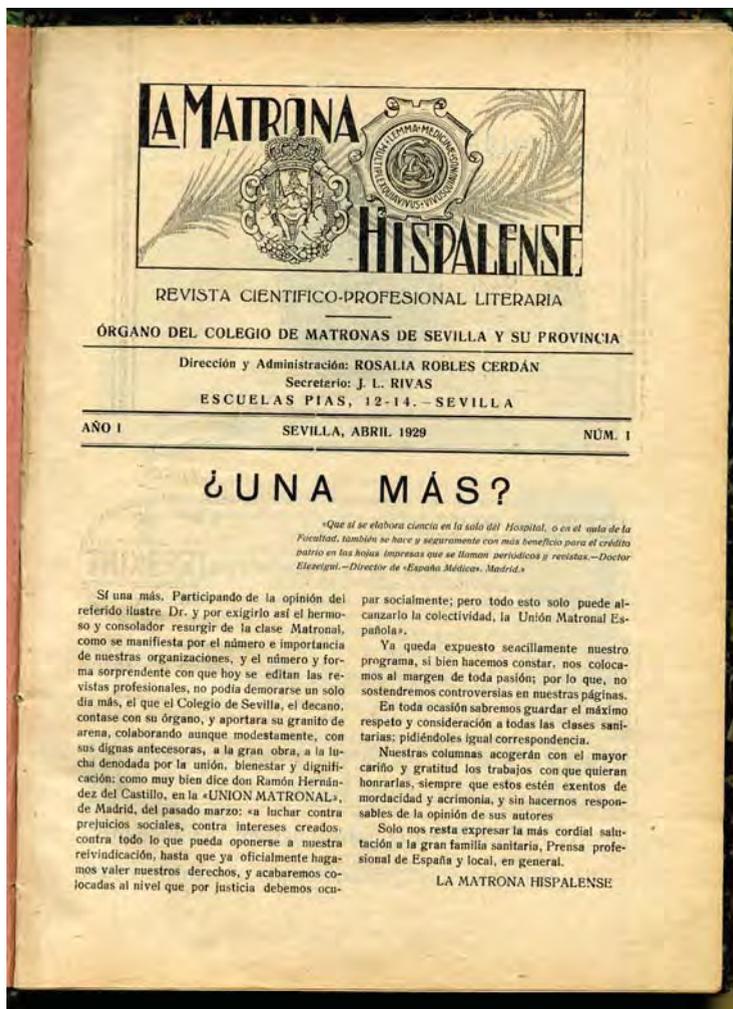


Ilustración 1. Portada del primer número de *La Matrona Hispalense*, editada por el Colegio de Matronas de Sevilla y su Provincia. Sevilla, abril de 1929.

INDICE PROFESIONAL	
<p>CONCEPCION ALBA MATRONA Alcázares, 47 SEVILLA</p>	<p>JOAQUINA DIAZ MATRONA Ponce de León, 15 SEVILLA</p>
<p>DOLORES LLORCA MATRONA Grupo Pinillos, Letra, F.—SEVILLA</p>	<p>ROSALIA ROBLES MATRONA—PUERICULTORA Escuelas Pías, 12-14 SEVILLA</p>
<p>Encarnación Valenzuela MATRONA Alhóndiga, 27 SEVILLA</p>	<p>Dada la circulación de «LA MATRONA HISPALENSE» es recomendable a las profesionales el anuncio en esta Sección.</p>
<p>¡MATRONAS! No dejéis de leer nuestro próximo número, en el que comenzaremos a insertar dos interesantísimas secciones CONSULTORIO SOCIAL Y VACANTES <small>Esta Revista dedica la mayor atención a las regiones Andalucía y Extremadura</small></p>	
<p>«LA MATRONA HISPALENSE» se envía gratis a las compañeras pertenecientes a este colegio.—Las que no, si desean recibirla con regularidad, deberán remitir seguidamente el importe de la suscripción ptas. 4.— Por un año.</p>	
<p>SE ACEPTAN AGENCIAS DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS Informes: «LA MATRONA HISPALENSE» Escuelas Pías, 12-14 SEVILLA</p>	
<p>SELLOS PARA COLECCIONES ESPECIALIDAD: ESPAÑA Y MARRUECOS VENTA, COMPRA Y CAMBIO Informes: «LA MATRONA HISPALENSE» Escuelas Pías, 12-14 SEVILLA</p>	

Ilustración 2. Directorio de matronas y otros anuncios aparecido en el núm. 1 de la publicación *La Matrona Hispalense*. Además de los nombres de las matronas, en uno de los anuncios se invita a las matronas a que lean el próximo número en el que se incluye un “consultorio social y vacantes”.

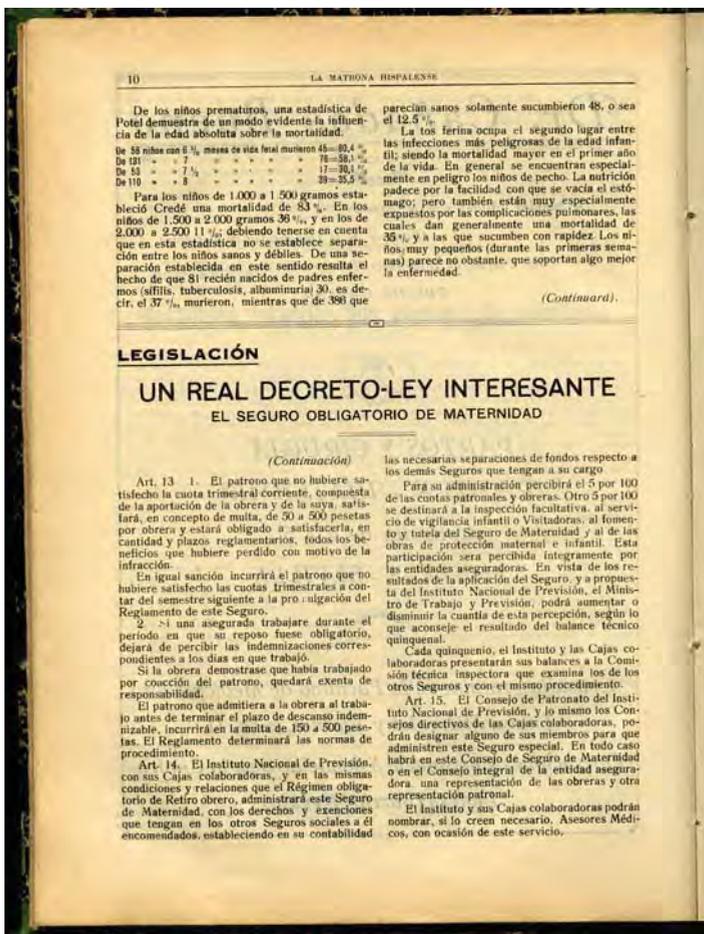


Ilustración 3. El Seguro Obligatorio de Maternidad, publicado en el año 1929. El Colegio de Matronas de Sevilla, dada su importancia, se hace eco de ello y lo reproduce en su integridad para el conocimiento de sus colegiadas y madres en general.

EL FUTURO DE LOS COLEGIOS PROFESIONALES EN LA SANIDAD DEL SIGLO XXI

THE FUTURE OF PROFESSIONAL SCHOOLS IN THE HEALTH OF THE 21ST CENTURY

Rocío Cardeñoso Herrero

Diplomada en Enfermería. Presidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria.

PALABRAS CLAVE: Colegio profesional, futuro, responsabilidad, visibilización, oportunidad.

KEY WORDS: Professional College, future, responsibility, visibility, opportunity.

RESUMEN: Un análisis competencial de la labor profesional y social de los enfermeros españoles nos debe hacer reflexionar sobre la importancia de la función a desarrollar por los colegios profesionales de enfermería. Además de cubrir con sus obligadas funcionalidades administrativas, deben desarrollar otro tipo de competencias encaminadas a alcanzar el reconocimiento social que merecen los enfermeros. Una vez adquiridos los derechos plenos universitarios, la obligación moral y la responsabilidad profesional de los miembros de las juntas de gobierno debería ser la potenciación de aquellos mecanismos de estudio, organización, trabajo en grupo e impulso de la formación e investigación que permitan al colectivo enfermero alcanzar ese grado de visibilización social que merecen por mérito propio y que la historia siempre le ha negado.

ABSTRACT: A competential analysis of the professional and social work of Spanish nurses should make us reflect on the importance of the function to be developed by nursing professional colleges. In addition to covering their obligatory administrative functions, they must develop other types of competences aimed at achieving the social recognition that nurses deserve. Once acquired the full university rights, the moral obligation and the professional responsibility of the members of the governing boards should be the enhancement of those mechanisms of study, organization, work in group and impulse of the formation and investigation that allow the nurse collective reach that degree of social visibility that they deserve for their own merit and that history has always denied.

La casualidad y el destino, han hecho que hace dos años tuviera el honor de cerrar el Congreso de Historia de la Enfermería que se celebró en Santander y que este año, me hayan permitido cerrar este congreso de Historia de la Enfermería en Salamanca.

Hace dos años veíamos los retos de futuro de la profesión enfermera y este año reflexionaremos sobre los retos que tenemos los colegios profesionales para los próximos años.

De alguna manera, parece razonable que ambos retos vayan de la mano, por eso me van a permitir que en mi conferencia de este año tome como referencia las claves allí establecidas para valorar cómo desde los colegios profesionales damos respuesta a los retos de futuro que tiene la profesión y la sociedad, haciendo un análisis transversal de estos retos a lo largo de la conferencia e intentando recoger lo que a mi forma de entender es la profesión enfermera y, sobre todo, su futuro.

Por supuesto que los colegios tenemos las funciones propias reguladas por la normativa legal en vigor, pero también los líderes de los colegios tenemos que tener clara la gran responsabilidad que asumimos para con la sociedad y con la profesión, dada nuestra situación central que aúna a todos los profesionales.

Es, como todos sabemos, obligación legal estar colegiado para ejercer la profesión, y esta situación nos exige que estemos a la altura en el desarrollo de nuestras funciones, convirtiéndonos en eje vertebrador de la profesión y asumiendo nuestro cometido con gran responsabilidad, dado que debemos de ser nosotros los encargados de cohesionar, consensuar y dirigir los pasos hacia dónde tenemos que seguir avanzando.

Con estas premisas, voy a intentar plasmar una visión, misión y valores, bajo los que tenemos que trabajar en la organización colegial desde un punto de vista personal y trasladando mucho de la labor desarrollada desde el Colegio de Enfermería de Cantabria.

Llevo muchos años dentro de la organización colegial. Desde el año 2001, he pasado por diferentes puestos de responsabilidad, actualmente y desde el año 2011, soy presidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria. Me siento muy orgullosa de poder representar a mi profesión en Cantabria. Siempre he intentado defender con orgullo y con pasión todo en lo que creo y represento, teniendo claro que el trabajo en equipo, es la clave para el éxito. Os voy hablar de los retos de futuro para la organización colegial, desde una visión de responsabilidad por el lugar privilegiado que ocupamos como representantes de la profesión. Son retos de futuro que muchos pueden coincidir con los generales que se marcan desde el Consejo General, pero otros muchos deben responder al ámbito más propio de cada comunidad, más cercano al colegiado y a la situación particular de la sociedad y sanidad de cada provincia.

En la conferencia de Santander, establecía como retos de futuro para la profesión los siguientes aspectos:

- Reencuentro de la profesión.
- La humanización como esencia del cuidado.
- Desarrollo e implantación de la autonomía profesional dentro de las instituciones sanitarias.
- Impulso del autoempleo en el ámbito de nuevas competencias.

- Presencia de enfermeros en a política y en puestos de alta gestión.

Ya estamos trabajando en todos estos objetivos, con diferentes estrategias, pero enmarcadas dentro de la estructura y organización del colegio, tal y como desarrollaré más adelante.

Sin embargo, es fundamental que los colegios profesionales nos pongamos al servicio de la enfermería del siglo XXI y, concretamente, del año 2017, y que poco tiene que ver con la de 1974 (año de la normativa bajo la que se siguen regulando los colegios profesionales).

Como instituciones de derecho público tenemos la obligación de ser útiles para la sociedad y eso nos exige previamente hacer un ejercicio de reflexión y de conocimiento en la estrategia de planificación, partiendo de la importancia clave de:

A- Conocer la realidad social, sus necesidades, fortalezas y sus amenazas.

B- Adaptarnos y ser flexibles a dichas necesidades, para dar una respuesta y cumplir nuestra misión.

A- Conocer la realidad social, supone interactuar con los colegiados y con la sociedad
Darles voz, estar abiertos, ser receptivos a sus demandas y útiles a sus necesidades, en definitiva, construir juntos.

Tenemos que ser conscientes que partimos de una sociedad que está en crisis de valores y de identidad. El “yo” y el individualismo está creciendo como valor predominante. Somos cada vez más competitivos y resulta más difícil que las personas se comprometan con proyectos de manera altruista, sólo por convicción. El modelo de relaciones sociales ha cambiado mucho como consecuencia de las nuevas tecnologías y las redes sociales, lo que nos hace movernos en paradigmas diferentes. Esto es consecuencia de muchas situaciones vividas, la crisis económica, la precariedad laboral, las nuevas tecnologías, la pérdida de educación en valores (respeto, flexibilidad, diálogo, consenso...) la falta de formación en dinámicas de integración y trabajo en equipo, etc.

Los enfermeros somos también parte de la sociedad y por tanto, nos afectan y vivimos todo este tipo de situaciones que, sin duda, como decía antes, son amenazas para poder avanzar, pero el conocerlas y gestionarlas bien nos deben permitir convertirlas en oportunidades.

B- Adaptarnos supone estar siempre expectantes y con ganas de avanzar juntos

Teniendo en cuenta, por un lado los cambios sociales descritos anteriormente y el rechazo que en general provoca en las personas las imposiciones (en este caso el carácter obligatorio de la colegiación) todo ello unido a la ausencia de necesidad de fidelización en el desarrollo de la gestión colegial, hace, como decía, que en ocasiones se genere cierto rechazo y lejanía por parte de los verdaderos activos de las entidades que gestionamos: los colegiados. En este sentido, también las juntas de gobierno nos empatizamos con las situaciones anteriormente descritas y a veces no sentimos la necesidad de avanzar en la incorporación de nuevas estrategias en la dirección y gestión de los colegios profesionales de enfermería.

Tenemos que pensar, que si los colegiados no participan o lo hacen poco de la vida

colegial, es por algo, y que si hay una sensación de lejanía y distancia con la organización colegial, algún motivo deben tener. Algo que debemos analizar y conocer para poder cumplir la función y misión que tenemos desde nuestra posición de privilegio de ser nexo de unión.

Como bien describen los teóricos de la inteligencia emocional, las personas al final nos movemos por emoción, recordamos por emoción, y vivimos por emoción. La dificultad radica en llegar a las personas y eso es lo que tenemos que conseguir para poder alcanzar nuestros objetivos. Llegar a los profesionales de enfermería, para que vivan su profesión con emoción y con pasión. Que sientan orgullo de pertenencia, esa es la clave para avanzar no desde la competitividad e individualismo, sino desde el trabajo en equipo, y en busca del interés general por encima de la individualidad.

Supone incorporar las claves sobre inteligencia emocional, en la gestión de la organización colegial, término acuñado por dos psicólogos de la Universidad de Yale (Peter Salovey y John Mayer) y difundida mundialmente por el psicólogo, filósofo y periodista Daniel Goleman.

El concepto empezó a difundirse a principios del siglo XX, pero no fue hasta 1995 con la aparición de Goleman cuando ha cobrado importancia. El mundo empresarial ha sacado provecho del aprendizaje emocional, el cual se ha convertido en una herramienta valiosa para comprender la productividad laboral de su personal, los requerimientos para el liderazgo y la prevención de desastres corporativos.

Así como las empresas deben comenzar a trabajar en una cultura laboral más tolerante, nosotros como corporación, tenemos que saber incorporar estos conceptos en nuestra gestión. Se ha demostrado que se vuelven empresas más rentables, en la que la gente está más a gusto y genera beneficios a los trabajadores y a la propia empresa. Ser líder de una organización requiere tener dotes de gestión y formación para su desarrollo. Las colegios profesionales tenemos que verlos como pequeñas empresas que tienen la suerte de no necesitar buscar el beneficio económico y por tanto no debemos plantearnos su gestión en términos de rentabilidad económica, pero si tenemos el deber de conseguir que, como estructura, seamos útiles para la sociedad y los colegiados para así poder alcanzar nuestro fin de regulación de la profesión de una manera participativa y eficaz. Tenemos que avanzar y ser estructuras modernas en competencias y gestión.

Desde mi humilde punto de vista, si no interiorizamos desde los colegios profesionales el enfoque del “construir juntos”, seguiremos haciendo y programando actividades formativas, jornadas, cursos, conferencias, lucha social y política en defensa de intereses de la profesión, publicaciones de trabajos, investigaciones..., en las cuales participan una minoría y seguiremos perdiendo una oportunidad única de consolidar el avance de la profesión. Tenemos como institución mucho potencial para conseguir nuestros objetivos, pero nos falta créernoslo, abrir nuestra mente y apostar por el trabajo en equipo como herramienta básica. Si no llegamos a nuestros profesionales, algo no estamos haciendo bien, hay que revisar nuestra forma de planificar y trabajar, analizar las causas y poner soluciones para avanzar. Así podremos mejorar nuestros resultados y ser más eficaces. Tenemos que crear unión.

Por ejemplo, ¿por qué seguimos con la prescripción enfermera sin resolver?, ¿qué

piensan realmente los enfermeros de este tema?, ¿lo hemos discutido?, ¿lo hemos interiorizado?, ¿se lo hemos trasladado claramente a la sociedad, a nuestros pacientes, a nuestros compañeros, a los políticos?. Porque parece que lo hemos convertido en una lucha de poder, en vez de en una evolución natural de una profesión que avanza y está desarrollando este espacio y prestando una mejora en la atención a la población. Tengo la sensación de que cuando las demandas surgen desde los líderes, olvidándose de las bases que son la verdadera esencia, las cosas no funcionan bien. Casi son imposiciones.

El proceso creo debe de ser a la inversa, desde las bases, desde las creencias, desde la unión, desde la emoción, que es la que nos mueve al cambio. Esta reflexión me parece clave, que sea previa antes de establecer unos retos a conseguir, unos objetivos a lograr y que lo tengan claro los equipos directivos, me da igual que sean de una empresa privada, de un hospital, de un partido político o de una junta de gobierno de un colegio profesional.

Si trabajamos con personas, para personas, tenemos que saber gestionar nuestras intervenciones partiendo siempre del trabajo en equipo y de la motivación como esencia para conseguir ese avance. Partiendo de esta reflexión, mi planteamiento como retos del trabajo de futuro en los colegios son las siguientes: (dejando por supuesto aparte las funciones que legalmente se establezcan en cada momento para la organización colegial)

- 1- Participación activa de los colegiados en la realidad del colegio y de la profesión.
- 2- Generar servicios colegiales en base a la demanda y a las necesidades.
- 3- Visibilización social y presencia de la profesión enfermera.
- 4- Participación activa en el impulso de las actividades autónomas enfermeras, en participación comunitaria y promoción de la salud.
- 5- Cohesionar todos los ámbitos de desarrollo de la profesión, asistencial, docente, gestor e investigador.
- 6- Resolver conflictos de competencias, mediante el desarrollo de un comité de competencias e intrusismo, que ayude a centrar muchas de las funciones, dentro del nuevo marco competencial enfermero establecido dentro del plan formativo de grado y que está generando, lógicamente, situaciones diarias de conflicto dentro del día a día asistencial por falta de reflexión y conocimiento de los profesionales, de los equipos y de los propios gestores a la hora de tomar decisiones y establecer protocolos del nuevo rol de los enfermeros dentro del sistema sanitario.

1. Participación activa de los colegiados en la realidad del colegio y de su profesión

Es importante que los enfermeros sientan el colegio como suyo. Como decía anteriormente somos una estructura impuesta por ley y eso, sin duda, es una dificultad por todo lo que de rechazo genera las cosas impuestas y que tenemos que superar con otras opciones, sabiendo rentabilizar las oportunidades que a su vez generan cohesión. Es necesario crear espacios de desarrollo de trabajo en equipos que den respuesta a las necesidades que los colegiados establezcan y que permitan su implicación y participación.

Hay que empezar por los sectores con más motivación y aprovechar las inquietudes ya

existentes para luego ir generando nuevos espacios, en base a las necesidades y a los objetivos establecidos desde las juntas de gobierno. Una dificultad que tenemos como profesión emergente, y que nos hace más complicada nuestra tarea es la falta de sociedades científicas, su poco recorrido, el número limitado de participantes, falta de grupos de interés, de impacto, foros de discusión, de participación multidisciplinares. Esa debe de ser una tarea fundamental de los colegios profesionales: conseguir la movilización específica de cada sector enfermero, generando grupo de cohesión, uniendo aquellos profesionales que tienen un interés común, que comparten unas mismas inquietudes que genere emoción, unión y motivación. La fuerza del grupo, del que me siento miembro.

Actualmente desde el Colegio de Cantabria, tenemos diferentes grupos de trabajo que después de un análisis de situación y una vez identificadas sus necesidades y las demandas de los enfermeros hemos ido desarrollando como un proceso facilitador que a su vez es cambiante y requiere de revisiones constantes. Son grupos por tanto no impuestos por estructura, sino que surgen por necesidad, siendo seguro algunos comunes a toda la organización, pero otras específicas en cada colegio provincial.

- Grupo / Comisión para el desarrollo e implantación de las especialidades de enfermería en Cantabria. Integrado por enfermeros de todas las especialidades y cuya misión es reunirse con políticos, gestores, sindicatos, direcciones de la necesidad de avanzar en el desarrollo de las especialidades.
- Comisión de Enfermería Integrativa, cuyo objetivo es avanzar en la incorporación de las terapias naturales dentro de la atención de enfermería, para conseguir una mejor y más completa atención de las personas.
- Comisión para el fomento de un cuidado sin sujeciones “La sujeción no es un cuidado”. Cuyo objetivo es la formación de los enfermeros en conseguir cuidar sin necesidad de uso de la sujeción en ningún caso o durante los menos y menor tiempo posible. Además, este grupo tiene como fin social conseguir la retirada de las sujeciones en los centros de atención a la dependencia de Cantabria.
- Comisiones y grupos de trabajo, de todas las especialidades en las que no existe sociedad científica en Cantabria. Actualmente, está el grupo de salud mental y geriatría.
- Desarrollo e impulso de la Investigación, a través de desarrollo de proyectos multicéntricos de investigación en el que los propios colegiados participan de manera voluntaria. Actualmente, están trabajando en el desarrollo de un plan de envejecimiento activo como necesidad para un envejecimiento poblacional sostenible.
- Grupo de Cooperación Internacional. Estamos trabajando actualmente en un proyecto en Haití. Llevamos casi dos años en el terreno en el que participan más de 20 enfermeras, a través de la ONG “Aytimoun Yo” en un trabajo de Educación para la salud en un orfanato, en Anse-à-Pitre, en Haití, su comunidad y en los campos de refugiados más cercanos.
- Comisión para el desarrollo de políticas de empleabilidad, desarrollo de campo autónomo de la profesión como nuevos nichos de mercado laboral para los

enfermeros.

- Desarrollo y potenciación de las Asociaciones y sociedades científicas, favoreciendo su desarrollo, colaborando con asistencia técnica, logística y económica.

Es importante que cada demanda, cada queja o sugerencia se convierta en una oportunidad para avanzar, y eso es lo que nos va permitir tener un tejido en red dentro del colegio.

2. Generar servicios colegiales en base a la demanda y nuevas necesidades

A veces las actividades y funciones las mantenemos por rutina, por seguir una inercia, por miedo al cambio, por miedo al fracaso y por medio al rechazo.

Queremos que el colegio sea más activo, más vivo y para eso es necesario que los colegiados sientan que la institución responde a sus necesidades, a sus demandas y expectativas. Nuestra diversidad dentro del colectivo que aúna a todas las edades y sectores de la profesión hace que las necesidades sean también muy diferentes y eso requiere de una planificación detallada, y minuciosa.

Tenemos tanto que preguntar, lo que se necesita, como observar lo que hace falta, siempre para dar respuesta, para conseguir nuestra finalidad colegial, esa no la debemos de perder nunca de vista para evitar desvíos en las funciones colegiales.

Hay asesorías que son básicas y troncales como las jurídicas o fiscales, pero otras que deben responder a necesidades emergentes.

Asesoría laboral, de comunicación, investigación, informática, que permitan dotar a los enfermeros de herramientas básicas para poder avanzar en su desarrollo profesional.

3. Visibilización social y presencia de la profesión enfermera

Es una necesidad dentro de la profesión conseguir más presencia social, pero esto requiere un análisis detallado previo para conocer las razones por las cuales estamos, a pesar de ser una profesión muy valorada por la sociedad, según el último Barómetro Sanitario (un documento oficial publicado por el Ministerio de Sanidad y el Centro de Investigaciones Sociológicas, cuya elaboración se llevó a cabo mediante la realización de un total de 7.800 entrevistas a ciudadanos, en su edición de 2016, revela que la enfermería es de nuevo la profesión mejor valorada dentro de la especialidad sanitaria al alcanzar una calificación de 7,48 sobre 10), seguimos sin tener la suficiente presencia, reconocimiento y participación social como referentes en salud de las diferentes situaciones vividas en España, con las consecuentes dificultades que esto genera para poder situarnos y avanzar a todos los niveles de desarrollo profesional.

Muchos autores tanto nacionales como internacionales ya han estudiado y analizado las causas, de esta invisibilidad con las que sin duda coincido en que, como nos describe Sioban Nelson, rectora y profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Toronto-Canada en su artículo "LA IMAGEN DE LA ENFERMERA - LOS ORÍGENES DE INVISIBILIDAD HISTÓRICA EN ENFERMERÍA", explica de una manera gráfica, los principios de la enfermería como profesión, que mucho tuvo que ver con valores como la caridad, vocación, abnegación y devoción relacionado siempre al sexo femenino, históricamente sometido al del hombre y además, durante una etapa muy importante, también sometido

a la iglesia. Esto ha hecho que la enfermería haya sido consistentemente enmarcada como una profesión “virtuosa”.

Suzanne Gordon junto con Sioban Nelson agrupan una serie de ensayos que analizan los retos de la enfermería y el problema que creamos para nuestra profesión, cuando hablamos de trabajo, de atención, de emoción y de relaciones, sin nunca examinar la base técnica y científica de las competencias de la enfermería. Aquí tenemos una de las razones de nuestra invisibilidad y es la necesidad de cambiar la imagen que seguimos proyectando a la sociedad: las enfermeras somos buenas, cariñosas y comprensivas, porque somos buenas personas que venimos a ayudar. Esto es lo que Sioban Nelson, llama como la “Ruta de la Virtud”, en la cual nos sentimos cómodas socialmente, siendo nosotras mismas las que tenemos que movernos de este rol social y cambiar la virtuosidad por conocimiento. “Una de las razones por las cuales las enfermeras dependen tanto de la “Ruta de la virtud” es que muchas creen que esta es la única fuente de estatus, de respeto y autoestima.”(Sioban Nelson)

Este mensaje, ya trasnochado, es el que al menos los medios de comunicación siguen proyectando de la enfermería y como dice la autora muchos profesionales seguimos defendiendo por comodidad lo que nos está impidiendo avanzar como disciplina profesional con cuerpo propio de conocimiento, en el que tenemos que hablar de valores científicamente reconocidos como la escucha activa, el apoyo emocional y la atención individualizada que genera la respuesta humana ante la enfermedad como verdaderas bases de la profesión y humanización de los cuidados.

Sioban concluye: “Le recomiendo a todas las enfermeras que busquen la *Ruta de la virtud* en sus organizaciones, sus escuelas de enfermería o en su lugar de trabajo, en la salud y enfermería. Todos tenemos que estar atentos a la imagen de la enfermería que retratamos en nuestra vida profesional y aceptar la responsabilidad de comunicar un modelo profesional y con experiencia. Sólo así seremos capaces de evolucionar más allá del *hable poco, haga mucho* y hacernos visibles en el sistema de Salud.”

Sin duda, el colegio como organización tiene muchas capacidades para poder comunicar un modelo profesional, actualizado y diferente, que nos permita salir del terreno de la invisibilidad en el que nos hemos movido muchos años.

Partiendo de esta reflexión es prioritario desarrollar un plan de comunicación dirigido por un lado a la sociedad y por otro lado a los profesionales para ayudarnos a salir de la “Ruta de la Virtud”.

Cada colegio tendrá que desarrollar el suyo propio en base a las características sociales y culturales de cada comunidad pero en líneas generales basándose en la presencia, la opinión profesional en las diferentes cuestiones sanitarias que se planteen, la participación activa como responsables de los cuidados y salud de las personas, en todos y en cada de los eventos y situaciones que nos lo permitan. En definitiva el exponernos más allá del ámbito sanitario y siempre que haya personas que hablen de salud o enfermedad, los enfermeros tenemos algo que decir y que opinar.

El salir de la “Ruta de la Virtud”, tiene mucho que ver con el desarrollo de la autonomía, la responsabilidad, los conocimientos científicos y la autoestima profesional

que tendremos que trabajar también desde los colegios, si queremos realmente avanzar en la imagen de proyección social. La concienciación de la importancia que tenemos cada uno de nosotros en el desarrollo de nuestro trabajo.

4. Participación activa en el impulso de las actividades autónomas enfermeras, participación comunitaria y promoción de la salud

Como complemento al punto anterior, quiero resaltar la importante tarea de trabajar dentro de la proyección social aspectos fundamentales de la profesión que nos ayuden a avanzar en aspectos como la educación y promoción de la salud, no sólo por la necesidad que existe en la población y en la sociedad de aumentar el conocimiento de autocuidados como valor de calidad de vida y de futuro, sino como de imagen emergente de la enfermera como referente cuidador en la promoción de hábitos de vida saludable.

Esto además genera un nuevo campo de desarrollo laboral, favoreciendo el emprendimiento y las políticas de autoempleo como objetivo también a impulsar dentro de los colegios profesionales.

Sin duda, esta importante función hay que enmarcarla dentro de la cobertura legal que los colegios tenemos legislativamente y las responsabilidades otorgadas, y por eso tenemos que recurrir a potenciar organizaciones paralelas jurídicamente independientes de la organización colegial, como pueden ser las Fundaciones.

El desarrollo de una fundación, ligada al colegio profesional en su estructura y patronato, para garantizar la total transparencia de la misma, es un modelo adecuado y facilitador para el desarrollo de esta tarea, y que revierte en un gran beneficio para la profesión y la sociedad, respectivamente.

Esta es la opción adoptada por muchos colegios, para poder potenciar estas funciones y así también apostamos en el colegio de Cantabria, por la creación de la Fundación de Enfermería de Cantabria en el año 2009 promovida por el Colegio de Enfermería de Cantabria, como entidad sin ánimo de lucro, relacionada con el mundo de la enfermería, de la sanidad y de la sociedad de nuestra Comunidad Autónoma.

Surge del compromiso permanente con su **responsabilidad profesional, sanitaria y social**. La necesidad de promover y fomentar la actuación, la continua superación y los principios de la profesión, así como defender los intereses inherentes a la misma, hacen que nuestros fines sean la promoción de la investigación, la formación, el empleo y la intercomunicación.

El **espíritu de cooperación, capacidad de mejora y visión de futuro** nos lleva al objetivo de colaborar con las organizaciones sanitarias y sociales en aras de conseguir la máxima calidad asistencial.

El respeto y protección al individuo y a la comunidad hacen que nuestros fines sean **promover la salud** y prevenir la enfermedad, fomentar la autonomía, concienciar de la responsabilidad y aceptarla plenamente y la participación activa del ciudadano en la proyección y defensa de su salud.

MISIÓN:

La misión de la Fundación es la de satisfacer las necesidades y mejorar las condiciones de la profesión enfermera, la de contribuir a mejorar la calidad asistencial y organizativa de la sanidad y la de mejorar la salud, la calidad de vida y fomentar la participación de nuestra sociedad.

VISIÓN:

Ser un referente relevante de organización sanitaria involucrada e implicada en el desarrollo y defensa de para la profesión de enfermería, el sistema sanitario y la sociedad en Cantabria.

VALORES:

- Profesionalidad.
- Compromiso.
- Esfuerzo y Constancia.
- Colaboración y Cooperación.
- Igualdad y Equidad.
- Transparencia y Legalidad.
- Acuerdo y Consenso

OBJETIVOS:

- Promoción de la investigación.
- Promoción del conocimiento.
- Promoción de empleo.
- Promocionar la intercomunicación de los profesionales entre sí y de éstos con la sociedad cántabra.
- Promocionar la colaboración y cooperación con las instituciones.
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad y promoción de la responsabilidad del individuo y la comunidad ante la salud y la sanidad en la sociedad cántabra.

ACTIVIDADES:

- Convenios con múltiples ayuntamientos, asociaciones e instituciones privadas para el desarrollo de diferentes proyectos de educación para la salud, previamente desarrollados desde la Fecan y también diseñando proyectos a la carta.
- Desarrollo e implantación del proyecto piloto de enfermería escolar en Cantabria, con la contratación de tres enfermeros escolares para su desarrollo y con el objetivo de tener resultados y un proyecto validado para que desde la Consejería de Educación de Cantabria apostase por su implantación en toda la comunidad escolar. Estamos en fase de desarrollo y actualmente es sin duda el proyecto más importante que desde la Fecan se está realizando.

Con la FECAM estamos desarrollando una actividad de visibilización de la profesión, un servicio social. Estamos dando empleo a enfermeros para el desarrollo de todas las actividades de EpS, que desde el colegio no se podría desarrollar por no ser finalidad propia de la entidad colegial.

Sólo durante el año 2016 la Fecan ha desarrollado más de 100 actividades de educación para la salud con un alcance de más de 8000 personas, incluyendo a los niños y familias de los colegios donde ya están los enfermeros escolares. Con más de 30 enfermeros trabajando y colaborando para la FECAN en el desarrollo de estas funciones.

5. Cohesionar todos los ámbitos de desarrollo de la profesión, asistencial, docente, gestor e investigador

Es necesario que exista un “reencuentro” de la profesión. La velocidad de vértigo llevada por la enfermería desde que en el año 1977 nos incorporamos en la universidad, hasta la actualidad que estamos en el desarrollo académico máximo, ha generado una división demasiado grande entre la asistencia y el resto de funciones básicas enfermeras. Existen como diferentes velocidades y conceptualizaciones por parte de los profesionales, que provoca que el cambio normativo no se esté traduciendo en el día a día de la práctica clínica y que las funciones autónomas enfermeras sigan estando por detrás de las colaborativas.

Para seguir avanzando juntos, como única disciplina, necesitamos “reencontrarnos”, y es aquí donde el colegio tiene la responsabilidad de crear espacios de debate, de reflexión, como estructura única que une a todos los ámbitos y tiene esa capacidad.

Tiene que producirse un proceso de interiorización del cambio de la profesión enfermera. Proceso que tenemos que consolidar juntos, docentes, investigadores, gestores y asistenciales, para conseguir que toda la potencialidad de la profesión enfermera sea una realidad en la atención sanitaria a las personas.

6. Desarrollo del comité de competencias profesionales e intrusismo

El proceso formativo de los enfermeros en España, ha cambiado mucho en muy pocos años. Del año 1953 hasta 1977, con la unificación de los planes de estudios de practicantes, matronas y enfermeras, nace la categoría de ATS. Después del 77 con el paso a la universidad, se reconvierte a la titulación de DUE (Diplomado Universitario en Enfermería) y por último el Real Decreto 1393/2007, modificado posteriormente por el RD96/2014, de 14 de febrero, regula la enseñanza universitaria en España, de grado, máster y doctorado, dando por fin acceso de pleno de derecho a los enfermeros a la universidad sin ningún techo académico.

Sin duda este proceso ha sido muy importante para la profesión y hemos visto consolidar nuestras aspiraciones y demandas durante años, pero también es necesario hacer un análisis tranquilo y consensuado de lo que para una profesión supone este desarrollo tan importante, en el que conviven profesionales de todos los niveles formativos y en el que no sé si todos tenemos claro lo que supone.

Somos profesionales más formados y por tanto tenemos que tener más competencias, más autonomía y también, por supuesto, más responsabilidades.

Desde el punto de vista político y económico, como así expresaba en su momento Marina Geli, cuando era Consellera de Sanitat de la Generalitat de Catalunya y decía que: “Hemos tomado la decisión de dar el grado y las Especialidades a las enfermeras, pero ¿para qué?, ¿para qué sigan haciendo lo mismo o para que adquieran nuevas competencias? .Eso vale mucho dinero (Geli, en arroyo, 2009.276)

Lo mismo ocurre desde el punto de vista de la gestión, desde el que parece razonable redefinir para ampliar los campos de actuación de enfermería, con nuevas y más competencias y responsabilidades.

Sin embargo, el poso que deja la división entre las actividades delegadas, las funciones más técnicas y las autónomas propias de la profesión no están todavía en equilibrio ni asumidas plenamente por parte ni de los enfermeros, ni del equipo multidisciplinar, ni de los propios gestores, y mucho menos de los políticos.

Eso lo vemos porque en el día a día, surgen cantidad de situaciones dentro de los procesos de atención en las cuales siempre hay duda sobre nuestra función, es nuestra competencia, responsabilidad, delegación y nos cuesta mucho situarnos a los profesionales. En este sentido, ocurren situaciones que además de generar conflicto dentro del ámbito laboral, sino somos determinados y valientes en avanzar en base a nuestra formación y conocimientos, estamos generando fuga de competencias que vemos como otras profesiones emergentes no tienen problema en asumir.

Como dice Pablo Meseguer, “la delimitación del área competencial de la enfermería ha estado plagada de confrontaciones con otras profesiones”, la mayor parte ha sido con los técnicos y con los médicos. Con los técnicos porque su incorporación dentro de la sanidad cubrían funciones técnicas que estábamos haciendo los enfermeros, y con los médicos porque por inercia de años de sistemáticas de trabajo sólo tienen reconocidas nuestras funciones técnicas, desconociendo y a veces, no aceptando nuestro nuevo rol dentro de la sanidad, y de ahí, los problemas, por ejemplo surgidos, con respecto a la prescripción enfermera.

Este hecho, junto con nuestra falta de situación en el día a día de nuestro Rol, nos ha hecho perder situación y nos puede llevar a perder liderazgo dentro del campo de la gestión de los cuidados. Porque un porcentaje muy amplio de la profesión no hemos interiorizado, porque no lo hemos reflexionado desde las bases lo que supone ser una titulación de grado y cómo tenemos que situarnos dentro de la sanidad y de la atención socio sanitaria y de la sociedad en general. Por eso este desconcierto tan peligroso, unido a la falta de interés, valentía y capacidad de los gestores, que nos siguen manteniendo, al menos en algunos ámbitos como en los hospitales, dentro de nuestro paradigma ATS.

Como ven, dentro de este análisis, rápido de la situación, vemos que hay varios problemas, con diferentes orígenes y que sin duda es vital su abordaje en conjunto para conseguir seguir avanzando como profesión a nivel de autonomía y liderazgo en los cuidados.

Los colegios profesionales tenemos que trabajar para conseguir este desarrollo pleno de autonomía y competencias, tenemos que regular la profesión como máximo cometido

de nuestro trabajo.

No podemos permitir que sean los jueces o tribunales los que nos permitan avanzar o retroceder en nuestro campo competencial, sino nuestro cuerpo de conocimientos, nuestra formación y nuestro rol dentro de la sanidad.

Es fundamental por tanto la función del comité de competencias dentro de los colegios profesionales. Que trabajen como órganos independientes a las juntas de gobierno en calidad de asesores y establezcan en base a estos objetivos una actividad programada y dirigida:

- A generar dentro de la profesión debate y reflexión sobre cómo avanzar dentro de nuestras funciones.
- A tener una participación activa dentro de la política y de los gestores sanitarios, alertando a las juntas de gobierno de las decisiones que se toman y que puedan generar un problema competencial.
- Órgano consultivo para los profesionales de enfermería, dictaminando informes que tienen validez y peso regulador.
- Detectar y emitir informes ante las situaciones de intrusismo que sirvan de soporte a las juntas de gobierno para la toma de decisiones.

Esta función genérica dentro de los colegios, estaba clara pero tenemos que hacer comités fuertes que trabajen con rigor porque hay mucho en juego.

Tienen que ser abiertos, cercanos, participativos, generar espacios de debate, y referente de consulta para enfermeros, gestores y ciudadanos, haciendo públicos sus informes y deliberaciones, que son vinculantes y legalmente reconocidos dado nuestra función de ser el órgano regulador de la profesión.

CONCLUSIONES

Los colegios profesionales tenemos que mirar al futuro con responsabilidad y servicio.

Estamos en un momento importante para conseguir consolidar todos los avances enfermeros logrados estos últimos años y tenemos a nuestro alcance todos los medios necesarios para poder conseguirlo.

Hay que partir de una necesidad de cambio y modernización en la gestión y dirección de los colegios, incorporando conceptos nuevos ya utilizados en la gestión empresarial, siendo la inteligencia emocional una herramienta útil para este fin.

Es necesario que partamos de las necesidades sentidas de los colegiados y que hagamos un análisis individualizado por provincias y comunidades de cuáles son estas necesidades, que nos permitan realizar una planificación estratégica adaptada a conseguir nuestros fines. Conseguir que los enfermeros se identifiquen con su colegio profesional, es nuestro principal reto. Una vez se consiga seremos muy fuertes para dar los pasos necesarios y conseguir los objetivos que nos proponemos.

Los enfermeros nos enfrentamos a una realidad social muy cambiante, con nuevas

necesidades a las que tenemos que ser capaces de dar respuesta de manera rápida y eficaz y los colegios profesionales tenemos que ser capaces de sumar para aportar nuestro granito de arena en conseguir seguir siendo útiles a la sociedad y a la profesión.

BIBLIOGRAFIA

Barometro sanitario. Cis 2016

https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm (consultado 10 de abril 2017).

Cardeñoso R. Claves para afrontar el futuro profesional 167-172 (2015) edic. Colegio de Enfermería de Cantabria. "Un siglo cuidando a la sociedad".

Constitucion Española Art.36

<http://www.congreso.es/constitucion/ficheros/c78/cons.espa.pdf> (consultado 15 de febrero de 2017).

Goleman D, Cherniss C. Inteligencia emocional en el trabajo: como seleccionar, medir y mejorar la inteligencia emocional en individuos, grupos y organizaciones. Ediciones BSA 2005.

Goleman D Liderazgo. El poder de la inteligencia emocional-Ediciones B SA 2013.

Meseguer Gancedo. P.cuad.relc.labor.35 (1)2017.165-185.

Ley 2/1974, de 13 de febrero de regulación de los colegios profesionales.

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-A1979-99](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A1979-99) (consultado 21 de febrero de 2017).

Ley 50/2002, de 26 de diciembre, de Fundaciones Consultado 20 de febrero de 2017).

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, Título 1, art 4.

Ley 25/2009, de 22 de Diciembre Ley Omnibus.

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.

Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración de las Escuelas de ATS como Escuelas Universitarias de Enfermería.

Sioban Nelson, Texto Contexto, Enferm, Florianapolis, 2011 Abr-jun; 20(2):221-2.

Trayter Jimenez JM. El futuro de los colegios profesionales: Perspectivas tras la Directiva Servicios y ante la Ley de Servicios Profesionales. Por el derecho y la libertad. Ediciones gomez.acebo y Pombo.

Vargas Zuñiga, F La formación por competencias: Instrumento para incrementar la empleabilidad. (internet). AreaRH.com. Formación. Disponible en: <http://www.areach.com/formación/formacionporcompetencias>



Capítulo 2

Colegios de Enfermería de España: hacia la
reconstrucción de su historia



HISTORIA DEL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE GIPUZCOA

HISTORICAL VIEW OF THE OFFICIAL NURSERY SCHOOL OF GIPUZKOA

Manuel Solórzano Sánchez

Hospital Universitario Donostia. OSI Donostialdea

PALABRAS CLAVE: Colegio Profesional, Practicantes, Enfermeras, Matronas.

RESUMEN: Hablar de barberos de pueblo, de sangradores, ministrantes o de petriquillos nos lleva a otros tiempos de la profesión sanitaria de la Enfermería.

Ya que las primeras citas sobre el Colegio de Practicantes de Gipuzkoa datan del siglo XIX, según revistas y documentos que obran en nuestro poder; crisis y momentos de auge se han sucedido, así como frecuentes cambios de situación.

A continuación, cuando surgieron el Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios y el Colegio de Enfermeras, aparecieron dificultades y cambios de ubicación y, de alguna manera, esta asociación guipuzcoana se unió a otras del estado con idea de defender sus derechos profesionales.

KEY WORDS: Professional College, Practitioners, Nurses, Midwife.

ABSTRACT: Talking about village barbers, bleeders, ministers and healers take us to ancient time of the nurse profession.

According to data available, the first references of the Official College of Nurses arise from the 19th century; There has been a succession of crisis and prosperity as well as situation changes since then.

With the foundation of the Official College of Nurse Practitioners and Registered Nurses, many changes took place and difficulties encountered. This organization, joined others from the rest of the country, in order to stand up for their professional rights.

La larga historia transcurrida desde la aparición de los primeros profesionales de la Enfermería allá por la Edad Media, por llamarles de alguna manera, ha ido creando paso a paso, con leyes, decretos o, simplemente a través de sus actividades un colectivo altamente profesional que hoy integra el actual Colegio de Enfermería de Gipuzkoa.

Está escrito que en el siglo XIV se fundan las primeras **Cofradías de Barberos y Cirujanos** bajo la advocación de los Santos Patronos San Cosme y San Damián. Estas cofradías eran instituciones de carácter religioso - benéfico aunque en sus estatutos se dictaron normas sobre el ejercicio profesional, ya que para poder ejercer de cirujanos-barberos debían de ser examinados por dos cirujanos de la cofradía.

Ya vemos que cada Grupo, Gremio, Asociación, etc. se van dando cuenta que no solamente es “cuidar”, sino que empiezan a mirar que hay que saber cuidar, y por eso se organizan en grupos y como decíamos antes para pertenecer a una cofradía tenía que pasar un examen y ser examinados. Se dan cuenta que hay que estudiar y que no sólo vale saber.

La capacidad para ejercer la profesión quedaba recogida por los reyes D. Fernando y Doña Isabel, el 9 de Abril de 1500, en una Real Pragmática dictada en Segovia donde se decía que:

“Mandamos, que los Barberos y Examinadores mayores, de aquí adelante, no consientan ni den lugar que ningún barbero, ni otra persona alguna, pueda poner tienda para sajar ni sangrar, ni echar sanguijuelas, ni ventosas, ni sacar dientes ni muelas, sin ser examinado primeramente por los dichos maestros Barberos mayores personalmente, so pena que cualquiera que usase de las cosas susodichas o de cualquiera de ellas sin ser examinado, como dicho es, sea inhábil perpetuamente para usar dicho oficio, y más pague dos mil maravedís de pena para la nuestra Cámara, etc...”

Por Real Cédula de Felipe V, el 29 de enero de 1711, se creó la Clase de Sangradores que supuso un primer paso para la coordinación de los distintos oficios y profesionales que formaban un todo en las distintas ramas de la ciencia dedicadas a la curación de enfermos.

En 1843 fueron aprobados los “auxiliares de medicina y cirugía prácticos en el arte de curar” y en 1846 lo fueron los “ministrantes”.

Gipuzkoa no fue ajena a cuanto ocurría en otros lugares más o menos cercanos, siendo la historia de los cuidados similar a la del mundo al que pertenecía. De la enfermería intuitiva se pasó a la recibida oralmente por los mayores de cada familia o comunidad, siendo entre los siglos X y XV cuando comienzan a identificarse a las personas que, primero por nobleza, caridad y cariño y, más tarde, por un salario, se dedicarán a atender las necesidades básicas de los afectados por la enfermedad.

En Gipuzkoa, desde 1485 hasta 1900, el número de centros hospitalarios o de socorro era muy escaso, tan sólo ocho centros. Hay datos de 1485 del Hospital de San Lázaro en el barrio de San Martín extramuros en San Sebastián. De 1535 hasta 1719 se conoce la existencia del Hospital de San Antonio Abad en el arrabal de Santa Catalina. Posteriormente, en 1787, dicho hospital pasó a la calle 31 de Agosto y en 1888 se traslada

a la avenida de Navarra en Manteo. El Hospital de Tolosa se inaugura en 1860.

Como consecuencia de las ya citadas leyes de los años 1855 y 1857, comenzaron a crearse las primeras asociaciones profesionales de la historia de la enfermería en el País Vasco y cuando los practicantes salieron a la luz se integraron en los Colegios de Sangradores, diferenciándose de ellos tan solo en la titulación, hasta que en 1867 se prohibió ejercer la actividad si no se disponía del visto bueno otorgado por las facultades de medicina tras dos años de estudios y prácticas hospitalarias.

Durante la segunda guerra carlista en todos los batallones había un cirujano sangrador que, normalmente, era el practicante que en cada pueblo estaba contratado por el Ayuntamiento. El largo periodo de las distintas guerras carlistas hace que sea en el Ministerio de la Guerra donde más documentación exista sobre el particular, dado que se encargaba de nombrar a los cirujanos sangradores de cada batallón.

El 20 de diciembre de 1870 se crea en el municipio de San Sebastián el servicio sanitario del **Batallón de voluntarios de La Libertad**, un servicio integrado por tres practicantes, Julián Ezama, José Machicote y Manuel Iturriaga. Son ellos, junto con el practicante cirujano del Tercer Batallón Pascual Múgica, los primeros sanitarios que se conocen en la provincia de Gipuzkoa.

Si acudimos a las fuentes escritas de la época, los datos más antiguos sobre practicantes asociados y en defensa de sus intereses profesionales nos llegan de 1881, cuando el entonces Cuarto de Socorro reunía de forma periódica a un grupo de sanitarios presididos por **Blas Benegas**. En esa misma época, en 1883, las referencias de un sacerdote guipuzcoano, el padre Oraian, al mundo de las prácticas sanitarias nos hablan de la primera partera de San Sebastián, **Juana M^a Martínez**. En esta misma época se suscribieron los primeros Estatutos y colegiación obligatoria, recogidos en el Real Decreto de 12 de abril de 1898.

En 1904 se reguló las carreras de practicantes y enfermeras y, dos años después, la venida a España de la reina Victoria Eugenia fue de gran importancia puesto que trajo con ella la filosofía de Nightingale y pronto la Sección de Hombres de la **Cruz Roja** se complementó con la **Sección de Señoras**, fundada por la reina.

Constitución del Colegio de Practicantes de Guipúzcoa.

Con estas primeras referencias históricas, logradas tras una ardua tarea de investigación en archivos, bibliotecas y hemerotecas provinciales y nacionales, ya hay quien piensa en la posibilidad de escribir la historia del Colegio guipuzcoano. Hasta el momento, sólo Sevilla ha recopilado y publicado los datos y documentación existente en su poder sobre la evolución de estos colectivos profesionales.

Manuel Solórzano, enfermero donostiarra y gran aficionado a la historia, ha seguido los pasos de Luis M^a Aguirreolea y ha continuado su labor recopilatoria. Son numerosos los datos con los que cuenta. Eso sí, se lamenta ante la escasez de fuentes y la pérdida de numerosa documentación en el período de la Guerra Civil. Su gran ilusión es, sin embargo, poder publicar algún día la historia del Colegio, en la que incluirá toda una serie de datos y anécdotas, algunas de las cuales comparte aquí con sus compañeros de profesión.

La historia del Colegio guipuzcoano en las diferentes ramas de las “ciencias del curar”,

y desde la aparición en 1855 de la Ley General de Sanidad, por la que se establecen las bases para la creación de estas instituciones profesionales, atraviesa dos etapas de crisis fundamentales: el primero desde 1915 a 1920 y el segundo durante el período de la Guerra Civil Española.

Entre los años 1915 y 1920 y según documentos pertenecientes al Colegio Profesional de Practicantes de Sevilla, en San Sebastián los problemas económicos hacen peligrar la permanencia del colectivo que, según parece, desaparece durante unos años.

En 1915 se publica el “Boletín de Practicantes” y reconocimiento legal de las enfermeras religiosas del Dr. Rubio.

En 1917 nace la Federación de Colegios de Practicantes Vasco-Navarra. Celebrada la reunión el 24 de septiembre de 1918, bajo la presidencia del señor Iglesias, y con el presidente del Colegio anfitrión, señor Martínez de Pinillos, como Vicepresidente, a ella acudieron representantes de los seis colegios norteños (Álava, Gipuzkoa, Logroño, Navarra, Santander y Vizcaya) además del Sr. Monfledo, Inspector Provincial de Sanidad de Logroño, acordando por aclamación los siguientes acuerdos:

- Laborar por la dignificación de la profesión
- Crear “La Unión de Practicantes del Norte de España”
- Exigir la colegiación obligatoria
- Exigir que se ocupen todos los puestos de trabajo que ordenaba la Ley
- Perseguir el intrusismo
- Pedir que se suprimieran las restricciones sobre asistencias a partos
- Proponer a todos los Colegios de España la creación de “El Cuerpo de Practicantes Españoles”.

En 1918 nace la Unión de Practicantes del Norte de España (Álava, Gipuzkoa, Logroño, Navarra, Santander y Vizcaya). Y en 1921 se crea la Federación Nacional de Practicantes.

En su nueva andadura a partir de 1919, y gracias al Colegio de Médicos que prestó su local y su revista, el Colegio de Practicantes vuelve a funcionar con fuerza, hasta la llegada de su segunda época de profunda crisis, en el período de la Guerra Civil. En reconocimiento a su inestimable colaboración, será nombrado **Presidente Honorario** el entonces presidente del Colegio de Médicos, el **Doctor Francisco Pérez Cuadrado**.

En ese mismo año, 1919, se crea paralelamente la Unión de Clases Sanitarias para médicos, veterinarios, farmacéuticos y practicantes, con 178 delegaciones y 1.370 colegiados en 48 colegios profesionales. Juan Ramón Aldasoro y Joaquín Núñez acuden, en representación del Colegio guipuzcoano, a la Asamblea Vasca de practicantes con el lema de “**la unión representa la fuerza y en contra del intrusismo**”. Además, un año antes también Gipuzkoa, está presente en el intento de creación de una Unión de Practicantes del Norte, así como en el proyecto para la puesta en marcha de la Federación de Practicantes Vasco-Navarra.

En 1928, el entonces presidente Francisco Losada presenta algunas denuncias que nos llevan a comprobar el resurgir de la institución. Las matronas se suman a los colegios de practicantes, que a partir de entonces tendrán dos secciones, mientras surge la figura de la

enfermera oficial como servicio social, un cargo para el que ya era necesario haber aprobado 4º de Bachiller. En esta época, entre los años 1928 y 1935, los practicantes y matronas se reúnen en el Colegio de Médicos y en el Ateneo Guipuzcoano.

En 1930, un Boletín Oficial Extraordinario del 21 de marzo ubica el Colegio de Practicantes en el número 6 de la Plaza de la Constitución, en su entresuelo derecha; un espacio de dos habitaciones situado encima de la actual Arkubide, en el que se agrupan 80 socios en pro de la “**defensa de clase**”. Las referencias recogidas en los documentos de la época hablan de otras ubicaciones para el colectivo de practicantes de la provincia - la Calle Mayor nº 1 - 2º y la Calle Embeltrán nº 11 - 1º-. Aunque es muy posible otras ubicaciones además de éstas.

En 1933 se habla de un segundo piso en el número 4 de la calle Legazpi como nueva sede del colectivo de practicantes sanitarios. No hay demasiados datos para confirmarlo, ya que durante el período de la Guerra Civil, y en años posteriores, desaparece un gran número de documentos, incluidas las Actas del colectivo.

El año 1927 se creó “La enfermera oficial” y dos años más tarde, en 1929, se estableció la colegiación obligatoria cambiando de forma notable la configuración del panorama sanitario en general y de la enfermería en particular. En 1928 las matronas se integraron en el Colegio de Practicantes.

Los acontecimientos de 1936 encontraron al país carente de una estructura médico-sanitaria capaz de hacer frente a las muchas necesidades que a diario se presentaban. Fue necesario improvisar hospitales y dotar a los existentes de un mínimo de personal dispuesto a atender a enfermos y heridos. Algunos conventos fueron convertidos en hospitales militares, siendo numerosas las órdenes religiosas que se prestaron a tal fin: Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, Hijas de la Caridad de Santa Ana, Hermanas de San José, Carmelitas de la Caridad, Madres de la Enseñanza, Hermanas Mercedarias, Hermanas de la Consolación, Madres del Sagrado Corazón, Madres Irlandesas, Siervas de María, Siervas de Jesús, Madres Clarisas, Hermanitas de la Cruz, Hermanitas de los Pobres...

Ante la gran cantidad de mujeres que prestaron servicios en los hospitales, con demasiada frecuencia sin más conocimientos que su buena voluntad, se organizaron cursillos llegándose a formar 5.506 Damas auxiliares de Sanidad Militar mediante la realización de 116 cursillos, y el Estado Mayor, en Mayo de 1938, creó el documento de identidad para Damas auxiliares, alcanzándose, al terminar la guerra civil, 12.307 titulaciones entre enfermeras y auxiliares.

Se crea en 1937 La Cruz Roja del País Vasco de conformidad con lo preceptuado en el Decreto del Gobierno Provisional del País Vasco. En ella se denomina como Asociación para el socorro de heridos en campaña, calamidades y siniestros públicos.

En 1937 -el 8 de enero- se reanuda la actividad del Colegio con su presidente Román Elorz -ahora reelegido- a la cabeza y tras la apertura de un nuevo Libro de Actas. Se envía en esta fecha una comisión guipuzcoana a Burgos para actuar en pro de la defensa de Clase ante la Dirección General de Sanidad.

Pero los problemas económicos regresan y en 1938 el Colegio, al que desde 1933 -por

orden de la Segunda República- están obligados a inscribirse todos los sanitarios en activo, se reúne en la Sociedad gastronómica **Unión Artesana** (C/ Soraluze, nº 1), bajo la presidencia de Feliciano Galparsoro. Eso sí, parece que unos meses más tarde regresan a la calle Legazpi.

Por esas fechas, las autoridades sanitarias estatales programan toda una serie de cambios en sus estructuras que llevan a la creación en 1944 de los Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios con secciones independientes para practicantes, enfermeras y matronas. Las enfermeras ya aparecen así representadas en los organismos profesionales, en una época de la que, por desgracia, Manuel Solórzano, quien con ahínco continúa su labor recopilatoria, no ha encontrado datos significativos sobre el Colegio guipuzcoano.

En 1940 las empresas “Michelín” y “Cementos Rezola” fueron las primeras en Guipúzcoa en contar con un practicante en su plantilla. En 1942 se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Y en 1944 se crean los Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios con Secciones independientes para Practicantes, Enfermeras y Matronas. Sede Pedro Egaña.

En 1953, practicantes, enfermeras y matronas se unifican en una única carrera, la de **Ayudantes Técnicos Sanitarios**. Para entonces, el Colegio de San Sebastián se había ya trasladado, en 1948, al número 2 de la calle Pedro Egaña, un local de dos habitaciones y un sótano por el que pagaban 500 pesetas al mes. En este mismo local se sitúa, desde 1955, fecha en que se constituye, el Colegio de Matronas, mientras el Colegio de Enfermería tuvo como sedes, por unos años, la delegación de Sanidad de la Avenida de Navarra, primero, y después, un pequeño ático en la calle Carlos I, número 9 de Amara.

En la calle Pedro Egaña permanecerá el colectivo 35 años -hasta su traslado a la calle Manterola en Junio de 1983- y será aquí donde se unificarán, el 1 de abril de 1977, las 3 Juntas de los Colegios correspondientes de practicantes, enfermeras y matronas en una provisional que creará los nuevos Estatutos del **Colegio de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería de Gipuzkoa**.

Para 1978, la nueva Junta Directiva del Colegio, presidida por Lourdes Altuna, cuenta ya con la presencia como tesorera de la que fue presidenta durante muchos años, **M^a Jesús Zapirain**.

Bajo su mandato el Colegio experimentó un gran avance y una gran transformación con el traslado a las nuevas instalaciones.

Ya en 1978 se celebran las primeras elecciones democráticas con el Colegio unificado, y en 1983 se publica el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma del País Vasco, y ordenación sanitaria territorial del País Vasco.

En 1979 y por Real Decreto, por el que se aprueba la conversión de la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios (A.T.S.) en Escuela Universitaria de Enfermería. El 5 de enero de 2016 pasa a denominarse Facultad de Medicina y Enfermería, Sección Donostia-San Sebastián.

Sin duda, el Colegio está cambiando. La modernidad, funcionalidad y calidad de los servicios disponibles en su nuevo emplazamiento dan prueba de ello.

Existieron también practicantes de farmacia, ministrantes, enfermeros, barberos, practicante de cirugía menor, enfermero del pabellón de contagiosos, etc.

El 13 de enero de 1997 se abren las nuevas instalaciones de la calle Maestro Santesteban que ahora inauguramos.

El 8 de enero de 1998 se inaugura por fin el Colegio de Enfermería de Gipuzkoa.

Desarrollo de la profesión

“En más de cien años, la Enfermería ha alcanzado un alto grado de desarrollo como profesión”. “Llevamos 40 años en la Universidad y hemos crecido en conocimiento, autonomía y ámbitos de actuación que no siempre el usuario conoce. Por ello, queremos subrayar nuestra presencia y nuestro importante papel en el ámbito de la salud en general y, en particular, en el mundo de: la salud laboral, la educación, la prevención, la atención primaria, la hospitalaria y la domiciliaria”.

“Hoy, la Enfermería está preparada para ofertar cuidados sanitarios en muchos campos y miramos al futuro con esa ilusión de poder seguir creciendo como profesión y como profesionales. Nos encontramos en un momento histórico para las enfermeras guipuzcoanas ante el horizonte ilusionante que supone la próxima consecución de la puesta en marcha de la titulación de grado, el desarrollo de las Especialidades de Enfermería y el reconocimiento de la carrera profesional en las instituciones sanitarias”.

“Sin duda, nuestros antecesores profesionales supieron transmitirnos la ambición del querer saber más, para cuidar cada vez mejor. Y así queda reflejado en este libro y con ese mismo empeño seguimos trabajando”, ha concluido M^ª Jesús Zapiraín Mancisidor.

BIBLIOGRAFÍA

Solórzano Sánchez, M. Apuntes Históricos de Gipuzkoa. Practicantes, Matronas y Enfermeras. 1904 – 2004.

EL COLEGIO MATRONAL DE SORIA (1954-1984)

COLLEGE MIDWIVES IN SORIA (1954-1984)

M^a del Carmen Rojo Pascual

Facultad de Enfermería de Soria Universidad de Valladolid

María García Fugarolas

Enfermera, Hospital Universitario de San Juan de Alicante

Hugo Rojo Seguí

Estudiante, Facultad de Enfermería de Soria

PALABRAS CLAVE: Matrona, Soria, Colegiación.

KEY WORDS: Midwives, Soria, College Professional.

RESUMEN: La historia del Colegio de Matronas de Soria hasta la actualidad puede estructurarse en varias etapas. Inicialmente, la posible organización corporativa de las matronas con los practicantes y la pertenencia al Colegio de Madrid y al de Zaragoza hasta 1954. La constitución como Sección de Matronas del Colegio de Auxiliares Sanitarios desde 1954 hasta 1978. Una segunda en la que las matronas se incorporan al Colegio de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Soria (1978-1981); la tercera en la que constituyen por segunda vez el Colegio Matronal (1981-1984) y por último, la integración en el Colegio Profesional de Enfermería Soria.

ABSTRACT: The history of the College of midwives of Soria to the news can structure is in several stages. Initially it possible organization corporate of them midwives with the practitioners and the belonging to the College of Madrid and to the of Zaragoza until 1954. The Constitution as midwives section of the College of health assistants from 1954 to 1978. A second in which the midwives is incorporate to the College of assistants technical health of Soria (1978-1981), the third in which constitute by second time the College Matronal (1981-1984) and finally it integration in the College Nursing Professional of Soria.

OBJETIVOS:

- Describir la evolución del Colegio Profesional de Soria (1954-1984), sus funciones, las distintas etapas y Juntas Directivas.
- Analizar el papel del Colegio como órgano de reivindicación y protección profesional para las colegiadas.

El primer Colegio profesional de matronas de España, “Colegio de Profesoras Titulares de Partos de Madrid”ⁱ, data de 1895; en la segunda década del siglo XX aparecen colegios voluntarios en Almería y Valencia (1920); Alicante (1923), Salamanca (1926), Sevilla, Zaragoza (1927) (Ruíz-Berdún, 2011, 2012 y 2013)¹. En 1930 se estableció el Estatuto de los Colegios Oficiales de Matronas fruto de las conclusiones del Primer Congreso Nacional de 1929.^{2,3}

Las matronas de Soria dependieron inicialmente del Colegio de Matronas de Madrid⁴ hasta que se estableció en 1951 la Decimoquinta Región Matronal (Zaragoza, Teruel, Logroño y Huesca, Soria)^{5,6}. No tenemos constancia de que hasta la constitución del Colegio profesional de Soria, las matronas formaran parte de alguna Organización Corporativa con los practicantes de la provincia o en otra como indica Siles de las matronas de otras provincias (Siles, 1999)⁷. Sin embargo, hay huellas sobre la relación que mantuvo la matrona Constantina Alcoceba Chicharro con el Colegio Voluntario de Practicantes y así lo reconocieron en el acto de disolución de éste (17 de febrero de 1930) y de constitución del Colegio Oficial (28 de febrero de 1930)⁸ y que quedó así recogido:

*“A propuesta del Sr. Martínez se acuerda la gratitud más sincera a la Señorita Constantina Alcoceba, matrona del Burgo de Osma, para con la clase de practicantes concediéndole el honor de conceptuarla, como socia de honor, hasta tanto en su día pueda constituirse el Colegio de Matronas de esta provincia, nombramiento que le será expedido por la Presidencia del Colegio de Practicante de esta provincia”.*⁹

Lo anterior lo podríamos interpretar bajo el concepto multidisciplinar del que había antecedentes en Madrid y recoge Ruíz-Berdún sobre la matrona Juana Idígoras.^{1a,ii}:

Para la constitución del Colegio Provincial de Auxiliares Sanitarios Sección de Matronas de Soria (1954-1978), el Presidente del Colegio de Practicantes propuso a Faustina Lasheras Somolinos, quien⁴ aceptó ser la presidenta del “*futuro Colegio Provincial de Auxiliares Sanitarios, Sección Matronas*”¹⁰ y eligió como Junta Directiva a Ana López Gavira (Secretaria), Ángela de León Martínez (Tesorera) y como vocales a las matronas rurales M^a Luisa Martín Garcés (Almazán) y Piedad García Lacalle (El Burgo de Osma). Todas debían presentar una certificación político-social de buena conducta, y aunque Faustina Lasheras había sido multada en 1938 por “cartearse con un familiar que emitía juicios contra el régimen”¹⁰, fue aceptada la composición de la Junta.

En noviembre de 1978 se realizaron las primeras elecciones para constituir la Junta Directiva del nuevo Colegio unificado de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) de Soria, la

ⁱ Ruíz-Berdún señala que el primer registro de una asociación de matronas aparece en el AGA en el registro del año 1894-1895 inscrita con el número 789 con fecha del 12 de julio. MECD, AGA, (08) 30 36/3105. (En: Ruíz-Berdún, M^a Dolores, 2011, 2012 y 2013).

ⁱⁱ Juana Idígoras perteneció a un grupo sanitario multidisciplinar y en 1893 fue elegida síndico por el Gremio de cirujanos de tercera, matronas y comadrones no médicos. Este Gremio se creó en base a la organización de la contribución industrial o impuestos que debían abonar los profesionales aunque las matronas estaban comprendidas entre las profesiones de orden civil. (En. Dolores Ruíz-Berdún, 2011:69-76).

vocal matrona fue Ángela de León Martínez (vocal) y dos matronas más ocuparon cargos, la Secretaria, Fuencisla Valverde, y la primera vocal Elisa Laseca. Como indica Germán (Germán, 2013), Soria junto a Orense, Granada y Baleares fueron de las últimas provincias en entregar la documentación, incluso Soria lo hizo con posterioridad a las elecciones pero sin disturbios.^{1c,11,12} La presidenta del exiguo Colegio Provincial de Matronas, Ana López Gavira y la secretaria Elisa Laseca Laseca, entregaron la documentación al presidente del Colegio de ATS Jesús Romero Bartolomé (7 de diciembre de 1978)^{13,iii}. El protocolo incluyó la cesión de todos los documentos del Colegio y el informe correspondiente al Delegado Territorial de Sanidad: los libros de actas, de altas y bajas; las fichas de las colegiadas; los sellos del Colegio y los de alta y baja; los documentos administrativos (cartilla, talonarios) y material de imprenta.¹⁴

Las matronas españolas no aceptaron la unificación^{15,16} y en agosto de 1980^{iv} la Comisión Gestora de las Matronas de Madrid llamó a las anteriores Juntas Directivas de toda España para reconstituir de nuevo los colegios. La Junta de Soria y un grupo de colegiadas constituido por María Luisa Aparicio Andaluz, Fuencisla Valverde Rebollo, Victoriana Soriano Gomollón, Rosa María Casado Armillas, Ana María Mohedano, Milagros Martínez Ortego, Silvia González Palacios y María de los Ángeles Almazán, reunidas en la Delegación de Sanidad, lógicamente y no en la sede del Colegio de Practicantes, propusieron a Silvia González y Elisa Laseca para que les representara ante la Comisión Nacional.¹⁷ Las matronas de Soria se constituyeron nuevamente en Colegio Oficial el 7 de octubre de 1980 y así lo comunicaron al Delegado Provincial de Sanidad y Seguridad Social. Haciendo efectiva la separación del Colegio de ATS mediante el cambio del domicilio oficial que se estableció desde el 10 de julio de 1981 en el Paseo del Espolón nº 20 en el 2ºB (domicilio de la Presidenta).

Finalmente, el 7 de noviembre de 1985 las matronas de toda España ceden a la unificación y pasan a pertenecer al Colegio de ATS.^v En Soria, Silvia González como representante del Colegio de Matronas Soria recuerda que “dependían del Colegio de Madrid y al unificarse mandó allí todo lo de tesorería aunque del resto del papeleo no recuerda si lo entregó al de Soria”.¹⁸

ⁱⁱⁱ El Estatuto de los Colegios Oficiales de Matronas de 1930 tenía un artículo más que el de los Practicantes, el nº 31, en el que se establecía que “En caso de disolución del Colegio, los fondos del mismo, después de cubiertas las atenciones pendientes de pago, ingresarán en una institución de Beneficencia preferentemente de carácter profesional sanitario”. Al constituir los colegios conjuntos este trámite no se realizó. (*Gaceta de Madrid*. R.O. del 7 de mayo de 1930. *Estatuto de los Colegios Oficiales de Matronas*, nº 129 de 9 de mayo).

^{iv} La unificación de las profesiones sanitarias suponía la pérdida de la identidad profesional y “no podía ser que una carrera quedase constituida como una especialización dentro de otra, entre las colegiadas había muchas con título de carrera independiente a la que se convirtió en especialidad enfermera”. María de los Ángeles Rodríguez Rozalén. *Matronas: Especialidad Enfermera o Profesión*. (Álvarez Nebreda, C; 2013:239-254).

^v Nota: de esta última etapa del Colegio de Matronas de Soria no ha sido posible encontrar documentación. La unificación de las matronas en la organización colegial se firmó el 7 de noviembre de 1985. Firmaron esta la Presidenta del Consejo Nacional de Matronas, Carmen García Urías y Máximo González Jurado como Vicepresidente del Consejo General de Colegios de ATS-DE de España.

Cargos en la Junta Directiva

La primera Junta Colegial estuvo desde 1954 a 1966 y hasta la unificación del Colegio de ATS-DUE (CPES)^{vi} hubo dos modificaciones, en 1966 que se renovaron todos los cargos y en 1970 solo la tesorera (Rosa Casado). Siempre desempeñó el cargo de Presidenta una matrona que ejercía en Soria Capital: Faustina Lasheras (1954), Ana López (1966 y 1980), Silvia González (1984). Las vocales fueron las matronas de las plazas rurales, Piedad García Lacalle de El Burgo de Osma (1954-1984) y alternaron Luisa Martín de Almazán (1954), con la de Ólvega Felicidad Hernández (1966).

Todas significan su sentido del deber al ocupar los cargos, y como indica Fuencisla Valverde: “alguien tenía que ser”¹⁸. Tras la unificación de los Colegios las matronas estuvieron siempre representadas con una vocal elegida entre las matronas, desde 1999 dicha vocalía no se convoca expresamente en la candidatura pero siempre la ocupa una enfermera especialista matrona aunque no ejerza profesionalmente como tal.

Las sedes que ha tenido el Colegio de Matronas han sido siempre las mismas que la del Colegio de Practicantes excepto entre 1981-1984 que estuvo en el domicilio particular de la Presidenta. Fueron sus localizaciones en el edificio de la Delegación de Sanidad (Calle Nicolás Rabal)¹⁹, en el Colegio de Médicos en la Calle Mariano Vicén (1980), en el domicilio particular de la Presidenta del Colegio (Paseo del Espolón, 1981-1984)²⁰ y desde la unificación en la Calle Fuentes y Calle Alberca respectivamente.

Debemos señalar tres circunstancias en las que el Colegio de Matronas de Soria figuró como protagonista indirecto de la evolución de la profesión. En 1959, por primera vez, una matrona formaba parte de un tribunal en la oposición de las plazas de matronas de la Beneficencia Provincial en el Hospital. Siendo la responsabilidad de la Presidenta del Colegio, Faustina Lasheras nombrar a la matrona Ana López como vocal del tribunal de la primera plaza por oposición de la matrona del Hospital Provincial, así como la de esta siendo la única matrona y mujer en un tribunal formado por dos médicos, un secretario, un representante de la Diputación y un maestro.²¹ En segundo el lugar que desempeñó durante las reivindicaciones para mantener su independencia colegial anteriormente descrito. Y la tercera, cuando las dos Presidentas del Colegio Provisional de Matronas (Ana López Gavira, 1980 y Silvia González Palacio, 1984) tuvieron que certificar que no había ninguna matrona inscrita en la bolsa de trabajo del Colegio y dar el visto bueno a que fueran enfermeras las que las sustituyeran en las zonas rurales.^{18, 22} El papel que representaron en este conflicto fue simbólica tal y como exigía la legislación vigente e incluso podríamos decir que de cortesía institucional.

^{vi} Nota: El 1 de abril de 1977, el Ministerio de la Gobernación dictó una Orden Ministerial por la que se procedía a la unificación de las tres secciones que formaban parte del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios, Practicantes, Enfermeras y Matronas. Aunque esta orden fue recurrida, algunos Colegios Provinciales de matronas se integraron en la Organización Colegias de ATS-DE. Sin embargo, otros mantuvieron su oposición hasta que siete años más tarde el Tribunal Supremo resolvió la unificación.

El carnet y la insignia oficial de la colegiada: símbolos profesionales

La única documentación que figura de las Colegiadas son las tarjetas de filiación y algún carnet.²³ Las tarjetas de filiación de las treinta colegiadas de la Sección de matronas recogen los datos personales, académicos y laborales, fecha de alta y baja, y en el anverso la foto y firma de la colegiada. Del carnet, destacar además de datos de filiación y colegiación, que incluye el “Juramento de intenciones de buena conducta y ética profesional” que debía firmar la colegiada y se le entregada con una funda con el escudo de la Organización Colegial de las matronas y la titularidad del Consejo.

Respecto a la insignia de Colegio (1954), no hemos podido confirmar que se entregara a las afiliadas.^{24,vii} La matrona Milagros Lapeña, utilizó la insignia en sus tarjetas profesionales de visita incluyendo dicha insignia.¹⁸

Colegiadas

De las treinta y siete matronas colegiadas de la primera etapa del Colegio de Matronas (1954-1978), tres de ellas aparecen sin el número de colegiación, un total de ocho cesaron en la colegiación por matrimonio, dos por defunción y cinco por jubilación. Nueve colegiadas se trasladaron de colegio y sabemos por otras fuentes, que de ellas, cinco se jubilaron y dos siguen en activo.^{18,25}

Durante la última época del colegio, se colegiaron veinte matronas (1977-1984). Por lo menos, nueve con la plaza en propiedad de enfermera del INSALUD en 1981. Constan por lo menos seis enfermeras que ocuparon los puestos de matronas de APD que aunque están recogidas entre la documentación de las matronas, como es lógico, no tienen número de colegiadas.²⁵

La única tarifa de honorarios profesionales encontrada sobre la atención a parto normal aprobada por el Consejo Nacional de Practicantes data de 1973. Indicaba las tarifas por consulta, 2000 pesetas y el incremento de un cincuenta por ciento si era en el domicilio de la embarazada; la asistencia por parto en 2900 pesetas, más el setenta y dos por ciento de la iguala médica. Las variaciones de las minutas en horario nocturno, un cien por cien después de las nueve de la noche, o del lugar (fuera del domicilio del profesional un cincuenta por ciento más), así como el kilometraje a diez pesetas.²⁶

Fiesta Patronal

Las matronas sorianas celebraron junto con los practicantes la fecha del patrón de estos “San Juan de Dios” (8 de marzo) siempre excepto al constituirse el Colegio de Matronas celebraron el día 5 de mayo día de “la Visitación de Nuestra Señora”. Aunque alguna matrona recuerda haber celebrado el día de la “Virgen del Perpetuo Socorro” con los médicos, incluso alguna dudó sobre el día de San Ramón no Nato”.¹⁸ En la actualidad, las matronas celebran de manera extraoficial con una comida el día de su patrona.

Las matronas de Soria presumen del reconocimiento social y anónimo que han

^{vii} Ruiz-Berdú recoge una foto de la “insignia alfiler” de este símbolo de la Organización Colegial de las Matronas. (Dolores Ruíz Berdún, 2013: 232).

recibido de las mujeres o hijos nacidos durante su ejercicio profesional, que en ocasiones lo hicieron público mediante cartas en algún periódico local. La organización colegial entrega a las colegiadas una placa conmemorativa de los veinticinco años de trabajo y anualmente un acto de homenaje conjunto y único para todas las que se jubilan. Excepcionales fueron los actos de nombramiento a Constantina Alcoceba en 1930, el acto formal de jubilación de Faustina de Lasheras en 1967 y el reconocimiento a Ana López por su labor como presidenta del Colegio en 1984.

El Colegio ha actuado en la asignación de plazas vacantes y en la elaboración de las bolsas de trabajo. No hay constancia de que lo hiciera ante circunstancias de irregularidad o intrusismo profesional a pesar de que, por ejemplo, entre 1957-1958 la matrona de Espeja de San Marcelino ejercía simultáneamente como Matrona, Practicante y Maestra²⁷ o por las quejas de las matronas de El Burgo de Osma al interferir entre ellas en los partos privados, siendo la Jefatura de Sanidad la que intervino.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

1. Ruiz-Berdún, M^a Dolores: *Los antecedentes a la colegiación obligatoria de las matronas en Madrid*. Rev. Cultura de los Cuidados. 3^o cuatrimestre, 2011. (Año XV. nº 31):69-76.
 - *Desarrollo histórico de una profesión: las matronas en Madrid hasta la Guerra Civil*. [Tesis doctoral]. Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, 2012.
 - *El reconocimiento de la colegiación de las matronas*. En: Álvarez Nebreda, C; Hernán Martín, F. El asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión; 150 años de historia del colegio de enfermeras de Madrid (1862-2012). Colegio Oficial de enfermería de Madrid. Madrid 2013: 217-238.
2. I Congreso Nacional de Matronas. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. CODEM. Fondo antiguo. Consultado el 12 de nov de 2015. Disponible en: <http://www.codem.es/asambleas-y-congresos/1929-i-congreso-nacional-de-matronas-celebrado-en-madrid>
3. *Gaceta de Madrid*. Nº 129, de 9 de mayo de 1930. *Estatuto de los Colegios Oficiales de Matronas*.
4. Ley de Bases de Sanidad Nacional. *BOE* de 26 de noviembre de 1944, nº 331.
5. ASTSSo. *Bajas Practicantes B-P y P-M. y Sanidad. Bajas Matronas*.
6. ASTSSo. Practicante y Matronas. Varios. *Estatutos y Reglamento del Consejo General y Colegios Oficiales de Matronas de España*. Colegio Oficial Matronal de Aragón, 1951:4-5, 32-33.
7. Siles González, J. "Corporativismo en España". *Historia de la Enfermería*. Alicante: Aguaclara; 1999: 300-311.
8. *Gaceta de Madrid*. R.O. del 28 de Diciembre de 1929 Real orden concediendo la ordenación obligatoria a la clase de Practicantes y aprobando para el régimen de

los Colegios los Estatutos que se insertan nº 363 de 29 de diciembre.

9. ASTSSo. Carpeta practicante y matrona: varios.
10. ASTSSo. *Matronas titulares-propiedad-varios-expedientes*.
11. Germán Bes, Concha. "Proceso constituyente y unificación de los colegios masculinos y femeninos. *La revolución de las batas blancas*. (Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2013:129-165.
12. Ventosa Esquinaldo, Francisco. "Pugna por la unificación de los Practicantes, Matrona y Enfermeras en una sola profesión". En: Álvarez Nebreda, C; Hernán Martín, F. El asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión; 150 años de historia del colegio de enfermeras de Madrid (1862-2012). Colegio Oficial de enfermería de Madrid. Madrid 2013:133-151.
13. *Gaceta de Madrid*. R.O. del 7 de mayo de 1930. *Estatuto de los Colegios Oficiales de Matronas*, nº 129 de 9 de mayo).
14. ASTSSo. Practicantes y Matronas. Varios. *Leg. Colegio de ATS. Colegio de Matronas*.
15. Rodríguez Rozalén, María de los Ángeles. *Matronas: Especialidad Enfermera o Profesión*. En: Álvarez Nebreda, C; Hernán Martín, F. El asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión; 150 años de historia del colegio de enfermeras de Madrid (1862-2012). Colegio Oficial de enfermería de Madrid. Madrid 2013:239-254.
16. BOE. Resolución de la Dirección General de Sanidad por la que se desarrolla la Orden de 1 abril de 1977 sobre adaptación de la organización colegial de Ayudantes Técnicos Sanitarios a las normas de la Ley de Colegios Profesionales, nº 103 de 30 de abril.
17. ASTSSo. Practicantes y Matronas. Varios. *Leg. Colegio de ATS. Colegio de Matronas*
18. Rojo Pascual, M^a del Carmen. Evolución del ejercicio profesional de las matronas de Soria durante el siglo XX. [Tesis doctoral]. Universidad de Zaragoza, Zaragoza; 2017:315-333.
19. ASTSSo. Practicantes, Matronas. Varios. *Leg. Consejo Provincial. Constitución del Nuevo Consejo Provincial de Practicantes*.
20. ASTSSo. Bajas Matronas.
21. ADPSo. Leg C.4187-2 y ADPSo. Leg C 4181-4.
22. ASTSSo. Practicantes y Matronas. Archivo-varios. *Leg. Matronas. Varios*.
23. CPES. *Carpeta roja. Fichas altas*.
24. Orden de 6 de diciembre de 1954 por la que se autoriza el uso de la insignia para las colegiadas en los Colegios de Matronas. Ministerio de la Gobernación. *BOE nº 345* de 11 de diciembre.
25. CPES. Libro de Actas *desde el 24 de noviembre de 1978 al 19 de noviembre de*

1985. Libro de Actas desde el 13 de enero de 1986 al 12 de enero de 1995. Leg. Bajas. Leg. Sobres de Color Salmón y Blancos. Carpetilla fichas altas. Carpetilla bajas ficha. Carpeta Elecciones. Carpeta Bajas Colegiados. Caja Bajas 79, 80, 81, 82, 83.

26. ATSSo. *Practicantes y Matronas*. Varios.

27. ATSSo. *Bajas Matrona*.

LOS PRIMEROS COLEGIOS DE PRACTICANTES, MATRONAS Y ENFERMERAS EN CASTILLA-LA MANCHA

THE FIRST PROFESSIONAL ASSOCIATIONS OF MALE ASSISTANT IN MEDICINE AND SURGERY, MIDWIVES AND NURSES IN CASTILLA-LA MANCHA

Raúl Expósito González

Hospital "Santa Bárbara" de Puertollano
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

PALABRAS CLAVE: Colegios Profesionales, Historia de la Enfermería, Comunidad Autónoma, Castilla-La Mancha

KEY WORDS: Professional Associations, History of Nursing, Autonomous Community, Castilla-La Mancha

RESUMEN: En la segunda mitad del siglo XIX se inicia la Historia de los Colegios de Enfermería de Castilla-La Mancha con la aparición de las primeras asociaciones de practicantes, y discurre de una forma más o menos paralela a la Historia de los Colegios de Enfermería de España formando parte integrante de la misma y con un destacado carácter participativo dentro de la Organización Nacional. Las matronas, se asociaron conjuntamente con los practicantes y en otros casos constituyeron un Colegio independiente. Las enfermeras castellanomanchegas al igual que las del resto de España, fueron el colectivo que más tardó en conseguir la colegiación.

ABSTRACT: In the second half of the nineteenth century the History of Professional Associations of Nursing in Castilla-La Mancha began with the appearance of the first associations of male assistants in medicine and surgery, and runs in a way more or less parallel to the History of Professional Associations in Spain forming an integral part of it and with an outstanding participative character within the National Organization. The midwives, associated with the male assistants in medicine and surgery and in other cases formed an independent Professional Association. The nurses from Castilla-La Mancha as well as from the rest of Spain, were the group that took the time to get the association done.

INTRODUCCIÓN

Aunque probada su existencia desde el inicio de la humanidad, la enfermera, como tal, no alcanzó su oficialización en España hasta 1915. Hasta entonces las únicas profesiones auxiliares de la Medicina reconocidas eran las de practicante y matrona creadas en 1857.

Al igual que la profesión de Enfermería ha ido cambiando su denominación, también lo han hecho sus estructuras corporativas, es decir, sus Colegios Profesionales (1), propiciando un entramado asociativo muy diverso en relación con su cometido profesional y el nombre de cada momento, siendo la función auxiliar del médico un importante condicionante en su vida corporativa (2).

Sin embargo, el estudio de la historia de los Colegios de Enfermería en Castilla-La Mancha no está a la altura que merece. En 1996 un grupo de enfermeras de Albacete publicaron un monográfico sobre la historia de la enfermería castellanomanchega en la que dedicaron un espacio muy reducido, apenas un par de cuartillas, a la organización colegial (3). A partir del año 2009 esta línea de investigación fue puntera con la publicación de los primeros artículos sobre la historia del Colegio de Enfermería de Ciudad Real (4-7), a la que recientemente se ha incorporado un estudio sobre la historia del Colegio de Cuenca (8).

OBJETIVOS

Determinar cuándo se constituyeron los primeros Colegios de Practicantes, Matronas y Enfermeras en las provincias que hoy configuran la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha.

METODOLOGÍA

El marco de referencia es el método de las ciencias sociales del que participa el método historiográfico. Las técnicas de trabajo empleadas son las cualitativas, principalmente la observación documental. Las fuentes utilizadas han sido las directas como los registros de asociaciones, libros de actas de Colegios Profesionales y los boletines y revistas colegiales, y; las fuentes indirectas (9).

RESULTADOS

Origen de los Colegios Profesionales

El movimiento colegial de la Enfermería española tiene su origen en el año 1857 con la promulgación de la Ley de Instrucción Pública por la que se crea el título de practicante.

Los Colegios de Practicantes no surgieron de forma casual, sino que previamente se dieron unas condiciones determinadas (10). Desde muy temprano, la profesión de practicante intentó agrupar a sus miembros como una forma de aunar fuerzas y luchas por su reconocimiento profesional, y para combatir la que consideraban la plaga más dañina contra su desarrollo profesional: el intrusismo (11).

Los primeros vestigios colegiales encontrados son la Sociedad de Socorros Mutuos de Ministrantes de Madrid que venía funcionando desde 1860 (12,13); el Colegio de Sangradores y Practicantes de Sevilla, y el Colegio de Dentistas hispalense, que fueron

inaugurados en 1864 y 1865, respectivamente (12,14) y; la Unión de Cirujanos, Ministrantes y Practicantes de Barcelona cuyos Estatutos datan de 1866 (12,15) y que algunos años más tarde, en noviembre de 1883 daría inicio a la publicación de *La Lanceta* (12,16), en aquel momento único periódico dedicado a la clase de practicantes y al que pronto le seguirían *La Voz de los Practicantes de Morella*, *El Practicante de Zaragoza* y *El Defensor del Practicante de Madrid* (16-18). Barcelona dando muestras de su espíritu corporativo, celebró el primer encuentro nacional de toda la clase, el Congreso Español de Cirujanos, Ministrantes, Practicantes y Cirujanos-dentistas en abril de 1885 congregando en torno a unos ciento cuarenta asistentes (12,16,19,20).

A finales del XIX, se produjo un verdadero punto de inflexión para los intereses asociativos de los practicantes. Es de obligada mención la intensa campaña iniciada por los practicantes zaragozanos, cuando en 1884, crearon la Asociación General de Practicantes de España, mediante la asociación entre practicantes en los pueblos de cada partido judicial constituyendo las Juntas de partido, que pasarían a depender de su Junta provincial correspondiente establecida en cada capital. La Comisión Gestora o Junta Directiva ostentaría la representación suprema de todos los practicantes. Las adhesiones no se hicieron esperar y a partir de entonces se constituyeron Juntas de practicantes en diferentes partidos y provincias españolas (21).

La Colegiación de los Practicantes manchegos a finales del siglo XIX

La provincia de Guadalajara, por cercanía, mantuvo un contacto muy estrecho con la Asociación General de Practicantes de España residente en Zaragoza, y el día 6 de febrero de 1885 constituyó su Asociación Provincial de Practicantes, de cuya sesión salió la Junta presidida por don Francisco Moreno Pajares (22,23). El 19 de mayo de 1885 se constituyó la Junta del Partido de Sigüenza (22-24) y el 20 de enero de 1886 quedó constituida la Junta del Partido de Cifuentes.

Un año después de su constitución, el 12 de febrero de 1886, la Junta provincial de Guadalajara celebró una Asamblea Provincial adhiriéndose por unanimidad al documento de solicitud de ampliación y reforma de la carrera de practicante formulada por la Comisión Gestora de la Asociación General de Practicantes de España (22,23).

Hacia el 1888, hay noticias de que los practicantes toledanos residentes en la capital y alguno más de la provincia, de forma voluntaria, se agruparon en su afán de superación, siendo don Felipe Ramos primer presidente de aquel núcleo de practicantes (25).

Los Colegios Profesionales a principios del siglo XX

En los prolegómenos del siglo XX empiezan a proliferar los Colegios de Practicantes al amparo de la Ley de Asociaciones Profesionales de 1887, siendo los primeros en constituirse Cádiz en 1900 (26), Zaragoza y Madrid en 1902 (27,28), Valencia en 1903 (2), Guipúzcoa (29), etc.

Por lo que se refiere a la región castellanomanchega, el 5 de agosto del año 1903 se constituyó oficialmente el Colegio de Practicantes de Toledo y su provincia (25), llegándose a colegiar todos los distritos provinciales cuyas comisiones acudieron a una Asamblea celebrada el 14 de marzo de 1904 en el teatro Echegaray de la ciudad imperial donde se discutió serenamente sobre diversos puntos beneficiosos para la clase (30).

Como curiosidad de la época, los Colegios se podían constituir no sólo a nivel provincial, pues en 1905 existían además del Colegio de Toledo, un Colegio de Practicantes en Madridejos, otro en Orgaz, otro en Ocaña y otro en Navahermosa. Esta situación contrasta con la del Colegio de Guadalajara que quedó disgregado. A mediados de 1919 el Colegio quedaría nuevamente organizado estableciendo la colegiación por partidos (31).

En mayo de 1906 hay constancia de la existencia del Colegio de Practicantes de la provincia de Cuenca y de que su presidente por entonces era don José de la Puente Rodríguez (32). De aquel primitivo Colegio poco se puede precisar, salvo que en julio de 1911 figuraba don José María López como secretario (33). Lo más probable es que aquella sociedad se disolviera, pues era la tónica reinante de los Colegios de Practicantes en aquellos años en los que, bien por apatía, o bien por el impago de las cuotas de los socios, era imposible su mantenimiento. No en vano, la colegiación era voluntaria. Sin embargo, una Comisión organizadora formada por Antonio Yunta y el propio José María López se propuso constituir de nuevo el Colegio de Practicantes de Cuenca. Para ello, enviaron una circular a todos los practicantes de la provincia, animándoles a asistir a una reunión el 2 de marzo de 1920 (34) en la que quedó constituido dicho Colegio. Después quedó constituida la Directiva del Colegio (35). El domicilio social de la sociedad estaba en la calle de don Mariano Catalina número 56 y su Reglamento fue aprobado por el Gobernador Civil el 11 de marzo de aquel año (36). La Directiva realizó una importante labor de propaganda para llegar a la organización de toda la provincia, hasta contar con representantes en todos los partidos de la misma.

El Colegio de Practicantes de Ciudad Real inició su andadura el 21 de marzo de 1913 con su primer presidente, don Manuel Rodríguez Rodríguez, reuniendo siete colegiados fundadores que integraron aquella primera Junta Directiva (37). Algunos años más tarde, el 17 de enero de 1921, el Colegio quedaría reorganizado (4,38).

Los practicantes de la provincia de Albacete crearon su Colegio en 1920, nombrando presidente a don Raimundo García (39).

Los Colegios de Practicantes de Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo junto al de Madrid se unieron dando lugar a la Federación Regional de Practicantes de Castilla la Nueva como preámbulo a la gran Asamblea Nacional de 1921 en la que se fundó la Federación Nacional de Practicantes (40).

La prensa de los practicantes manchegos

Los Colegios de Practicantes en España se dotaron de sus propios órganos de expresión para hacer llegar a los colegiados la información relacionada con todo aquello cuanto acontecía a la profesión.

El decano de la prensa de los practicantes manchegos es El Practicante Toledano que vio la luz el 15 de agosto de 1921 y cuyo último número localizado es de octubre de 1935. Otros títulos publicados fueron El Auxiliar Médico Albacetense que empezó su periplo en 1922 (41); Boletín-Circular del Colegio de Practicantes de Guadalajara en 1926 (42); hacia 1930 El Practicante Manchego de Ciudad Real (43). También El Practicante Conquense (44) que se mantuvo durante ocho años (45) y; El Practicante Albacetense en 1934 (41) que como dato anecdótico se editaba en La Roda (46).

Asambleas Nacionales de Practicantes

En mayo de 1903 tuvo lugar en Madrid la I Asamblea de Practicantes de España. A este encuentro asistieron practicantes con carácter particular como el caso de don José González desde Guadalajara, y también miembros de la Asociación de Practicantes de Madrid que por delegación, actuaron en representación de otras provincias, como el caso de Robledo de Mazo (Toledo), Almodóvar del Campo (Ciudad Real) y Canredondo (Guadalajara) (29). A partir de entonces, y con cierta periodicidad, se sucedieron diversas Asambleas Nacionales, a las que acudieron practicantes en representación de los Colegios manchegos. Fernando González Iniesta, presidente del Colegio de Practicantes de Toledo llegó a ser presidente de la Federación Nacional de Practicantes (47).

Posteriormente, el espaldarazo definitivo para los intereses asociativos de los practicantes llegó en 1929 con una Real Orden de 28 de diciembre que decretaba la Colegiación Oficial Obligatoria para la clase. A partir de esa fecha, se constituyen en las cinco capitales de provincias manchegas sus respectivos Colegios Oficiales de Practicantes.

La Colegiación de las Matronas

Pese a que las matronas madrileñas establecieron grupos corporativos para la defensa de sus intereses antes de que se estableciera la colegiación obligatoria (48), en la región manchega los Colegios de Matronas irán apareciendo con posterioridad.

En el año 1927 se había constituido un Colegio de Practicantes en casi todas las provincias, no concurriendo así con los de Matronas, pues dos años más tarde aún eran muy pocos los organizados (49). En algunos casos las matronas se asociaron conjuntamente con los practicantes constituyendo un único Colegio. Este fue el caso del Colegio provincial de Practicantes de Medicina y Cirugía de Cuenca, que en su Reglamento de 1920 señalaba que las matronas también podían ser admitidas en la colegiación (36). En cambio, a partir de la Real Orden de 7 de mayo de 1930 que decretó la colegiación oficial, se puede observar como en 1936 funcionaba de forma independientemente el Colegio Profesional de Comadronas del Colegio Profesional de Practicantes (50). También es importante destacar que aquella disposición estableció en cincuenta el número mínimo de colegiadas para constituir un Colegio, debiendo agregarse cada una en los casos de insuficiencia numérica al Colegio más inmediato a su localidad de residencia y ejercicio como sucedió con las matronas de las provincias manchegas (51).

Otras referencias sobre las asociaciones corporativas de las matronas en Castilla-La Mancha se encuentran en Ciudad Real, donde el Colegio Oficial de Comadronas se constituyó el 8 de Septiembre de 1935, aunque según consta en los archivos, esta asociación fue retirada por incompatibilidad (52). Pasados unos años, la asociación denominada Colegio de Matronas de Ciudad Real, celebró su primera sesión el 3 de septiembre de 1952 en el Instituto Provincial de Sanidad para nombrar su Directiva, siendo elegida presidenta María Morales del Moral (53).

La Colegiación de las Enfermeras

El colectivo de las enfermeras fue el que más tardíamente consiguió la colegiación. Esta circunstancia, obedece fundamentalmente al hecho de que la Enfermera, como tal, en España, no alcanzó su oficialización hasta 1915, y por tanto, la relevancia que tuvo la

colegiación de las enfermeras fue menor que la de los practicantes y la de las matronas. Precisamente, la creación del título de enfermera entabló con el colectivo profesional de practicantes un conflicto que se mantuvo durante décadas, debido a que los practicantes consideraban que las enfermeras invadían su terreno profesional.

Durante el primer quinquenio de los años treinta, se completaría un aspecto importante de la institucionalización de las enfermeras, al crearse en 1934 la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias (54). Formaban parte de esta asociación un representativo número de enfermeras manchegas cuya actividad se desarrollaba en diversos ámbitos como Dispensarios Antituberculosos, Institutos de Higiene Infantil, Centros de Higiene Rural e incluso, una llegó a ser Instructora Jefe de la Inspección Provincial de Albacete (55). Este incipiente proceso asociativo de las enfermeras, se vio truncado por la Guerra Civil y los procedimientos del nuevo Estado. Posteriormente, la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944 dictaba las instrucciones sobre la organización profesional señalando que en cada provincia debía haber un Colegio de Auxiliares Sanitarios, que acogería en su seno a practicantes, matronas y enfermeras tituladas.

Al margen de este fenómeno, en 1951, se creó la Asociación Profesional de Enfermeras Españolas para dar soporte a lo ya legislado sobre las competencias de las enfermeras. Durante la década de los cincuenta, se gestó otro movimiento, la Agrupación Sindical de Enfermeras, cuyo objetivo era el perfeccionamiento, desde el punto de vista moral, profesional y económico, así como la defensa de los intereses profesionales de las enfermeras, y lucha contra el intrusismo, tareas más bien propias de los Colegios profesionales pero que en la etapa posterior a la Guerra Civil todavía no funcionaban en la mayoría de las provincias españolas, pese a que se habían establecido los mecanismos legales para ello. En algunas provincias, tanto la Asociación Profesional como la Agrupación Sindical fueron el núcleo básico de los colegios que se constituyeron a partir de 1954 (56). En Ciudad Real, la Sección Enfermeras del Colegio Provincial de Auxiliares Sanitarios celebró su primera sesión el 7 de mayo de 1955 en el Despacho del Instituto Provincial de Sanidad. Figuraba como presidenta María Cuellas Risueño (57).

CONCLUSIONES

Los Colegios Oficiales de Enfermería de Castilla-La Mancha son corporaciones que gozan de una trayectoria histórica. Tienen sus antecedentes en los primeros colegios y asociaciones de las entonces llamadas profesiones auxiliares sanitarias, donde el colectivo profesional de los practicantes fue el que lideró el movimiento corporativo.

Este trabajo constituye una aproximación a la Historia de los Colegios de Enfermería de Castilla-La Mancha, pues este es un tema en el que todavía no se ha ahondado lo suficiente, por lo que es de esperar nuevas iniciativas y más extensas investigaciones que con una mayor profundidad ayuden a recuperar el pasado de estas corporaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Expósito González R. Organización y lucha por el reconocimiento de los Colegios de practicantes. En: Álvarez Nebreda CC, Hernández Martín, editores. El asociacionismo en la Enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión. 150 años de historia del Colegio de Enfermeras de Madrid (1862-2012). XIII Congreso Nacional de Historia de la Enfermería y VIII Congreso Internacional de Historia de la Enfermería; 22-24 Nov 2012; Madrid. Madrid: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid; 2013. p. 113-31.
2. Ávila Olivares JA. Cien años al servicio de la profesión enfermera. Colegio de Enfermería de Alicante. En: Innovar, un compromiso con la sociedad. Cien años de Enfermería Alicantina. XV Jornadas de Enfermería sobre Trabajos Científicos; 20-21 Nov 2009; Alicante. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); [fecha desconocida]. p. 55-72.
3. Sánchez González N, Ortega Martínez C, Elbal Moreno L. Historia de la Enfermería a través de las Instituciones de Castilla-La Mancha. Albacete: Colegio Oficial de Enfermería de Albacete; 1996.
4. Expósito González R. Apuntes históricos sobre el origen del Colegio de Enfermería de Ciudad Real. El Colegio Provincial de Practicantes. Enfermería de C. Real. 2009; 52: 27-32.
5. Expósito González R. Don Manuel Rodríguez: Practicante mayor de la beneficencia provincial. Fundador del Colegio de Practicantes. Enfermería de C.Real. 2009; 53: 30-2.
6. Expósito González R. La Junta Directiva del Colegio Provincial de Practicantes de Ciudad Real en 1914. Enfermería de C. Real. 2009; 55: 32-3.
7. Expósito González, R. Don Pablo Rodríguez, practicante laborioso y hombre del Colegio. Enfermería de C. Real. 2011; 63: 30-2.
8. González García A, Cerrillo Patiño JR. Orígenes de la colegiación de los practicantes en Cuenca. Notas de una primera aproximación. En: Álvarez Nebreda CC, Hernández Martín, editores. El asociacionismo en la Enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión. 150 años de historia del Colegio de Enfermeras de Madrid (1862-2012). XIII Congreso Nacional de Historia de la Enfermería y VIII Congreso Internacional de Historia de la Enfermería; 22-24 Nov 2012; Madrid. Madrid: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid; 2013. p. 507-12.
9. Aróstegui J. La investigación histórica: teoría y método. Barcelona: Crítica; 1995.
10. Siles J. Historia de la Enfermería. Alicante: Editorial Aguacilar; 1999.
11. Amezcuca M, Germán C, Heierle C, et al. Sanidad y colectividad sanitaria en Almería. El Colegio de Practicantes (1885-1945). Almería: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Almería; 1994.
12. Expósito González R. Cómo empezó todo: los precursores de los colegios de practicantes en España. Invest & Cuid. 2011; 9(20): 6-16.
13. Expósito González R. La matritense sociedad de ministrantes. Cul Cuid. 2011; 15(31): 56-63.
14. Expósito González R. Ministrantes y practicantes en los albores del corporativismo odontológico español: los colegios de sangradores y dentistas de

- Sevilla. *Gac Dent.* 2011; 22(229): 96-105.
15. Expósito González R. La unión de cirujanos, ministrantes y practicantes de Barcelona. *Enfermería de C.Real.* 2011; 62: 30-2.
 16. Expósito González R. Historia de la prensa profesional de los ministrantes y practicantes en España en el Siglo XIX. *Cul Cuid.* 2009; 13(26): 12-21.
 17. Blasco Ordóñez C. La incorporación de practicantes y matronas al sistema sanitario español (1901-1950). *Index Enferm.* 1993; 2(4-5): 7-10.
 18. Carbó Lomba J. Historia del practicante en medicina y cirugía. Santander: [editor desconocido].
 19. Expósito González R. El congreso español de cirujanos, ministrantes, practicantes y dentistas de 1885. *Enfermería de C.Real.* 2010; 57: 30-3.
 20. Expósito González R. 125 Aniversario del congreso español de cirujanos ministrantes, practicantes y cirujanos-dentistas. *Híades.* 2015; 21(11): 787-96.
 21. Expósito González R. Las primeras asociaciones nacionales de practicantes en España en el siglo XIX. *Enfermería de C.Real.* 2009; 56: 30-3.
 22. Ramiro el Lego. Los Practicantes de Guadalajara se unieron en 1885. *Med y Cir Aux.* 1959; 20(9): 4.
 23. López López M. Nuestros Colegios. Guadalajara. *Med y Cir Aux.* 1965; 26(8): 16-7.
 24. Herrera Rodríguez F. Un periódico aragonés: El Practicante (1885). *Híades.* 1995; 2(2): 153-67.
 25. De la Flor Pérez L. Nuestros Colegios. Toledo. *Med y Cir Aux.* 1964; 25(8):18-9.
 26. Herrera Rodríguez F. El Centenario del Colegio de Practicantes de Cádiz. *Híades.* 2000; 5(7): 239-46.
 27. Allende González M. Creación de la Junta provincial de Zaragoza (hoy Colegio) y elección de su primera Junta de gobierno. *Practic Arag.* 1934; 29(430): 14-21.
 28. De Haro Guijarro JA. Memoria de la Asamblea de Practicantes de España verificada en el Colegio de Médicos de esta Corte en los días 11, 12, 13 y 14 de Mayo de 1903. Madrid: A. Alonso, Impresor; 1903.
 29. Gabinete de Comunicación del Colegio Oficial de Enfermería de Gipuzkoa. *Apuntes históricos de Gipuzkoa. Practicantes, Matronas y Enfermeras 1904-2004.* San Sebastián: Colegio Oficial de Enfermería de Guipúzcoa; 2004.
 30. Balabasquez G. De provincias. *Practic Mod.* 1904; 2(13): 3-4.
 31. Miguel A. ¿Colegiación en la provincia de Guadalajara? *Bol Ofic Practic Med Cir.* 1919; 14(130): 11-2.
 32. Noticias. *Cir Men.* 1906; 2(33): 106-8.
 33. Noticias generales. *Bol Col Practic Med Cir.* 1911; 4(36): 24.
 34. Crónica de información. *Bol Ofic Practic Med Cir.* 1920; 16(140): 6-7.
 35. Crónica de información. *Bol Ofic Practic Med Cir.* 1920; 16(145): 10-2.
 36. Reglamento de la Sociedad Colegio Patronal de Practicantes de Medicina y Cirugía. Cuenca: Tip. Emilio Pinós; 1920.
 37. Ruiz J. Nuestros Colegios. Ciudad Real. *Med y Cir Aux.* 1964; 25(5): 36-7.
 38. Expósito González R. El origen del Colegio Provincial de Practicantes de Ciudad Real. *Cuad Est Manch.* 2009; 34: 315-47.
 39. Crónica de información. *Bol Ofic Practic Med Cir.* 1920; 16(142): 10-2.
 40. Castilla la Nueva. Ha quedado constituida la Federación de Practicantes. *Bol Ofic*

- Practic Med Cir. 1921; 17(152): 7.
41. Sánchez Sánchez I. Historia y evolución de la prensa albacetense (1833-1939). Albacete: Instituto de Estudios Albacetenses; 1985.
 42. Sánchez I, Villena R. Periodistas vocacionales. La prensa en la provincia de Guadalajara (1810-1940). Ciudad Real: Ediciones Almud; 2008.
 43. Sección Administrativa. Bol Col Ofic Practic Med Cir Madr. 1930; 31(266): 38.
 44. López Villaverde AL, Sánchez Sánchez I. Historia y evolución de la prensa conquense (1811-1939). Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 1998.
 45. Bollo de la Peña G. Nuestros Colegios. Cuenca. Med y Cir Aux. 1965; 26(5): 12-3.
 46. Sánchez Picazo M. Prensa periódica del partido judicial de La Roda. Albacete: Instituto de Estudios Albacetenses; 1987.
 47. Allende González M. 1884-1934. Nuestra organización federal (el primer paso). Practic Arag. 1934; 29(430): 21-31.
 48. Ruiz-Berdún M. D. Los antecedentes de la colegiación obligatoria de las matronas en Madrid. Cul Cuid. 2011; 15(31): 69-76.
 49. Montesinos Vicente F. Practicantes, Matronas y Cirujanos dentistas en la España contemporánea (1855-1932) [tesis doctoral]. Gerona: Universitat de Girona; 2011.
 50. López Villaverde AL. Cuenca durante la II República. Elecciones, partidos y vida política, 1931-1936. Cuenca: Diputación Provincial de Cuenca; 1997.
 51. Ruiz-Berdún, MD. Desarrollo histórico de una profesión: las matronas en Madrid hasta la Guerra Civil [tesis doctoral]. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá; 2012.
 52. Registro de Asociaciones, Ciudad Real; fecha desconocida.
 53. Actas del Colegio de Matronas de Ciudad Real. Ciudad Real; 1952.
 54. Acta de constitución de la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias. Visit Sanit. 1934; 181): 3-5.
 55. 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.
 56. Domínguez-Alcón C. Los cuidados y la profesión de enfermería en España. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.; 1986.
 57. Actas de la Sección de Enfermeras del Colegio Provincial de Auxiliares Sanitarios de Ciudad Real. Ciudad Real; 1955.



REVISTA “NUBEROS” DEL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE CANTABRIA

“NUBEROS” MAGAZINE OF THE COLLEGE OF NURSING OF CANTABRIA

Gloria de Alfonso Blanes

Profesora Asociada de Salud Pública y Atención Primaria de Salud. Grado de Enfermería
Universidad de Cantabria. Santander. España. Enfermera Emergencias Sanitarias 061
Servicio Cántabro de Salud (SCS).Cantabria

PALABRAS CLAVE: Nuberos Información. Nuberos Científica. Nexo de unión. Cuidados de calidad para la comunidad.

RESUMEN. Mediante este trabajo, se realiza una breve aproximación a la Revista Nuberos del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria, con la intención de dar a conocer su trayectoria, producción, temáticas y difusión desde sus inicios hasta la actualidad. Con más de veinte años de existencia, la revista Nuberos ha servido como nexo de unión entre el propio Colegio Profesional y sus Colegiados aportando toda la información posible en diversos aspectos como pueden ser la formación, los trabajos originales y monografías, asesoría laboral – profesional, participaciones, noticias de interés, eventos, actividades de ocio, etc, pero además, en la segunda parte de su trayectoria, Nuberos, ha tomado un nuevo rumbo como revista científica de enfermería, que la sitúa en la actualidad entre los lugares más destacados de las revistas colegiales de nuestro país. Todo esto llevado a cabo por el afán de mejora de la enfermería, ante el gran reto que supone el realizar unos cuidados de calidad para la población.

KEY WORDS: Nuberos Information. Nuberos Scientific. Link. Population quality care.

ABSTRACT: Through this work, a brief approach is made to the Nuberos Magazine of the Official College of Nursing of Cantabria, with the intention of publicizing its trajectory, production, themes and diffusion from its beginnings to the present day. With more than twenty years of existence, the magazine Nuberos has served as a link between the Professional Association itself and its Collegiate, providing all the information possible in various aspects such as training, original works and monographs, work - professional advice, participations, events, leisure activities, etc ... But also, in the second part of his career, Nuberos, has taken a new direction as a nursing scientific journal, which currently places it among the highlights of the school magazines Of our country. All this carried out by the desire for nursing improvement in the face of the great challenge of quality care for the population.

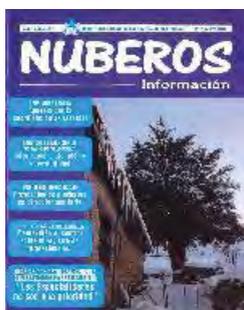
NUBEROS: DESDE 1996 HASTA 2010

Al nacer, todos tenemos un nombre, es nuestro signo de identidad, se trata de una palabra que cuando la pronunciamos, nos identifica con nosotros mismos. Esto exactamente era lo que se pretendía cuando nació la revista en 1996, buscar una seña de identidad que significara algo relacionado muy estrechamente con la enfermería: la vida.

Si nos aproximamos a la mitología cántabra, nos encontraremos con multitud de seres fantásticos y misteriosos, pero los preferidos por nosotras son “los Nuberos”; esos duendecillos portadores de nubes encargados de traer el agua y por tanto, la vida, a nuestra querida tierra. Así pues, la misión de “nuestra Nuberos”(1), es vitalizar la profesión enfermera en todos sus ámbitos para poder realizar unos cuidados de calidad a la población.

La junta directiva encabezada por María Asunción González, Presidenta del Colegio, dio luz verde a su primera edición en 1996; la revista tenía carácter bimensual y se articulaban de una manera bastante heterogénea trabajos originales, comunicaciones a congresos, eventos, noticias de interés e información general de enfermería. En el año 2000, ya tuvo carácter trimestral y en diciembre del 2010 modificó su nombre por “Nuberos Información”.

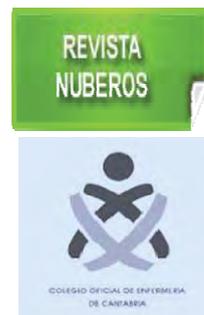
NUBEROS INFORMACIÓN: DESDE 2010 HASTA LA ACTUALIDAD



Nuberos ya suma veintiún años de existencia, sólo en el año 2010 incluye el subtítulo de “información” para concretar más los temas generales de interés para los colegiados, y se presenta en el último trimestre de 2010 y a principios de 2011 en versión on line mediante la página web (2) del Colegio, con el fin de lograr más accesibilidad y difusión entre sus lectores.

Con un formato similar pero con una estructura mucho más enfocada a las cuestiones profesionales y organizativas en el ámbito laboral, político, social, del propio Colegio, y además con información sobre cursos, talleres y ocio, arranca su primer sumario (3):

AREA ÚNICA LAREDO: *En busca de la coordinación asistencial.* SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO: *Información, atención y accesibilidad.* REUNIÓN CON EL GERENTE DEL SCS: *La Consejería de Sanidad no cree en las especialidades de Enfermería.* COLEGIACIÓN: *¿Es necesaria? Sí y no.*



Servicios que aporta el Colegio. APUESTA POR LA COMUNICACIÓN: Presentación de Nuberos Científica y de la nueva web. EL COLEGIO TRASMITE A LOS PARTIDOS POLITICOS SUS OBJETIVOS: El PP fue el primero en contestar. ES NECESARIO POTENCIAR LAS URGENCIAS EN ATENCION PRIMARIA: Campaña 'Con responsabilidad, ganamos en salud. LA ENFERMERIA ES FUNDAMENTAL PARA EL FUTURO DEL SISTEMA DE SALUD: Leire Pajín, nueva ministra de Sanidad. CANTABRIA NO ACEPTA LA PRESCRIPCION ENFERMERA: El Real Decreto en punto muerto. PACTO DE ESTADO POR LA SANIDAD: Ruptura de las negociaciones en el Congreso de los Diputados. GUIA DE BIOSEGURIDAD: Prevención de Pinchazos Accidentales en los sectores Hospitalario y Sanitario. LEGISLACION: La Audiencia confirma la legalidad del diagnóstico y la prescripción enfermera. CURSOS Y TALLERES. OCIO: Ruta del Cares.

A través de todo este tiempo, en Nuberos se han tenido en cuenta diversas temáticas presentadas mediante artículos, entrevistas y publicaciones a cargo de profesionales y demás expertos, pero una de las más relevantes, ha sido todo lo concerniente al proceso sobre la prescripción enfermera (4), sus logros, avatares y posterior "estancamiento" debido a la promulgación del Real Decreto de 2015 (5) que ha dejado, por el momento, en "vía muerta" una de las reivindicaciones profesionales que más podría cambiar el rumbo de la enfermería española.

Hay dos aspectos importantes a destacar en la revista. Por un lado, la difusión y el fallo de los Premios anuales del Colegio de Enfermería de Investigación "Sor Clara"; de Cooperación "Pilar del Río"; y de Fotografía "Enfoque Enfermero", y por otro, su gran esfuerzo por difundir y dar a conocer las actividades de los *grupos de trabajo* nacidos en el seno del Colegio de Enfermería en estos últimos años, y considerados como: "un auténtico vivero de ideas e iniciativas de la profesión encaminadas a mejorar la calidad asistencial e impulsar la investigación".(6) Actualmente, se coordinan seis Grupos:

Fig. 1. Grupos de Trabajo a 2017. Nuberos Información.

- Enfermería Integrativa.**
- Cooperación.**
- Seguimiento de las Especialidades Enfermeras.**
- Geriatría.**
- Salud Mental.**
- Eliminación de Sujeciones.**

Fuente: Elaboración propia a partir del N°83. Año 21. Cuarto Trimestre. 2017.

En la estructura interna de la propia publicación, se ha tenido y se tiene en cuenta la máxima heterogeneidad en todas las áreas de interés posible y al mismo tiempo, se realiza un esfuerzo por equilibrar los contenidos más relevantes en cada momento. Puede servirnos de modelo el último número publicado (6):

Fig.2. Áreas de interés.

PORTADA:

Foto ganadora del 1er Premio del Concurso de Fotografía “Enfoque Enfermero 2016” del Colegio de Enfermería de Cantabria, cuya autora es Doña Margarita Carrera Cobo.

PAGINACIÓN:

Los grupos de Trabajo del Colegio de Enfermería.

Primera Jornada Científica de Enfermería Escolar en Cantabria.

Congreso de Enfermería Integrativa: Cuidados Holísticos.

Jornadas de Innovación y Desarrollo en Valdecilla. Proyectos de Investigación Premiados.

VII Jornadas de intercambio de Buenas Prácticas. Sierrallana. Excelencia Enfermera.

Fallo de Premios Anuales de Investigación “Sor Clara”; Cooperación “Pilar Río” y Fotografía “Enfoque Enfermero”.

Ponencia de la Doctora Honoris Causa Rosa M. Alberdi en la entrega de los Premios citados.

Presentación del Semestre de Foros Enfermeros en Cantabria.

Equipo Docente en Enfermería de la Escuela de Ciencias de la Salud Mompía.(Reportaje).

Propuestas y Concurso al Premio al “Mérito Profesional”.

Manual de Obstetricia publicado por Matronas Cántabras.

Puesta en marcha por el Colegio del blog participativo enfermero.

Renovación de la base de datos del Colegio para una mayor difusión.

Noticias breves de interés general.

Formación, Cursos y Talleres.

Actividades Senior. Primer Trimestre 2017.

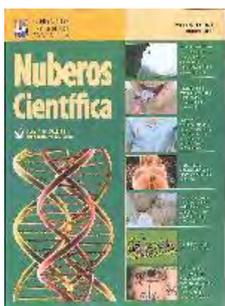
Información sobre el Servicio Jurídico del Colegio.

Atención al Colegiado.

Publicidad de interés (en contraportada).

Fuente: Elaboración propia a partir de Nuberos Información.Nº83.Año 21.Cuarto Trimestre.2017.

NUBEROS CIENTÍFICA: DESDE 2010 HASTA LA ACTUALIDAD



Nuberos Científica, nace como resultado del impulso del Colegio de Enfermería ante los nuevos retos que propone la “enfermería basada en la evidencia científica”. Ya desde el año 2007 se había ido implantando el nuevo Plan Bolonia en España (7), y paulatinamente, el Grado en Enfermería iba desplazando a la Diplomatura. Este hecho unido al esfuerzo de una gran parte de los profesionales de la enfermería por mejorar y participar profesionalmente, hace de la nueva “división” un medio idóneo para la publicación de Trabajos Académicos y de Proyectos de Investigación entre otros.

La Dirección de la revista corre a cargo de la enfermera Pilar Elena Sinobas, y además,

se conforman un Consejo Asesor y otro de Redacción formado por diversos profesionales así como por la misma directora del Colegio de Enfermería, Rocío Cardeñoso. Actualmente, la revista tiene una tirada cuatrimestral.

En su presentación se definió como "una nueva imagen de la investigación enfermera en Cantabria" (8). Su misión se planteó en dos objetivos claros: de una parte la investigación en enfermería, y de otra, su divulgación con el fin de crear o "construir" una verdadera labor que hiciera partícipes a la gran mayoría de los profesionales; esta labor ha sido y es entendida como base fundamental para la consecución de unos cuidados de calidad.

En la primera edición (8) se contó con un variado contenido de trabajos académicos y de investigación, como por ejemplo fue: *Medicalización de los accidentes de montaña en la Comunidad Autónoma de Cantabria: Análisis de la situación actual*. Este estudio, había sido anteriormente Premio de Investigación "Sor Clara" en 2009.

La estructura de los trabajos y sus formas de publicación han ido transformándose según las tendencias de las publicaciones científicas en el marco de las Ciencias de la Salud, si bien, el estilo de citas y referencias consensuado por el comité científico para las normas de publicación, ha sido el *Estilo Vancouver* (9) desde el principio, por otra parte, estilo bastante utilizado en este ámbito de investigación. En la tabla siguiente se muestra un ejemplo del tipo de publicaciones en los inicios de Nuberos Científica.

Fig.3. Organización y desarrollo de los trabajos académicos de Nuberos Científica en sus comienzos.

TIPO DE TRABAJOS	DESCRIPCIÓN
TRABAJOS ORIGINALES	Se pueden presentar como monografías y/o trabajos de investigación siguiendo el método científico sobre un tema nuevo o poco explorado. El autor se centra en los aspectos fundamentales y de interés basados en una revisión bibliográfica, y además en las nuevas aportaciones fruto de su propia investigación.
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	Se plantean como un procedimiento que ha de seguir el método científico en todas sus fases con un cronograma previo establecido.
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN	Se realiza como una investigación científica que ya ofrece resultados.
CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADOS	Se presentan mediante una rigurosa Metodología para emitir Diagnósticos Enfermeros y elaborar Planes de Cuidados.

Fuente: Elaboración propia a partir de Nuberos Científica. Nº 1.Vol.1. Octubre 2010.

El volumen y desarrollo de los ámbitos de conocimiento publicados en la revista, se ha ido incrementando progresivamente; ya en 2011 se incluyen trabajos de investigación histórica, reseñas de libros, monografías, revisiones bibliográficas, comentarios y artículos de opinión científica. Pero tal vez, donde más se ha querido hacer hincapié ha sido en la investigación cuantitativa, cualitativa y los estudios mixtos. A modo de ejemplo, podemos tomar como referencia el último número de Nuberos Científica y señalar algunos aspectos en este sentido (10):

Fig. 4 : Contenidos. Nuberos Científica.

Investigación Cuantitativa	Investigación Cualitativa	Revisiones bibliográficas	Miscelánea	Reseñas
Satisfacción y percepción de la población sanitaria con el aprendizaje en reanimación cardiopulmonar.	En el laberinto de las drogas. Drogas y cárcel & Manuel. La otra cara de la vida.	Salud vaginal: prebióticos y probióticos. Punción arterial: Evaluación de la eficacia de los métodos para reducir el dolor. La contención mecánica en el ingreso hospitalario.	Manejo de la gastroenteritis aguda en pediátrica. Urgencias ZBS Liébana vs SAMUR Madrid.	Novela histórica: "El Médico". Autor: Noah Gordon. 2016.
"La sujeción no es un cuidado": Impacto de la formación sobre los profesionales de enfermería.		El Delirium en las Unidades de Cuidados Intensivos.		
Indicación de vías periféricas en un servicio de urgencias.				

Fuente: Elaboración propia a partir de Nuberos Científica. Nº 20. Vol.3. Noviembre 2016 – Febrero 2017.

CONCLUSIONES

- Dentro de las metas de los Colegios de Enfermería, se encuentra el de servir como *nexo de unión* entre sus Colegiados y las propias actividades profesionales de los mismos.
- Nuberos, a lo largo de su trayectoria ha canalizado los conocimientos, las prácticas y las experiencias de nuestra profesión; al mismo tiempo que nos sirve de soporte para continuar en nuestra andadura profesional en todos los aspectos incluyendo dimensiones más integrales como Colegiados que somos.
- Como hemos podido comprobar, Nuberos, ha ido evolucionando y mejorando su calidad tanto en contenidos como en editorial, presentándose en soporte papel y también versión on line. Está dirigida a los profesionales de la Salud en general. Concretamente, en su "división científica", se distribuye a todos los colegiados de la Comunidad de Cantabria y se envía a todas las bibliotecas de las Escuelas de Enfermería de España, y además a diversas instituciones públicas y privadas.
- Gracias a "nuestra Nuberos", conseguimos mejorar tanto en aspectos profesionales como personales, lo que repercute en una mayor calidad en Cuidados de Salud a la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Revista Nuberos .Nº1. Año.1.Vol.1. Pg.1.1996.
2. Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria. Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/publicaciones> . [Acceso 07/03/2017].
3. Revista Nuberos Información. Nº 59 Año 15. 4º trimestre 2010.
4. Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente (BOE de 7 de noviembre de 2007).
5. RD 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.
6. Nuberos Información.Nº83.Año 21.Cuarto Trimestre.2017.Pgs. 4 – 9.
7. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Texto consolidado. Última modificación 3/02/2015.
8. Nuberos Científica.Nº1.Año1.Vol.1.Octubre 2010.
9. Fistera. com. Atención Primaria en la Red. Disponible en: <http://www.fistera.com/herramientas/recursos/vancouver/> [Acceso 07/03/2017].
10. Nuberos Científica. Nº 20.Año 7.Vol.3. Noviembre 2016 – Febrero 2017.

ANEXO

Imágenes anagramas y de portadas de Nuberos extraídas de: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria. Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/publicaciones>.

LA ACTIVIDAD COLEGIAL DE LOS PRACTICANTES EN “LA VANGUARDIA” (1905-1935)

PROFESSIONAL ASSOCIATION ACTIVITY OF PHYSICIANS’ ASSISTANTS AT “LA VANGUARDIA (1905-1935)

Daniel Díaz Villafruela

Estudiante Grado en Enfermería (Universidad Rey Juan Carlos)

Miriam Cobrerros Peñas

Enfermera en paro

Ismael Fernández Bonet

Enfermero de Trauma Assistance SL.

PALABRAS CLAVE: La Vanguardia, Colegio de Practicantes, Imagen social.

KEY WORDS: La Vanguardia, Pysician’s Assistants professional association, Social perspective.

RESUMEN: El inicio de los colegios profesionales de los Practicantes se sitúa entre 1900 y 1905. “La Vanguardia” nace en 1881 como órgano del Partido Liberal, cubriendo el ámbito regional catalán, nacional e internacional.

En sus páginas buscamos el reflejo de la actividad colegial de los Practicantes en el primer tercio del siglo XX, de las aspiraciones e inquietudes de estos, así como su imagen social.

Los datos obtenidos los podemos agrupar en varios temas de interés: reflejo de la actividad colegial, formación y acción reivindicativa.

Podemos concluir que los Practicantes tenían una importante consideración social y que podemos conocer su proyección social y organización colegial.

ABSTRACT: The beginning of professional associations of physicians' assistants is dated between 1900 and 1905. “La Vanguardia” was born in 1881 as a body of the Liberal Party. Its informative coverage is the Catalanian, national and international levels. In its pages we look for the reflect of professional association activity of the Pysicians' assistants in the first third of the 20th century, the aspirations and worries of these, as well as their social perspective The pieces of information obtained can be grouped in different categories of interest: the reflect of the professional association activity, courses and seminars and the protest activity. We can conclude that the physicians' assistants were well established in the society and we can acknowledge their social repercussion and professional association activity.

INTRODUCCIÓN

“La Vanguardia” es un periódico que lanzó su primer número el 1 de Febrero de 1881, como órgano del Partido Liberal. Desde sus comienzos ha sido propiedad de la familia Godó, originaria de Igualada, dedicada tradicionalmente a la empresa y la política.

El 1 de enero de 1888 este periódico presentó un nuevo formato como diario independiente, desvinculado del partido liberal, aunque siempre con una ideología afín al mismo. Llegó a ser un diario independiente referente en Cataluña en el cual publicaban jóvenes artistas e intelectuales, como Picasso o Clarín, en torno al año 1900, gracias al trabajo del periodista Modesto Sánchez.



Imagen 1. Cabecero de La Vanguardia 1927 (Hemeroteca Digital La Vanguardia)

Entre sus éxitos más importantes destaca ser el primer diario español en enviar corresponsales a París y Berlín durante la Primera Guerra Mundial. También se convirtió en el diario de mayor difusión en Cataluña con 80.000 ejemplares vendidos al día. Posteriormente se convirtió en el medio de información escrita más importante de España y uno de los de mayor relevancia de Europa.

Durante el régimen franquista este periódico pasó a llamarse “La Vanguardia Española”, obligado por el régimen central; llegando Franco a designar a su director, Luis de Galinsoga. Este último, se autodeclaró contrario a todo lo catalán, lo cual hizo pasar al diario por sus días más difíciles. El 11 de agosto de 1978 recuperó su nombre original.



Imagen 2. Cabecero de La Vanguardia Española 1949 (Hemeroteca Digital La Vanguardia)

En la actualidad, según el Estudio General de Medios realizado entre febrero y noviembre de 2016, La Vanguardia se sitúa como el quinto diario español en número de lectores, llegando a ser tercero si excluimos los diarios deportivos, solo por detrás de El País y El Mundo.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Como objetivo principal planteado nos hemos marcado buscar el reflejo de la actividad colegial de los Practicantes en el primer tercio del siglo XX. Igualmente se persigue describir las aspiraciones e inquietudes que manifiestan estos profesionales, así como su imagen social.

Se utiliza como fuente principal de información la hemeroteca digital de "La Vanguardia", acotando nuestro análisis a los años comprendidos entre 1905 y 1935. Completamos y contrastamos estos datos con la "Gaceta de Madrid" y el "Boletín Oficial de los Practicantes en Medicina y Cirugía", entre otras publicaciones.

LA ACTIVIDAD COLEGIAL

Este grupo de informaciones es el que tiene una mayor repercusión en las páginas de "La Vanguardia", ya que aparecen numerosas reseñas que reflejan esta actividad.

Son muchas las reuniones que convocan los Colegios de diferentes provincias españolas, y emplean este medio de comunicación para anunciar la realización de dicho encuentro, invitando a los colegiados a asistir. Cabe destacar que en la mayoría de los casos se convoca, tanto a los Practicantes colegiados, como a los que no lo están.

La mayoría de las juntas anunciadas se corresponden con los Colegios de las provincias catalanas, aunque también se hace reflejo de otras provincias como Málaga, Zaragoza o incluso asambleas a nivel nacional.

Nos encontramos también en alguna ocasión con pequeños resúmenes de lo tratado en reuniones ya celebradas, como es el caso del 16 de mayo de 1912, donde se trató entre otras cosas, el cambio de denominación de "practicante" por el de "oficiales de sanidad civil" (LV, 16-5-1912, p.9). O la del 21 de octubre de 1926, donde se trataron temas de relevancia, como la reforma de la Federación y su ingreso en la Unión General de Trabajadores (LV, 21-10-1926, p21), entre otros.

También las páginas de "La Vanguardia" reflejan algunos de los cambios de juntas directivas de los Colegios profesionales de Practicantes. Estas noticias destacan por su escasa extensión, limitándose a señalar quien ha sido el nuevo presidente elegido para el colegio correspondiente. En algunas, también queda plasmado quienes van a ocupar el resto de cargos.

Llaman la atención dos noticias en las cuales se informa de que el Colegio de Practicantes de Barcelona ha hecho miembros honoríficos a dos personajes ilustres en 1921, uno en febrero y otro en septiembre. Estos son, Don Vicente Carulla y Margenat, Marqués de Carulla y Rector de la Universidad de Barcelona, y Don Andrés Martínez Vargas, Decano de la Facultad de Medicina (LV, 5-2-1921, p.4 y LV, 16-9-1921, p.4).

Podemos ver en muchas reseñas que diferentes Colegios han estado presentes en homenajes a personajes importantes, cómo puede ser el General Barrera, o el Doctor José Pérez Mateos (Subsecretario de Sanidad en el año 1934), entre los más destacados. También representantes de los corporaciones de Practicantes asistían a celebraciones, como banquetes ofrecidos por celebridades; visitas a altos cargos universitarios o a políticos de la época, como al General Primo de Rivera; inauguraciones de agrupaciones,

como el Instituto Estomatológico de Cataluña o aperturas de dispensarios por parte de la Consejería de Sanidad.

Una noticia importante aparece el 4 de Septiembre de 1935, anunciándonos la creación de la Comisión Superior de Sanidad de Cataluña, y nombrándose al presidente del Colegio de Practicantes como “Vocal consultivo o asesor” de la misma cuando las circunstancias lo precisen (LV, 4-9-1935, p.4).

Finalizamos este apartado con la referencia que aparece el 5 de agosto de 1927. En la misma se habla de un homenaje rendido al practicante militar, Manuel Allende, por un aparato ortopédico que creó para los mutilados de guerra (LV, 5-8-1927, p.16). Esta noticia, mucho más ampliada, también la podemos ver reflejada en el “Boletín Oficial de los Practicantes en Medicina y Cirugía”, por lo que nos podemos hacer una idea de su trascendencia.



Imagen 3. Manuel Allende
(Boletín Oficial de los
Practicantes)

CURSOS Y SEMINARIOS FORMATIVOS

Otro de los apartados que podemos establecer en nuestro análisis son los actos formativos que organizan los diferentes Colegios de la época, cuya finalidad persigue actualizar y ampliar los conocimientos de los Practicantes durante los años estudiados. Nos estamos refiriendo a conferencias dadas por un experto en un tema determinado, el cual suele ser muy concreto. Se llevan a cabo en las sedes de los Colegios Profesionales o en las diferentes facultades de medicina y, a través de dichas noticias, la organización invita a los colegiados a asistir.

Los temas a tratar en dichos actos formativos son de lo más variopinto, sin haber ningún tema que se repita en varias ocasiones. Abarcan desde orientaciones sociales de la clase, hasta la obstetricia, pasando por tecnología, cardiología, oftalmología, etc.

Resaltamos la ronda de sesiones que se llevaron a cabo durante el año 1929 sobre enfermedades de la mujer. El periódico le da mucha importancia, apareciendo en sus páginas hasta en 5 ocasiones: solicitud de su realización; fechas que se tocará cada tema; recordatorio

del desarrollo de una nueva sesión, etc. Estas charlas corrieron a cargo de la Doctora Quadras-Bordes, ginecóloga barcelonesa de gran prestigio y largo recorrido docente, y tuvieron lugar en el Colegio de Médicos. Los temas que se trataron fueron: “vómitos leves y graves e incoercibles en el embarazo”, “infecciones puerperales; medios de evitarlas”, “hemorragias en el embarazo”, “embarazo y albuminuria” y “eclampsia”.

Nos extraña dentro de este grupo de noticias que esta actividad formativa, dirigida a

El ciclo de conferencias de comadronas del Colegio de Practicantes de Medicina y Cirugía ha solicitado de la médica especialista en enfermedades de la mujer, doctora Quadras-Bordes, tendrá efecto los días siguientes del presente mes: día 4, «Eclampsia»; día 11, «Embarazo y albuminuria»; día 18, «Hemorragias y embarazo»; día 21, «Vómitos leves y graves e incoercibles en el embarazo»; día 24, «Infecciones puerperales, medios de evitarlas».

La doctora Quadras-Bordes desarrollará los temas en el Colegio de Médicos, calle de Santa Ana, 28, primero, a las siete de la tarde del día anunciado.

Además de las comadronas pertenecientes al Colegio pueden asistir todas las que lo deseen, pues dichos actos serán públicos.

Imagen 4. Noticia LV 3-9-1929
(Hemeroteca Digital La Vanguardia)

los Practicantes, corre a cargo de Médicos, en la gran mayoría de los casos. Incluso en varias ocasiones, se lleva a cabo en la sede del Colegio de Médicos y no en el de Practicantes.

ACCIÓN REIVINDICATIVA

En este último punto recogemos algunas peticiones que llevan a cabo los Colegios de Practicantes con el fin de que se amplíe su campo profesional y la mejora de las condiciones laborales de esta clase. Con fecha de 1 de diciembre de 1906 se pide que puedan realizar la función de auxiliares dentro de los dispensarios (LV, 1-12-1906, p. 3). Veinte años después, se solicita que se acepte la labor profesional del colectivo dentro de la Beneficiencia Municipal, acordándose en asamblea, "enviar por este motivo, un telegrama de protesta al Ayuntamiento de Barcelona" (LV, 23-10-1926, p.21). El Colegio de Practicantes de Vigo solicita la creación de un Cuerpo de Practicantes de la Marina Civil, similar al existente en los médicos; especificándose que el sueldo de los primeros sea del sesenta por ciento del de los segundos (LV, 15-11-1927, p.26).

No faltan las peticiones a los Gobernadores para que tomen interés y traten de acabar con el problema del intrusismo. En este sentido, se considera que el incumplimiento de algunas de las leyes vigentes favorecen tal práctica ilegal (LV, 20-1-1927, p.8). Concretamente, se argumenta en tal sentido, que los artículos 67 y 91 de la Instrucción General de Sanidad, especifican la obligatoriedad de poseer un título que acredite para desarrollar una profesión sanitaria, así como que todos los pueblos tienen obligación de tener un médico y un practicante titulado. Otra normativa vigente, como es el Reglamento para el Servicio Benéfico de los Pueblos (1891) puntualiza en su artículo 8, que quienes desempeñen el papel de Ministrante o Practicante, lo deben hacer bajo la estricta sujeción a las atribuciones que sus títulos les otorguen.

Por su interés, reseñamos una noticia que pone de manifiesto la tirantez entre los colectivos de Practicantes y Enfermeras. Sirva de ejemplo la nota que envió el Colegio de Practicantes del País Vasco-Navarro, mediante escrito entregado al Ministro de Instrucción solicitando que "no prospere la petición que fue hecha en Bilbao al Presidente de la República para que se creara una escuela de enfermeras, la cual lesionaría sus intereses".

CONCLUSIONES

- 1) Las páginas de "La Vanguardia" nos permiten conocer algunas de las actividades que los Colegios de Practicantes, no sólo los catalanes, sino del resto de España, realizaban en el primer tercio del siglo XX.
- 2) Esta proyección social de estos profesionales sanitarios, queda patente en su participación en números actos profesionales, académicos y del ámbito social (actos oficiales, fiestas, homenajes...).
- 3) La aparición de estas noticias en el diario, sobre los Practicantes y su actividad colegial, es muy irregular. Hay periodos en los que abundan dichas reseñas, y otros espacios largos de tiempo, donde no se refleja actividad alguna.
- 4) La configuración de la imagen que la sociedad puede tener de un determinado

colectivo profesional, está también influida por las noticias que aparecen en los medios de comunicación.

- 5) En este sentido, podemos constatar el interés de los Practicantes por tener una representación en algunos de los actos y acontecimientos de aquellos años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Más de cien años de historia. (9 de octubre de 2006). La Vanguardia. Recuperado de: <http://www.lavanguardia.com/cultura/20000101/51262841869/mas-de-cien-anos-de-historia.html>
2. Grupo Godó [Sede web]. Barcelona: Grupo Godó; 2013 [Acceso 26 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.grupogodo.net/institucional/historia/>
3. La Vanguardia. Wikipedia, la enciclopedia libre. [Actualizado 25 de diciembre de 2016, acceso 26 de enero de 2017]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/La_Vanguardia
4. Grupo Godó. Wikipedia, la enciclopedia libre. [Actualizado 20 de septiembre de 2016, acceso 26 de enero de 2017]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Grupo_Godó#Familia_God.C3.B3
5. Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación. Estudio General de Medios, Resumen General. Madrid. AIMC. 2016 [Acceso 26 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.aimc.es/-Datos-EGM-Resumen-General-.html>

**EL COLEGIO OFICIAL DE A.T.S. DE VALLADOLID A TRAVÉS DE LA REVISTA
DE LOS AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS (1976-1980)**

**VALLADOLID OFFICIAL SCHOOL OF A.T.S THROUGH THE SANITARY
TECHNICAL ASSISTANTS JOURNAL (1976-1980)**

María López Vallecillo

Profesora Asociada de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid
Enfermera del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

PALABRAS CLAVE: Ayudante Técnico Sanitario, Movilización Sanitaria, Escuelas Universitarias de Enfermería, Colegio de A.T.S.

KEY WORDS: Sanitary Technical Assistants, Health Mobilization, University Nursing Schools, College of A.T.S.

RESUMEN: Los cambios socio-políticos que se vivieron en España con el final de la dictadura franquista afectaron de una manera directa a los Ayudantes Técnicos Sanitarios (A. T. S.) que se movilizaron de forma activa en el verano de 1976 para lograr una mejora en los estudios y en el ámbito laboral. Dentro de este contexto de cambio se ha planteado identificar la labor divulgativa llevada a cabo por el Colegio Oficial de A.T.S. de Valladolid a través de la revista de su órgano colegial y su papel en la movilización por la integración de los estudios en la Universidad.

ABSTRACT: Socio-political changes which came on in Spain with the end of the Francoist dictatorship affected on a direct way to the Sanitary Technical Assistants (A.T.S). They mobilized by active way in the summer of 1976 to get an improvement in the studies and on the labor sphere. Within this change context it has raised the need of informative role of Valladolid Official School of A.T.S through the journal of the professional school and his role in the mobilization by the integration of new studies on the College.

INTRODUCCIÓN

Los cambios socio-políticos que se vivieron en España con el final de la dictadura franquista afectaron de una manera directa a los Ayudantes Técnicos Sanitarios (A. T. S.) que, al igual que otros colectivos, se movilaron de forma activa en 1976. Tanto las reivindicaciones por la libertad sindical, la amnistía o la democracia, como aquellas por la demanda de mejores salarios y condiciones laborales, formaron parte de una creciente movilización social¹. La situación política, las razones económicas coyunturales y las estructurales, favorecieron la aparición de protestas protagonizadas por diversos sectores y organizaciones tanto estudiantiles, como ciudadanas y laborales². Desde el punto de vista político-constitucional, la aprobación de la Ley para la Reforma Política de 1976, las elecciones de 1977 y la promulgación de la Constitución Española en diciembre de 1978 fueron pasos importantes y decisivos para la democratización³.

España pasaba a ser un Estado social y democrático de derecho, en el que la protección de la salud se consolidaba como uno de los derechos fundamentales⁴. La intensidad y magnitud de estos cambios, favorecieron la reestructuración político-administrativa y la reforma tanto de la organización como de los procedimientos de la Administración Central, Periférica e Institucional. De esta forma nacía el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, integrado tanto por la Dirección General de Sanidad del Ministerio de Gobernación, como por la Subsecretaría de la Seguridad social y las entidades estatales autónomas. En este contexto se establecieron las competencias en materia de Seguridad Social que asumirían el ministerio de Trabajo y el de Sanidad y Seguridad Social⁵.

La Enfermería se vio afectada de una forma directa por estas reformas socio-sanitarias, que abrieron la puerta a nuevos retos formativos y laborales. En este contexto, como señala Magdalena Santo Tomás, se hace imprescindible analizar la integración de los estudios de Enfermería en la universidad por el papel decisivo que jugó en el avance de la disciplina y de la profesión. En 1977 el panorama formativo era heterogéneo, caracterizado por una diversificación en la enseñanza, tanto en los recursos como en las orientaciones formativas, acompañado de un aumento del número de escuelas que generó un “escenario totalmente descontrolado”⁶.

Hay que tener en cuenta que la Ley de General de Educación de 1970 sentó las bases para la integración de los estudios en la universidad, cuando en el punto 7 de la disposición transitoria segunda, establecía la conversión en Escuelas Universitarias o Centros de Formación Profesional de las Escuelas de Ayudantes Técnicos entre otros centros de enseñanza⁷. La revisión de los planes de estudios, después de años de inactividad en este campo, se hacía necesaria. A partir de ese momento se iniciaron acciones encaminadas a conseguir la entrada de los estudios en la universidad, acompañadas de la movilización de los A.T.S. y el trabajo del sector docente, que como señala M^ª Paz Mompert, fue imprescindible para lograr la integración⁸.

OBJETIVO

Identificar el tipo de información divulgada por el Colegio Oficial de A.T.S. de Valladolid a través de la revista de su órgano colegial entre los años 1976 y 1980. A nivel específico

se busca analizar los artículos publicados con contenidos relacionados con la integración de los estudios de Enfermería en la universidad.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo de la información publicada en la “Revista de los Ayudantes Técnicos Sanitarios”, editada por el Colegio Oficial de A.T.S. de Valladolid entre 1976 y 1980. El periodo de estudio se sitúa desde el inicio de las movilizaciones reivindicativas de los A.T.S. para conseguir la integración de los estudios en la universidad hasta el comienzo de los cursos de nivelación. La revista se ha consultado en la hemeroteca del Edificio de Ciencias de la Salud de la Universidad de Valladolid. A excepción del número 6, se han revisado todos los ejemplares editados dentro del periodo de estudio.

La revista se publicó por primera vez en octubre de 1976 siendo en 1980, en su número 14, cuando pasó a llamarse “Revista de los Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados de Enfermería”. Su estructura no es uniforme, únicamente en los números 7-8 y 9 se observa un cambio en el formato en el que se mantienen las mismas secciones, siendo a partir de ese momento cuando se empezó a incluir un sumario en todos sus ejemplares. La periodicidad de la publicación es variable, depende del año de edición, oscila entre los 2-3 meses y los 6-9.

El análisis de la información que aborda puede estructurarse en cuatro bloques principales: Coordinadora Nacional, Integración de los Estudios, Colegiación Única y Cursos de Nivelación, con una relación directa entre el año de publicación y el contenido de las noticias.

RESULTADOS

Los editoriales y sus reivindicaciones

Los editoriales acompañaron a la revista desde un primer momento, excepto en el 4, 7-8 y 10. En el número 4 se publicó en su lugar el listado de los candidatos elegidos para ocupar los cargos directivos del Colegio Profesional.

La revista nacía como órgano de difusión que “contribuyera a crear conciencia de clase y de unidad”, en un momento de crisis dentro del cuerpo de A.T.S., en el que era necesario “pedir cuentas” a los responsables colegiales del rumbo de la profesión, implicando a todo el colectivo en la labor de “elevantarla”. Emoción, ilusión y buenas intenciones son los adjetivos que acompañaban al editorial de la primera edición (nº0). La colegiación única era otro de los temas que preocupaba a la junta directiva del colegio, opinaban que no debería haberse producido la división en secciones del colegio evitando así un “problema artificial” motivado por una mala visión y enfoque del futuro de la profesión. Lamentaban la ausencia de posturas claras a la hora de posicionarse a favor de la unificación (nº1). La falta de apoyo hacia las propuestas de mejora y cambio para los A.T.S., fue otra de las preocupaciones de la junta, que pedía justicia escudándose en la verdad, el diálogo y los hechos (nº2).

La movilización de los “profesionales de la enfermería” por la reivindicación de derechos se encontró con la oposición de algunos compañeros y representantes del Consejo Nacional “que no supieron comprender la postura”. La junta solicitaba la

colaboración de todos los colegiados para conseguir colegios fuertes capaces de hacer frente a las adversidades (nº3). A pesar de todo, en uno de los últimos números analizados, se refleja la desilusión de los A.T.S. al comprobar que la lucha que llevaron a cabo por conseguir la integración de los estudios, no se estaba valorando positivamente, ya que se les estaba empezando a tratar como profesionales de segunda clase, con peor formación académica (nº12).

La edición nº5 la abría el editorial de la nueva presidenta del colegio, María Josefa Ganuza García, bajo el título “Caminos nuevos, fase nueva. Todos tenemos la palabra”. Reflejaba la necesidad de dejar atrás el pasado y prepararse para una nueva etapa, “la del futuro” centrándose en el presente, “en el ahora”. Para Ganuza era un momento difícil y crucial, en el que todos los A.T.S. tenían la responsabilidad de “sellar una historia nueva” siendo imprescindible y necesario su voz y su esfuerzo. Palabras que se convertían en una “llamada al colectivo colegial de Valladolid”, a su participación en asambleas y a la elaboración de nuevos estatutos del Colegio Oficial de A.T.S. de Valladolid (nº5).

La nueva junta directiva recibió críticas por su “inoperancia y flojedad” en la gestión colegial, por lo que solicitaba la colaboración en la Junta Colegial de todos los que pensaban así (nº9). Posteriormente, se criticaba a los colegiados de Valladolid por no estar “dispuestos a todo”, dejando claro que la Junta Colegial no pretendía incitarlos a movilizarse ante los problemas socio-económicos y profesionales, pero si les pedía que se posicionaran en contra, y no a favor, de las decisiones tomadas en las asambleas, en lugar de “decir cosas” que luego no cumplían (nº11).

Ante las nueva convocatoria de elecciones a la Junta Colegial, previstas para octubre de 1980, se invitaba a los colegiados a reflexionar sobre la renovación de los cargos y se les animaba a presentar sus candidaturas (nº13). La junta directiva que dejaba los cargos tras las elecciones, se despedía de los colegiados refiriéndose a su legislatura como una época de “grandes” cambios y problemas, en la que lucharon por conseguir una Enfermería mejor e independiente (nº14). María Josefa Ganuza repasaba los logros conseguidos y las cosas que quedaban pendientes por hacer, además de convocar unas nuevas elecciones para el día 13 de enero de 1981. Por problemas internos tuvieron que prolongar los plazos previstos para celebrar las anteriores y algunos colegiados no estuvieron de acuerdo con la medida tomada (nº15).

La Coordinadora Nacional y su trabajo

EL colegio buscaba sensibilizar a los colegiados para que se implicaran en las asambleas destinadas a abordar el tema de acceso a los estudios de A.T.S, y exigir el bachiller superior y no el elemental. Invitaba a los colegiados a asistir a la reunión de la Coordinadora Nacional para que aportaran ideas y reivindicaciones “justas”, además de solicitar que enviaran copias de la información recabada a todos los centros de la provincia o limítrofes que no tuvieran representación en la Coordinadora. También se presentaba un informe resumido del estado de las gestiones llevadas a cabo por la Comisión Interministerial encargada de la reestructuración de los estudios y de la movilización de la Coordinadora Nacional por conseguir la inclusión en la misma de tres representantes de los profesionales y tres de los estudiantes (nº0).

En la revista se dejaba claro que los A.T.S. de toda España estaban unidos y

reorganizados por la Coordinadora Nacional, integrada por los representantes de las asambleas locales y provinciales, apoyada por “algunos Colegios Provinciales”. Se describían las funciones de la coordinadora, centradas en la recopilación y coordinación de las peticiones y reivindicaciones de los A.T.S. (nº1).

Clarificar la constitución y función de la Comisión Interministerial fue necesario para destacar el papel que había llevado a cabo la Coordinadora en la movilización por la integración de los estudios en la universidad. Cuando empezaron las asambleas y movilizaciones se descubrió la Comisión Interministerial estaba funcionando desde abril de 1975 y que no contaba con representantes profesionales, únicamente con miembros del Consejo Nacional, encargados de estudiar la transformación de los estudios. Se organizaron manifestaciones, paros y asambleas para conseguir la representación en la Comisión Interministerial de tres profesionales y tres alumnos “elegidos democráticamente” entre los miembros de la Coordinadora Nacional. Entre las reivindicaciones de la Coordinadora se encontraban: tener C.O.U como estudios de acceso a Enfermería, que las escuelas fueran mixtas y estuvieran exentas de régimen de internado, contar con un calendario escolar igual que el del distrito universitario, disponer de seguro escolar, participación de los alumnos en órganos de la escuela, prácticas proporcionales al número de clases teóricas, unificación de los colegios profesionales, dimisión del Consejo Nacional en sus tres secciones y elecciones democráticas de los presidentes por base (nº2).

La existencia de colegios interesados en “conservar privilegios trasnochados para los A.T.S. hombres, por clasismo”, favorecieron los intentos de boicot de las asambleas y reuniones de la Coordinadora. A pesar de todo, los profesionales y estudiantes A.T.S. estaban dispuestos a continuar la lucha para evitar la división dentro de la Coordinadora Nacional (nº3).

Integración en la Universidad

En el artículo titulado “Transformación de las actuales Escuelas en Universitarias” se exponía la necesidad de un perfeccionamiento en los métodos de enseñanza y una mejor planificación y formación en las especialidades. Se criticaba que la “necesidad de mano de obra barata, o necesidad de un gran número de A.T.S. para poner en marcha los grandes hospitales que I.N.P.” habían pospuesto las peticiones de integración de los estudios en la universidad (nº2).

La publicación de órdenes y resoluciones del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, y del de Educación y Ciencia sobre la integración de los estudios en la universidad fue una de las medidas que llevó a cabo el colegio para divulgar la información relevante sobre el tema (nº5). El Colegio a través de su revista también publicó y difundió la información oficial sobre la Escuela Universitaria de Enfermería de Valladolid. Para ello incluyó la documentación relativa a la Orden de 7 de septiembre de 1978 por la que se aprobaba el Plan de Estudios de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Facultad de Medicina dependiente de la Universidad de Valladolid (nº7).

Unificación colegial

La problemática de la falta de unificación de los colegios, tanto en aspectos legales como de representatividad y operatividad, motivada por la existencia de tres secciones que trabajaban solas y se comportaban como colegios diferentes, quedó plasmada en la revista colegial (nº2).

El comportamiento de los consejos y colegios frente a la unificación colegial o colegiación única fue un tema que se abordó por el colegio de Valladolid. En el artículo titulado “Unificación Colegial o Colegiación Única” se sintetizaba de forma cronológica el trabajo realizado por el Consejo y la Coordinadora ante la unificación colegial (nº4).

Diplomado en Enfermería, homologación y cursos de adaptación y especialidades

Desde el colegio se buscó la participación de los colegiados en la propuesta sobre la definición, funciones y tareas del Diplomado en Enfermería, para ser desarrolladas y presentadas en el Ministerio de Sanidad. Definían la profesión de Enfermería, el concepto de enfermera/o, cuidados de Enfermería y funciones (nº10). También se publicó el borrador de proyecto de Real Decreto sobre homologación del título de A.T.S. con el de Diplomado de Enfermería, en el que se proponía un curso de nivelación de conocimientos a efectos de la convalidación académica del título de A.T.S. por el de Diplomado en Enfermería (nº11).

La integración de los estudios afectó a los A.T.S. titulados, el Colegio presentó en la revista el proyecto del curso de nivelación (nº12), apareciendo el debate sobre las especialidades y la creación de las mismas (nº13, nº14), siendo en el último número analizado cuando aparece la puesta en marcha de los cursos de nivelación académica (Nº15).

CONCLUSIONES

El Colegio de A.T.S. de Valladolid a través de su revista oficial se posicionó a favor de la unificación y de la integración de los estudios en la universidad. Mantuvo informados a los colegiados gracias a noticas sobre los cambios normativos y legislativos que afectaban a la profesión, además de buscar su participación en las asambleas y movilizaciones. De hecho, en los editoriales, se animaba a los colegiados a unirse en la luchar por la unificación de los estudios, su integración en la universidad y la colegiación única. Las publicaciones incluyen misivas de la Coordinadora Nacional, resúmenes de los informes de las gestiones llevadas a cabo por la Comisión Interministerial, Reales Órdenes y Decretos, observándose una relación clara entre el contenido y el año de edición. La integración de los estudios aparece de forma directa en las ediciones de los años 1976-78, reflejándose posteriormente las consecuencias profesionales de conseguir la diplomatura en Enfermería.

FUENTES

Revista de los Ayudantes Técnicos Sanitarios nº0 octubre 1976, nº1 noviembre 1976, nº2 marzo 1977, nº3 mayo 1977, nº4 julio 1977, nº5 enero 1978, nº7-8 noviembre 1978, nº9 julio 1979, nº10 septiembre 1979, nº11 enero 1980, nº12 junio 1980, nº13 septiembre 1980, nº14 noviembre 1980, nº15 diciembre 1980.

REFERENCIAS

1. Avilés Farré J, Egado León A, López Abdón M. Historia contemporánea de España desde 1923: dictadura y democracia. Madrid: Editorial centro de Estudio Ramón Areces; 2011.
2. Casanova J, Gil Andrés C. Historia de España en el siglo XX. Madrid: Ariel; 2009.
3. Barrera del Barrio C. La transición a la democracia y sus dificultades (1975-1982). En: Paredes, Javier. Historia de España contemporánea. Madrid: Ariel; 2010. pp. 889-931.
4. Paredes, Javier. La constitución de 1978 y el Estado de las autonomías. En: Paredes, Javier. Historia de España contemporánea. Madrid: Ariel; 2010. pp. 933-964.
5. Real Decreto 1558/1977, de 4 de julio, por el que se reestructuran determinados Órganos de la Administración Central del Estado. BOE núm. 159, de 5 de julio de 1977, páginas 15035 a 15037.
6. Santo Tomás Pérez M. Pugna por el reconocimiento universitario de la Enfermería y su especialización. En: El asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión: 150 años de historia del colegio de Enfermeras de Madrid (1862-2012). Madrid: Colegio Oficial de Enfermería; 2012. pp. 297- 331.
7. La Ley 14/1970 de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa, BOE-A-1970-852.
8. Mompart García MP. Rebelión en las aulas. De las escuelas de ATS a las Universitarias de Enfermería. Revista ROL de Enfermería, Volumen 27, Nº 10, octubre 2004, pp. 6-16.

FUENTES DE INVESTIGACIÓN PARA LA HISTORIA DEL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE CÁDIZ

SOURCES OF INVESTIGATION FOR THE HISTORY OF THE BOARD OF NURSING OF CADIZ

Mariana García González

Enfermera del hospital San Carlos (San Fernando, Cádiz)

Manuel Cano Leal

Secretario del Excmo. Colegio Oficial de Enfermería de Cádiz

Francisco Glicerio Conde Mora

Profesor de la Escuela de Enfermería Salus Infirmorum de Cádiz

PALABRAS CLAVES: Colegio, Enfermería, Fuentes, Practicantes.

KEY WORDS: Board, Nursing, Sources, Practitioners.

RESUMEN: La comunicación que presentamos trata de analizar con nuevas fuentes la Historia del Colegio de Enfermería de Cádiz, desde su fundación a comienzos del siglo XX hasta nuestros días. Tiene como objetivo poner de relieve las fuentes históricas que permiten saber más sobre la Historia del Colegio de Enfermería de Cádiz. Entre las fuentes que trabajamos en el Archivo del Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz se encuentran expedientes de colegiados, Altas de colegiados, cuentas de caja y correspondencia con el Consejo General. La metodología consiste en el análisis de estas fuentes inéditas. Junto a esta documentación hemos seleccionado una bibliografía científica usando bases de datos como CINDOC del CSIC, Dialnet, Pubmed, SCielo.... Los resultados basados en esta documentación ponen de relieve la dignificación de la profesión enfermera a lo largo del siglo, pasado, desde su creación hasta la unificación de los Colegios de Enfermeras y ATS hasta nuestros días. Las fuentes analizadas nos permiten conocer el devenir histórico del Colegio. Nos permiten analizar quiénes fueron los artífices de la defensa de la profesión enfermera en Cádiz.

ABSTRACT: The paper we present tries to analyze with new sources the History of the Board of Nursing of Cadiz, since its foundation at the beginning of the 20th century to the present day. Has as purpose the analyze of historical sources to know more about the History of the Board of Nursing of Cádiz. Between the sources that we are employed at the Archives of the Board of Nursing of Cadiz we find names of Presidents, new members, cash account of box and correspondence the General Council. Our methodology consists of the analysis of these unpublished sources. Close to this documentation we have selected a scientific bibliography using databases like CINDOC of the CSIC, Dialnet, Pubmed, SCielo.... Results based on this documentation emphasize the dignifying of the profession nurse throughout last century, from his beginings to the unification of the Boarding of Nurses and ATS to ourdays. The analyzed sources allow us to know more about the development of the Board of Nursing of Cádiz- and to analyze those who were the makers of the defense of the nursing profession in Cádiz.

INTRODUCCIÓN

El trabajo presente forma parte de la búsqueda de datos para la investigación de la historia de la colegiación de la enfermería de Cádiz desde sus primeros comienzos asociativos hasta nuestros días.

A través de la información obtenida podremos conocer y analizar la evolución de la profesión desde antes de la denominación como ahora la conocemos, es decir, Enfermería.

El objetivo investigador de nuestro trabajo es el conocimiento del movimiento asociativo de los profesionales de la enfermería, que se conocían con las denominaciones de practicantes, matronas y enfermeras. Pero en esta ocasión vamos a centrarnos en las fuentes históricas que nos han proporcionado los datos de interés para la elaboración de dicho estudio.

Según el nivel de información que nos proporcionan las fuentes de información, pueden ser primarias o secundarias, aunque también las podemos clasificar en fuentes para la búsqueda directa de la información y fuentes para la localización e identificación del documento. En el estudio que nos ocupa detallaremos las siguientes:

FUENTES PRIMARIAS



1. Libro de Registro de Asociaciones Profesionales 1898/1933. Archivo Histórico Provincial de Cádiz.

Las Fuentes primarias son las que contienen información original, en este sentido comenzamos por encontrar en el **Archivo Histórico Provincial de Cádiz** el primer dato oficial del asociacionismo de los practicantes. En el Libro de Registro de Asociaciones Profesionales encontramos el primer documento de reconocimiento del Colegio Provincial de Practicantes en Cádiz con fecha 8 de abril de 1900 como fundador José Muñoz y como presidente Enrique García. Nos llama la atención que en el apartado de Carácter y objeto de la Asociación, figure *“Mejora de la clase”*.

Paralelamente en la consulta de la web de este Archivo <http://www.juntadeandalucia.es/cultura/archivos/DetalleFonCol?id=8074> nos aparece el censo de un Archivo denominado **Colegio Oficial de Enfermería de Cádiz**, compuesto por una colección de expedientes personales de practicantes, matronas y enfermeras desde 1935, con su vida colegial, lugares de trabajo, informes, etc., que se encuentra localizado en la propia sede de la institución.

En la investigación de la documentación en la sede colegial, también hemos podido comprobar el trabajo recopilatorio del enfermero militar Antonio Padilla Mesa (fue tesorero del Colegio) de las publicaciones del colegio como de la prensa provincial desde los comienzos de la institución.

Otra de las importantes fuentes consultadas y que nos han proporcionado gran cantidad de información en un período muy importante para la colegiación de la

enfermería es la publicación del boletín “**El Practicante gaditano**”, desde noviembre de 1916 hasta octubre de 1939. Encontramos una gran cantidad de números originales en el Depósito legal de la CABP Biblioteca Pública de Cádiz. Se trata de la “*Revista Mensual, Profesional y Científica, órgano oficial, propiedad del Colegio Provincial de Practicantes en Medicina y Cirugía de Cádiz*” como queda reflejado en sus portadas. Es posiblemente la fuente de mayor cantidad de información sobre del movimiento asociativo de los practicantes, sus inquietudes profesionales, los inicios de los Colegios Provinciales (Cádiz, 1900), Regionales como Federación Sanitaria Regional Andaluza (Sevilla, 1918) y Asambleas Nacionales.



2. Revistas de "El Practicante Gaditano". Biblioteca Provincial de Cádiz.

Otro lugar al que hemos acudido para la búsqueda de fuentes primarias es el **Archivo de la Universidad de Cádiz**, aquí esencialmente tenemos un gran número de expediente académicos personales que nos permiten ubicar en el tiempo los diferentes estudios realizados por practicantes, enfermeras y matronas, incluso nos permite la posibilidad de estadísticas de género con respecto a los practicantes de primeros del siglo XX.

Por último, no menos importante, en las **fuentes primarias orales** acumulamos los testimonios directos de María Navarro, enfermera nonagenaria que fue vocal de la sección colegial de ATS femeninos y de la secretaria del Colegio de Enfermería Dolores Espinosa que presta sus servicios para la institución desde 1970. Ambas entrevistadas en distintas ocasiones para conseguir datos inéditos sobre la situación de las distintas organizaciones colegiaciones provinciales de ATS femeninos, ATS masculinos y matronas. También hemos podido contactar y entrevistar en su propio domicilio a Isabel Resille, que fuera Directora de la Escuela de Enfermería Salus Infirmorum.

FUENTES SECUNDARIAS

Las alusiones de los datos obtenidos por las fuentes primarias, nos obligan a recurrir a las hemerotecas para conocer las resoluciones y Reales Órdenes citadas en las modificaciones legales de todo lo que concierne tanto a los planes de estudios, a la organización colegial, así como a la regulación para el desempeño laboral de todas las profesiones antecesoras de la denominada Enfermería, esto es, practicantes, enfermeras, matronas y A.T.S.

La **bibliografía** está compuesta de una amplia relación de libros relacionados con la historia de la profesión enfermera, de su asociacionismo, de la imagen a través de los medios de comunicación y de la perspectiva de género de una profesión que ha estado compuesta mayoritariamente por mujeres. Por citar algunos importantes: “*La revolución de las batas blancas*” de Concha Germán, los tres tomos de “*Historia del colegio de Sevilla*” por Carmelo Gallardo Moraleda, Elena Jaldón García y Vicente Villa García-Noblejas, la comunicación del Dr. Francisco Glicerio Conde Mora en el V Simposio

Iberoamericano de Historia de la Enfermería titulado “Evolución histórica de la organización colegiada en enfermería en Cádiz: De la Cofradía de San Cosme y San Damián al Excmo Colegio de Enfermería de Cádiz”.

Los artículos de revistas científicas también constituyen una fuente secundaria importante por la gran cantidad y variedad que encontramos en los recursos electrónicos, como el de Cristina Heierle “*La imagen de la enfermera a través de los medios de comunicación de masas: La prensa escrita*”, o el de Carmen González Canalejo “*Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la «cuestión social» (1857-1936)*”. **Tesis doctorales** como la de José E. Lasarte “*La prensa de las profesiones auxiliares sanitarias en Andalucía. Estudio socio-profesional (1916-1939)*”, la de M^a del Pilar García Paramio “*De enfermeras a Ayudantes Técnicos Sanitarios: El retroceso en la profesionalización de la enfermería durante el franquismo (1939-1977)*” o la de Sergio Quintairos Domínguez “*Del practicante a la enfermera. 150 años de desarrollo profesional: el papel de los colegios profesionales*”.

FUENTES TERCARIAS O FUENTES PARA LA BÚSQUEDA DE LA INFORMACIÓN

El Ministerio de Educación, Cultura y Deporte ofrece una web llamada Censo-Guía de Archivos de España e Iberoamérica que consiste en una guía electrónica y directorio de archivos que permite la localización inmediata de los centros de archivo, así como fondos y colecciones.

Las web del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España <http://www.consejogeneralenfermeria.org/> y el Ilustre Colegio de Enfermería de Madrid <http://www.codem.es/biblioteca> contienen una relación de materiales de fondo documental, algunos localizados en sus respectivas sedes y otros digitalizados y accesibles como recursos electrónicos.

Hemeroteca Digital, <http://www.bne.es/es/Catalogos/HemerotecaDigital/>, de la Biblioteca Nacional de España, en ella realizamos la búsqueda con los términos “practicantes, enfermeras” que nos remite a prensa digitalizada del siglo XIX y donde a modo de curiosidad encontramos publicidad de la venta de sanguijuelas.

Otros buscadores digitales de base de datos son Google Académico <https://scholar.google.es/>, Google Libros, Dialnet, Ciberindex, Cuiden, Scielo, Redalyc, Repositorio Digital y Tesis en Red.

Hemerotecas de diarios nacionales como la del ABC <http://hemeroteca.abc.es/>, o de la Vanguardia <http://www.lavanguardia.com/hemeroteca>.

METODOLOGÍA

La metodología de este estudio está basada en una investigación de tipo documental, esto lleva consigo el análisis de todas las fuentes primarias obtenidas por la información previa al trabajo y a través de las bases de datos, cotejadas con los demás tipos de fuentes orales, bibliográficas, como medios de comunicación de los años estudiados.

La investigación se realiza en base a los procedimientos de recopilación de datos que permiten redescubrir hechos, indicar problemas, orientar hacia otras fuentes de información, organizar todo el material acumulado para contextualizar la evolución del

asociacionismo de las profesiones que han llegado a denominarse como Enfermería.

Se trata por tanto de una metodología cualitativa, holística, descriptiva con un dinamismo implantado por los nuevos datos analizados desde la perspectiva histórica y antropológica.

La bibliografía del trabajo se encuentra detallada en la propia descripción de las distintas fuentes.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en esta investigación ponen de relieve el proceso de dignificación de la profesión a través del asociacionismo en los colegios provinciales en un principio, regionales y nacionales posteriormente.

Es también de destacar la importancia que ha supuesto para la enfermería la unión de los profesionales mediante la colegiación desde hace más de un siglo, para el engrandecimiento en el conocimiento científico y en su posición laboral dentro de la sociedad.

Los principales resultados obtenidos en esta investigación están centrados en el conocimiento y hallazgos de acontecimientos de diversa índole, legales, académicos, profesionales, sociales que nos aportan las evidencias de la realidad de la enfermería desde antes incluso que se considerara como tal, y de qué modo, gracias al empeño de profesionales que dedicaron empeño y esfuerzo para mantener la unión mediante la asociación profesional que dio paso al Colegio de Enfermería como hoy lo conocemos, con su peculiar historia provincial.



3. Hoja del Registro del Colegio Provincial de Practicantes de Cádiz (1900). Archivo Histórico Provincial de Cádiz.

El primer documento de registro que encontramos en Cádiz es el de los Practicantes, fechado en 8 de abril de 1900. Este puede considerarse como el hallazgo punto de partida para la continuidad del Colegio de Enfermería actual.

CONCLUSIONES

Más de 100 años de asociacionismo en la enfermería que hoy contemos con una red asociativa de colegios provinciales y autonómicos en todo el país, aglutinados por el Consejo General de Colegios de Enfermería de España, órgano superior de representación.

Hasta llegar aquí, se han sucedido más de un siglo de generaciones de profesionales. Durante este tiempo hemos encontrado distintas denominaciones y diferentes roles (practicantes y matronas). A lo largo de tan diversas circunstancias políticas, económicas, sociales y laborales se mantuvo el afán por mejorar las prácticas, aumentar el conocimiento y buscar la autonomía profesional.

Fueron tiempos difíciles, no solo para los profesionales practicantes, también para las

mujeres que accedieron en minoría, para la unificación de diversas actividades sanitarias que entonces se realizaban con diferentes roles según la práctica fuese llevada a cabo por mujeres u hombres, pero que fueron conformando y definiendo la enfermería que hoy existe regulada de modo igualitario desde la organización colegial.

El estudio de la historia del Colegio nos permite conocer los artífices de la defensa de la enfermería en Cádiz y ahondar sobre el devenir de este colectivo. Es imprescindible conocer la historia y el pasado de la profesión para identificar nuestro presente y afrontar el futuro abierto a las nuevas evoluciones de la sociedad y de la salud de los individuos que es la razón de existir de la enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Archivo Histórico Provincial de Cádiz:
 - Libro Registro de Asociaciones Profesionales 1898-1933. Libro 474.
 - Caja 713.
2. Calvo-Calvo, M. A., (2013) *La reacción de los practicantes en Medicina y cirugía frente a la creación del título de Enfermera en 1915*. *Dynamis*, 34 (2), pp. 425-44 <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-95362014000200008>
3. Galiana-Sánchez, M.E., Bernabeu-Mestre, J., Ballester Añón, R. (2014) *Mujeres, salud y profesiones sanitarias: revisión historiográfica y estudio de casos en la sanidad española contemporánea*. *Areas. Revista Internacional de Ciencias Sociales*. Nº 33/2014. Desigualdades de género en España: continuidades y cambios. pp. 123- 137
4. Glicerio Conde Mora, Francisco; Cano Leal, Manuel; García González, Mariana. *Evolución histórica de la organización colegiada en enfermería en Cádiz: De la Cofradía de San Cosme y San Damián al Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz*". *Rev Paraninfo Digital*, 2016; 25. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/145.php>
5. Herrera Rodríguez, F. (2008) *Archivos y hemerotecas: Espacios para la investigación de la Historia de la Enfermería*. *Hiades* 10. pp. 71-110
6. Lasarte Calderay, José E. (1993) *La prensa de las profesiones auxiliares sanitarias en Andalucía. Estudio socio-profesional (1916-1939)* Tesis doctoral. Universidad de Cádiz.

LUCES Y SOMBRAS DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

LIGHTS AND SHADOWS OF THE ORGANIZATION COLLEGE FROM A PERSPECTIVE OF GENDER

Concha Germán Bes

Profesora Titular de la Universidad de Zaragoza

Yolanda Martínez Santos

Enfermera del hospital General de la defensa

Profesora Asociada Clínica de la Universidad de Zaragoza

PALABRAS CLAVES: Enfermera, reconocimiento, redistribución, representación.

RESUMEN: Realizamos un análisis con perspectiva de género de los cambios más importantes ocurridos en los últimos cuarenta años. Para ello usamos tres dimensiones a) reconocimiento, b) redistribución y c) representación. Hemos progresado académicamente, en cargos de responsabilidad, en imagen de las enfermeras por la población general. Urge aumentar tasas enfermera-habitantes y renovar más colegios profesionales.

KEY WORDS: Nurse, recognition, redistribution, representation.

ABSTRACT: We make an analysis with a gender perspective of the most important changes that have occurred in the last forty years. For this aim we use three dimensions a) recognition, b) redistribution and c) representation. We have advance academically, in positions of responsibility, in the image of nurses by the general population. We have progressed academically, in positions of responsibility, in the image of nurses by the general population. It is urgent to increase nurse-resident rates and renew more professional schools.

El mes de Junio 1976 fue el comienzo del periodo de mayores movilizaciones de la enfermería española. Asambleas, manifestaciones, debates y temores. Que se uniera la mayoría de la población fue la amenaza a que a los estudios de ATS, que estaban en un limbo legislativo se les ubicara en Formación Profesional. La ley de 1970 de Villar Palasí así lo decía “las escuelas de ATS se ubicaran en la Universidad o en FP” Había indicadores que indicaban el desarrollo de la ley, ya que algunas de las 193 escuelas desde 1974 se habían ido transformando en Escuelas de FP. Esto no se quería por el colectivo y ante tal amenaza los profesionales reaccionaron. Estábamos viviendo un clima de movilizaciones por convenios colectivos, el movimiento MIR, el movimiento vecinal... hacia menos de seis meses que había muerto Franco y salieron a luz muchas demandas y necesidades reprimidas. El colectivo enfermero reaccionó y se creó un clima que hizo que se organizara cada centro, cada provincia, y entre todas se formará la Coordinadora Nacional (CN). Está coordinadora gestionó las demandas profesionales, lo que entonces se llamaba la tabla reivindicativa.

La demanda número uno era conseguir la ubicación universitaria de los estudios de ATS. Y se consiguió en el verano de 1977 el decreto de Escuelas Universitarias de Enfermería. En diciembre se había logrado de 1976 se había logrado recuperar denominación de Enfermería y que las escuelas fueras mixtas y sin internado. Faltaban todavía importantes reivindicaciones: el Profesorado enfermero en las Escuelas, el coeficiente salarial de 3,6 de Técnicos de grado medio, la unificación colegial y la convalidación de las enfermeras, entre otros¹.

Los objetivos son: A) Conocer la composición de las juntas de la organización colegial. B) Analizar los logros conseguidos y los pendientes en términos de formación, laboral y representación institucional.

Para este trabajo hemos utilizado como fuentes: historiográficas, informes sociológicos, tesis doctorales, las web de la organización colegial y la prensa. Para el análisis hemos utilizado a la filósofa Nancy Fraser² que propone tres dimensiones para ver cómo se configuran las desigualdades sociales, incluidas las de género, en los colectivos humanos.

RESULTADOS

Reconocimiento

El reconocimiento implica la imagen, identidad y el valor del trabajo que hace un determinado colectivo. La estrategia de dar un valor u otro a una actividad humana profesional o laboral concreta la establecen las clases dominantes de ese momento histórico y de esa sociedad. En el caso enfermero, lo establecía la élite médica de cada época. De tal forma que la identidad no era tanto como nos veíamos las enfermeras sino como nos veían nuestro profesores médicos hombres todos ellos en la época ATS, como

¹ Germán Bes, Concha. La Revolución de las Batas Blancas. La enfermería española de 1976 a 1978. Ed. PUZ. Prensas Universitaria de la Universidad de Zaragoza y Fundación INDEX. Zaragoza. 2013.

² Fraser Nancy. Escalas de Justicia. Barcelona. Herder. 2008

se puede ver en los manuales de Oteo o de Sitges y Creus³ y anteriores.

Paracelso dijo que había tirado sus notas y que había conservado los remedios de las hechiceras⁴. En esa época, siglo XVI ellas conocían más de 200 métodos contraceptivos naturales. Las élites las llamó brujas, el pueblo, mujeres sabías. Es más podríamos, retroceder a épocas anteriores y ver cómo fue cambiando la imagen y el prestigio de las Matronas que durante miles de años se ocuparon del parto y que a medida que prosperando la Medicina académica fue minusvalorando a ellas. Son efectos del patriarcado que en torno a hace 5000 años, es decir, tres mil años de nuestra era, ya se fue configurando como todavía hoy lo ve una parte de nuestra sociedad. El hombre es la medida de todo, lo primero y la mujer debe estar a su servicio.

Por tanto durante miles de años las mujeres sanadoras han sido consideradas, salvo excepciones, que las hubo, personas al servicio de los hombres. Lerda Gerner⁵ explica muy bien cuando se inició el patriarcado íntimamente asociado a la violencia y a las guerras. Quienes ganaban, trataban de diferente forma a hombres y a mujeres vencidos: algunos hombres se salvaban y pasaban a ser esclavos; a otros los mataban. Sin embargo a las mujeres jóvenes las violaban y pasaban a ser esclavas y madres de los hijos que daban al dominador. Por tanto la mujer tenía un difícil papel a la hora de rebelarse del que era su dominador y a la vez padre de sus hijos. No podía pensar solo en su vida y en su libertad, sino también en la de sus hijos e hijas. Miles de años de dominación de las mujeres no se quitan fácilmente de nuestra cultura y hace falta “de construir” muchas ideas y conceptos para volverlos a construir. Yo sostengo que tenemos una mente todavía colonizada por el patriarcado; una mente que secundariza a las mujeres⁶. Esto se da en hombres en mayor medida, pero también en mujeres, por ello hay que revisar nuestras conductas. “Hay algo que no sé qué es pero no me acaba de convencer esa candidata” ¿No será que es simplemente el hecho de que al ser mujer, te da menos confianza a priori?

Dentro de reconocimiento está la *Formación*. Tenemos pocos testimonios acerca de que pensaron y escribieron las mujeres, pero es lógico porque cuando hablamos de Historia estamos hablando de poco más de 2000 años. En el mundo clásico de la antigua Grecia y Roma las mujeres ya tenían el mandado de género de estar en la casa y al servicio de la familia o de esclavas. En el siglo XII se crearon las Universidades y no se permitió la entrada a las mujeres. Esto provocó protestas entre los siglos X y XIV; gracias a los trabajos historiadoras feministas como Milagros Rivera⁷ y Sandra Ferrer⁸ hubo lo que se llamó “La

³ Martínez Santos, Yolanda. La Escuelas de ATS en España 1953 a 1980. Estudio de las escuelas del distrito universitario de Zaragoza. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza 2017.

⁴ Iglesias Aparicio Pilar. Mujer y salud: las escuelas de medicina de mujeres de Londres y Edimburgo. Tesis doctoral. Universidad de Málaga. 2003.

⁵ Gerner Lerda. Los orígenes del Patriarcado. Barcelona. Ed. Crítica. 1990

⁶ Germán Bes Concha. Mesa redonda. V Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería y III Foro I+E se debatió sobre los saberes enfermeros y el impacto social del conocimiento. Granada. Noviembre de 2016. Fundación Index. <http://www.index-f.com/para/n25/sumario.php>

⁷ Rivera Garretas Milagros. La diferencia sexual en la historia. Valencia. Ed. Universidad de Valencia. 2005.

⁸ Ferrer Sandra. Mujeres silenciadas en la Edad Media. Punto de vista editores. S.L. 2016

querella de las mujeres". Un debate que abarcó desde España a Alemania en el que el tema central era que querían instruirse. Un ejemplo es la reina Isabel de Castilla que sabía leer y escribir y participo en ese debate. La feminista y literata Anna Caballé⁹ ha estudiado el feminismo en España desde la instrucción y figuras importantes como Teresa de Jesús y otras posteriores. El Renacimiento fue época oscura para las mujeres, la ciencia era androcéntrica, las profesiones se masculinizan del todo y a las mujeres, muchas sanadoras, se las quema o se las ahorca. Avanzamos en el tiempo y seremos calificadas de auxiliares.

Desde principios de los noventa, la demanda número uno de las ATS era conseguir mantener los estudios universitarios. Aunque no es motivo central de esta comunicación este tema, permítanme que les diga que la Enfermería Española en sus tres titulaciones nació en la Universidad en 1857 con la Ley Moyano para Practicantes y Matronas y en 1915 para Enfermeras. Las recientes tesis de Isabel Blázquez Ornat sobre practicantes¹⁰, los de Carmen Rojo sobre Matronas en Soria, de Yolanda Martínez Santos sobre ATS y los trabajos de Natalia Becerril sobre Enfermeras y de Ana Belén Subirón sobre Matronas, todos ellos centrados en el distrito universitario de Zaragoza, nos permiten afirmar que, nuestros estudios ya estaban en la Universidad antes del Diplomado en Enfermería. Lo que hubiera pasado si no se hubiera logrado el DUE es que se hubieran establecido los estudios de Formación Profesional para la mayoría del colectivo y posiblemente un minoría hubiera tenido acceso a la Licenciatura. Esta fue la primera oferta del Ministerio de Educación que fue rechazada por la Mayoría. Se consiguió en el verano de 1977 el decreto de Escuelas Universitarias de Enfermería, tras un año de numerosas negociaciones¹. Las primeras escuelas con el nuevo plan de estudio se iniciaron al curso siguiente 1978/79 y las primeras promociones de Diplomados Universitarios de Enfermería (DUE) salieron en 1981. Por tanto este año se producen los 40 años del logro legislativo de los estudios del DUE. Lo que supuso que la enfermería generalista estuviera toda ella en el nivel universitario con la ley de educación de 1970. En 1977 solo 14 de las 193 Escuelas eran verdaderamente públicas y el resto del INSALUD, Diputaciones y Cabildos, Ayuntamientos, Iglesia y privadas funcionaban como privadas³. Es decir, cada una tenía sus propias tasas, reglamento, internado y eran manos de obra gratuita para sus hospitales. Un negocio para el Estado que hubiera permanecido hasta hoy. Algo semejante pasa en algunos países como Alemania¹¹ La situación europea es muy compleja, solo Noruega y España tenemos el 100 % de los estudios Universitarios para enfermeras generalistas.

La meta de permanecer en la Universidad y poder hacer todo la carrera universitaria también se pensó 1976-7, pero era poco probable. Con la entrada en Europa y en el proceso Bolonia se logró toda la carrera Universitaria y al día de hoy tenemos un parte

⁹ Caballé Anna. Historia del feminismo en España: la lenta conquista de un derecho. Madrid. Cátedra. 2013.

¹⁰ Blázquez Ornat Isabel. La construcción de la profesión de Practicante en Aragón: 1857-1936. Tesis doctoral Universidad de Zaragoza. 2015

¹¹ Robinson Sara and Griffith Peter. Nursing education and regulation: international profiles and perspectives. National nursing research unit. London 2007. www.kcl.ac.uk/schools/nursing/nru

importante del colectivo con ella. Muchas enfermeras hicieron licenciaturas para acceder al doctorado y tener puestos relevantes en la docencia, en la Investigación y en la Gestión. Cada día hay mayores demandas para el acceso a la Universidad Pública lo que pone en peligro el futuro del profesorado. Esto solo me llevaría a una ponencia que ahora no puedo desarrollar en este espacio.

La Redistribución

“Tanto vales, tanto de pago”. Obviamente, si éramos profesiones auxiliares no se nos podía pagar lo mismo que a los superiores. Sin embargo nosotros tuvimos dentro de nuestro colectivo una gran paradoja, la del Técnico de Grado Medio (TGM). Este concepto se asociaba a los Practicantes que durante años lo reivindicaron en la revista “Medicina y Cirugía Auxiliar”, sin embargo no se les aplicaba. A las Enfermeras se las asoció desde principio de siglo XX con los hospitales. En los planes de desarrollo de Franco de 1952 debía haber un hospital en cada provincia, lo que hizo que hicieran falta muchas enfermeras. Esta enorme demanda hizo que se crearan escuelas pero no por parte del estado sino privadas. Con las alumnas internas –por ley- y haciendo prácticas las 24 horas, las entidades sacaban beneficios. Pero una vez tituladas no se les iba a pagar como TGM. Los Practicantes ocupan el espacio rural y urbano periférico. En el hospital no estaban a pie de cama. Las Enfermeras iban ganando en prestigio y salían más baratas. Los Practicantes litigaban contra las Enfermeras y perdían, por ello en 1951 decidieron proponer el título de Ayudante Técnico Sanitario Único³. En 1953 salió el de ATS. Ahora todos, incluidas las Matronas tenían la misma titulación e iban a cobrar el mismo salario. Durante todo el tiempo que duraron los estudios de ATS (1978-1981), se aplicó el coeficiente 1,9 equivalente a obreros cualificados.

Quedaba pendiente la convalidación de las Enfermeras anteriores a ATS. Hasta donde hemos logrado averiguar, hubo varias promociones de Enfermeras que tenían 3 años de estudios antes de ATS. Años que se cumplían estrictamente. No siempre sucedía así con los Practicantes que, en la enseñanza libre, cosa que no se permitía a las Enfermeras, obtenían titulaciones con la firma de médicos¹². Sin embargo las Enfermeras no habían logrado la convalidación a pesar de los litigios emprendidos. Fue otro logro de la CN a final de su periodo en 1978-9¹³. Por fin, todo el colectivo de practicantes, matronas y enfermeras tenían los mismos derechos. Con el logro del 3,6 se cumplió la ley de proporcionalidad de cobrar el 75% del inmediato superior. ¿Cuál es la situación en el momento actual?. Problemas importantísimos que nos afectan son: la precariedad laboral de la plantilla; es la tasa de enfermeras por población y por camas comparadas con las medias europeas.

¹² Germán Bes Concha. Una enfermera veterana con inquietudes de cambios. *Temperamentum*. 2011. Año 7, 14. Biografía de Roser Tey. Directora de la Escuela de Enfermeras de Santa Madrona.

¹³ Opus cit. Nº 1. Germán Bes Concha. En 1970 Aurora López enfermera de la Junta del colegio de Madrid informo que en el MEC se había presentado 11.480 solicitudes de Facultad y 174 que no lo eran. Pág. 187.

La pregunta actual es: ¿Para la plantilla estable se siguen los mismos criterios del 75% de hace 38 años? Para ello he preguntado a colegas en activo que son fijas. Sabemos que hay diferencias entre unas y otras Comunidades Autónomas. En Aragón los salarios netos están en torno a:

1. Enfermera con turnos en el hospital sin trienios, ni complementos, cobra en torno a 1800-1900 € dependiendo de las guardias que le toquen.
2. Enfermera con turnos de mañana o tarde fijos sin trienios, ni complementos, cobra 1500 €.
3. Enfermera de Equipo de Atención Continuada (guardias de fines de semana) cobra en torno a 2.200 €
4. Enfermera de atención primaria, sin trienios, ni complementos, cobra 1900 €
5. Médico adjunto hospitalario, sin trienios, ni complementos, cobra en torno a 2.500, depende de guardias.
6. Médico de atención primaria, sin trienios, ni complementos, cobra en torno a 3.000 €.

Si hacemos los cálculos veremos que si se da más o menos el porcentaje del 75% en los que se refiere a salario base sin complemento de puestos de trabajo, ni antigüedad. Por tanto las mayores desigualdades se dan en las condiciones de trabajo, versus plantilla, estabilidad y en los complementos.

Representación

Si tienes una imagen secundaria y ganas poco dinero es obvio que no tiene poder representativo. Durante miles de años a las mujeres se les vetó el poder dirigir, si bien hubo algunas excepciones. Concepción Arenal recogió numerosos nombres de los hospitales durante varios siglos en los que hubo varias mujeres. P.e. Doña Hodierna de la Fuente que creó el hospital de La Seo en 1152¹⁴. Sin embargo, la figura de “la mujer con la pata quebrada y en casa” que era el mandato de género del franquismo, ha sido muy constante en nuestra historia y por supuesto en la de las enfermeras.

Hemos revisado las Juntas directivas de los colegios profesionales y hemos encontrado los siguientes resultados con fecha de Febrero de 2017. De los 53 colegios no tenemos datos de 2 (3,77%) Las cifras vistas globalmente no se alejan mucho de los que se considera la brecha de género que se sitúan entre un 40 y un 60 % de la población general. Población general en la que la mitad son mujeres y la mitad hombres. Sin embargo en la población enfermera la población se sitúa en una media de 80 % mujeres - 20 % hombres. Por tanto las cifras ya se desvían notablemente.

¹⁴ Arenal Concepción. La beneficencia, la filantropía y la caridad. Libro publicado en 1861 en Madrid. Publicado por el real colegio de sordomudos y ciegos. Otras mujeres importantes por fundar hospitales fueron Doña Balesquida Giráldez de Oviedo 1232; Doña Magdalena de la Cañada en Teruel en 1333.

Representación	Mujeres	% de ME	Hombres	% HE
Presidencia	21	39,6	30	56,6
Secretaría	31	58,5	20	37,7
Tesorería	26	49,0	23	43,4

Como además hay notables diferencias de género entre unas provincias y otras; así por ejemplo Navarra suele estar entre el 5-10% y las provincias andaluzas en torno al 20% o más. Por tanto habría que ver la paridad de género por provincias o al menos por CC.AA.

En cuanto a la representatividad institucional sí que hemos realizado algunos avances con respecto a épocas anteriores. La primera Enfermera Gerente de Área de Atención Primaria de Madrid con título de Bachelor (licenciada en Enfermería por la Hogen School). Hoy doctora fue Carmen Ferrer Arnedo¹⁵. Posteriormente pasó a ser Gerente del Hospital Guadarrama de Madrid. Además debemos de señalar la creación de la Fundación Index¹⁶ de Granada cuyo presidente es Manuel Amezcua Martínez, hoy también doctor. Sin duda me dejo muchos nombres, pero también se sale de este breve trabajo realizar una investigación exhaustiva.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los estudios de Linda Aiken¹⁷ nos mostraron en 2014 al menos dos importantes resultados. Por un lado que solo Noruega y España teníamos la enfermera generalista con nivel universitario. Por otro, que a mayor nivel de instrucción mayor seguridad de los pacientes. Resultados similares se ven en otros estudios internacionales, en los que además destaca el tener las ratio más bajas de enfermera por pacientes¹⁸. Las peores ratios de Europa se mantienen desde hace años y solo somos superados por Letonia¹⁹.

¹⁵ Carmen Ferrer Arnedo logró la libre elección de enfermera en Madrid. Su nombramiento como gerente de Atención primaria sí pertenecer a ningún partido político se debe a la confianza de dos mujeres médicas Ana Sánchez y Patricia Flores. Es también la única enfermera coordinadora científica de la estrategia de la cronicidad. A modo de ejemplo citaremos algunos nombres de enfermeras y enfermeros en cargos políticos con representación en Cortes como Rosa M^a Alberdi; con cargos de direcciones generales por su filiación política y/o porque tenían licenciatura. Es el caso de M^a de la O Jiménez en Sevilla, Merche Carreras, DUE y licenciada en música que tuvo Direcciones Generales en la Rioja y luego en Galicia. Matilde Cortes, José Ramón Mora. La Comunidad Andaluza legisló que hubiera cargos de direcciones de Centros de Salud de Enfermeras y Trabajadores Sociales además de Médicos.

¹⁶ Fundación Índex de Enfermería. Dedicada a la Investigación, formación en Técnicas Cualitativas y gestión bibliográfica. El entorno Cantárida recoge más de 3^o revistas. Gestiona la Base de Datos CUIDEN y los índices de impacto "Cuiden citación" reconocidos como válidos para el CV investigador en Brasil. Ver: www.inde-f.com

¹⁷ Aiken Linda and Col. <http://www.rn4cast.eu/en/newsitem.php?news=35>. Estudio multicéntrico en el que participaron varios países de todo el mundo y Europa, entre ellos España. Maite Moreno fue la representante del Instit^o Carlos III

¹⁸ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4631674/> Ya en 2008 el diario La Vanguardia publica la necesidad de aumentar 15.000 enfermeras en Cataluña para lograr la tasa europea 8,4 enfermeras por cada mil habitantes y 5,8 en Cataluña

¹⁹ Beltran Merce. Cataluña necesita 15.000 enfermeras. La vanguardia 10 de julio de 2008. Pag. 27

Pese a ello hemos avanzado mucho en el ámbito académico, tenemos centenares de enfermeras con tesis doctorales; Tenemos la primer enfermera “Cum Laude” Rosa M^a Alberdi en 2016 por la Universidad de Murcia; y en el ámbito de la representación me atrevería a decir que también tenemos enfermeras en importantes niveles de responsabilidad. Quizás donde hay necesidad de mayor cambio es en la organización colegial. Recientemente un trabajo²⁰ realizado por la Asociación Nueva Enfermería presentaba resultados semejantes a los obtenidos por nosotras. Es necesario que haya renovación por los colegas más jóvenes y en general muy bien preparados.

Los cuidados y la sanación han sido prácticas ancestrales para las mujeres. Las enfermeras y enfermeros hemos heredado gran parte del cuidado, pero para muchas personas al día de hoy seguimos siendo auxiliares, es decir, colocadas en una posición secundaria. Eso sí, aunque no se diga porque no es políticamente correcto. Recientemente el periodista Carles Capdevila decía estas palabras: “He necesitado estar enfermo para descubrir a las enfermeras... es un colectivo que aguanta y humaniza la medicina y que demuestra cada minuto que cuidar es mucho más que curar” Como él hay cada día más personas que se animan a cambiar esa imagen invisible de los cuidados y realizan numeroso testimonios en la radio; como cuando una enfermera María Goretti denuncia la falta de vacunas para embarazadas en Madrid y es destituida²¹.

²⁰ <http://www.enfermerianueva.com/index.php/2015/09/24/sesgo-de-genero-en-los-colegios-de-enfermeria/>

²¹ http://cadenaser.com/emisora/2017/02/02/ser_madrid_sur/1486033027_542223.html

LA PROYECCIÓN SOCIAL DEL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE CANTABRIA

THE SOCIAL PROJECTION OF THE COLLEGE OF NURSING OF CANTABRIA

Alexandra Gualdrón Romero

Servicio Cántabro de Salud

Rocío Cardeñoso Herrero

Servicio Cántabro de Salud

Ana Manzanos Gutiérrez

Servicio Cántabro de Salud

PALABRAS CLAVE: Rol Profesional, Colegios Profesionales, Atención de Enfermería

KEY WORDS: Professional Role, Specialty boards, Nursing Care

RESUMEN: Estudio descriptivo de una de las líneas estratégicas del Colegio de Enfermería de Cantabria, como herramienta para la creación y el desarrollo de los grupos de trabajo y la potenciación de las sociedades científicas Enfermeras.

Objetivo: describir la proyección social del Colegio de Enfermería de Cantabria a través de la creación de grupos de trabajo Enfermeros y su contribución al cuidado de la sociedad actual.

Resultados: se han creado y desarrollado desde el año 2012, 7 grupos de trabajo de las diferentes especialidades y se ha potenciado el desarrollo de 4 sociedades científicas.

Conclusiones: La creación de grupos y sociedades científicas ha aumentado la visibilidad de las competencias Enfermeras y el impacto de los cuidados percibidos por la sociedad en general, siempre posibilitando el crecimiento y desarrollo de la disciplina enfermera.

ABSTRACT: Descriptive study of one of the strategic lines of the College of Nursing of Cantabria, as a tool for the creation and development of working groups and the empowerment of scientific societies Nurses.

Objective: to describe the social projection of the College of Nursing of Cantabria through the creation of work groups Nurses and their contribution to the care of the current society.

Results: 7 working groups of the different specialties have been created and developed since 2012 and the development of 4 scientific societies has been strengthened.

Conclusions: The creation of groups and scientific societies has increased the visibility of nurses competencies and the impact of care perceived by society in general, always allowing the growth and development of nursing discipline.

INTRODUCCIÓN

La función de los Colegios Profesionales están regulados en nuestro país por la Ley 2/1974 de 13 de febrero. A lo largo de estos años se han ido introduciendo algunas modificaciones como la correspondiente al apartado 3 por el art. 5.1 de la Ley 25/2009, de 22 de diciembre. En concreto, en la sección que hace referencia a los Servicios profesionales se especifica *“Son fines esenciales de estas Corporaciones (.....) la protección de los intereses de los consumidores y usuarios de los servicios de los colegiados (.....)”*.

Así, teniendo en cuenta el marco legislativo, una de las estrategias de actuación de los Colegios Profesionales de Enfermería debe estar dirigida a la organización de actividades formativas que contribuyan a la salud de los ciudadanos.

OBJETIVO

Describir la proyección social del Colegio de Enfermería de Cantabria a través de la creación de grupos de trabajo Enfermeros y su contribución al cuidado de la sociedad actual.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este trabajo, se ha realizado un estudio descriptivo de una de las líneas estratégicas del Colegio de Enfermería de Cantabria, como herramienta para la creación y el desarrollo de los grupos de trabajo y la potenciación de las sociedades científicas Enfermeras, con el fin de fomentar el crecimiento profesional y garantizar la proyección social al cuidado de la sociedad actual.

RESULTADOS

Entre los resultados obtenidos se encuentran que se han creado y desarrollado desde el año 2012, 7 grupos de trabajo: Comité de competencias, Grupo de Enfermería integrativa, Grupo de Sujeciones, Salud Mental y Geriátrica, así como de las diferentes especialidades de Enfermería. Asimismo, se ha potenciado el desarrollo de cuatro Sociedades Científicas: Enfermería Pediátrica, Comunitaria, Trabajo y Matronas.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos demuestran que la creación de estos grupos y sociedades científicas han dado sus primeros frutos con la celebración de Jornadas científicas, formación a los propios profesionales, actualización de conocimientos. Además, esto ha favorecido el establecimiento de convenios de colaboración con instituciones locales para proyectos de educación para la salud escolar, y la cooperación internacional.

Aunque aún no se han cuantificado las intervenciones realizadas en la población, se evidencia la visibilidad de las competencias Enfermeras y el impacto de los cuidados percibidos por la sociedad en general, siempre posibilitando el crecimiento y desarrollo de la disciplina enfermera.

FUENTES

Archivos del Colegio de Enfermería de Cantabria.



Parte Segunda

Los Colegios Profesionales de Enfermería
en su contexto histórico (siglos XIX-XX)





Capítulo 3

Los grandes cambios en la Enfermería contemporánea



**LA ENFERMERÍA DURANTE EL REINADO DE ISABEL II. MARCO
LEGISLATIVO DE LA PROFESIONALIZACIÓN ENFERMERA EN ESPAÑA**

**NURSING DURING THE REIGN OF ISABEL II. LEGISLATIVE BACKGROUNDS
OF NURSE PROFESSIONALIZATION IN SPAIN**

José Antonio Sánchez Miura

Instructor de Soporte Vital. Doctorando en Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla
Personal eventual del Servicio Andaluz de Salud

Rocío Romero Castillo

Técnico de investigación de la Fundación Pública Andaluza para la Gestión
de la Investigación en Salud de Sevilla. Personal eventual del Servicio Andaluz de Salud
Doctoranda en Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla

PALABRAS CLAVE: Historia de la enfermería, Matronas, Legislación sanitaria

KEY WORDS: History of nursing, Midwives, Health legislation

RESUMEN: El objetivo de estudio fue analizar los cambios legislativos más importantes llevados a cabo en materia sanitaria durante el reinado de Isabel II. Durante este periodo se produjeron profundos cambios legislativos que sentaron las bases de la profesionalización de la enfermería en la España contemporánea. Se aprobó la primera Ley General de Sanidad (1855), la cual reservaba a enfermería un papel crucial en materias como salud pública, vacunación y sanidad interior. La conocida como Ley Moyano (1857) y su marco legislativo de 1861 definieron, desde un punto de vista reglamentario, las profesiones de practicante y matrona en España.

ABSTRACT: The aim was to analyze the most important legislative changes carried out in health matters during the reign of Isabel II in Spain. During this period many laws were changed, what laid the basis of the professionalization of nursing in modern period in Spain. The first General Health Law (1855) was approved, which reserved to nursing a crucial role in sanitary matters as public health, vaccination and internal health. The Law known as Moyano's Law (1856) and its legislative framework of 1861 defined, from a legal point of view, the nursing profession in Spain.

INTRODUCCIÓN

Mientras Francia e Inglaterra se veían envueltas en la cruenta guerra de Crimea para prestar apoyo a sus aliados turcos, España se encontraba envuelta en una terrible crisis política¹. En un periodo marcado por las luchas de poder entre Narváez y el general O'Donnell, desamortizaciones agrarias y reformas constitucionales², la reina Isabel II promulgó y firmó diversas leyes que, pretendiendo mejorar la situación de la sanidad española, vinieron también a regular el papel de la profesión enfermera.

La Ley General de Sanidad de 1855, la Ley de instrucción pública de 9 de septiembre de 1857, o Ley Moyano, y la Real Orden de aprobación del reglamento para la enseñanza de practicantes y matronas de 1861 fueron las enmiendas más destacadas durante el reinado de la monarca en materia de sanidad, y más específicamente desde el punto de vista enfermero.

Fue también durante este periodo histórico cuando el hombre de negocios y filántropo Henri Dunant, en el contexto de la batalla de Solferino, en pleno proceso de unificación de Italia, fundó en Suiza la organización Cruz Roja Internacional³, hecho que se mostraría decisivo, por su papel relevante, en la tendencia asistencial de los países europeos de la época.

Todos estos acontecimientos hacen de la segunda mitad del siglo XIX un periodo de gran interés para el estudio de las bases de la profesión enfermera en España, así como de su contextualización, tanto internacional como a nivel nacional, dentro de la sociedad beneficiaria de sus cuidados, más concretamente en el marco legislativo de la misma.

OBJETIVOS

Analizar, mediante el estudio de los documentos conservados de la época, los cambios legislativos más importantes llevados a cabo en materia de sanidad durante el reinado de Isabel II en España.

METODOLOGÍA

Este trabajo se ha llevado a cabo mediante dos procesos metodológicos bien diferenciados, los cuales han servido para conformar los resultados del mismo.

En primer lugar, se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos más importantes en ciencias de la salud (Dialnet, Cuiden, Scielo, PubMed), proceso del que se obtuvieron 47 resultados. De todos ellos fueron seleccionados, por afinidad temática y acceso a texto completo, únicamente 3 artículos y 2 tesis doctorales, a los que hay que añadir 2 libros que fueron obtenidos en la Biblioteca de Fondos Antiguos de la Universidad de Sevilla.

Posteriormente, y en concordancia con la naturaleza cualitativa de este estudio, se realizó una búsqueda de documentación y fuentes primarias en la Biblioteca de Fondos Antiguos de la Universidad de Sevilla, en el Archivo Histórico de la Diputación de Sevilla y los fondos digitalizados del Archivo Histórico del Ilustre Colegio de Enfermería de Madrid.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Es durante el periodo de incertidumbre política e inestabilidad social propia del siglo XIX en España cuando la reina Isabel II firmó en 1855 la primera Ley General de Sanidad española, texto elaborado por el ministro Segismundo Moret por el que se pretendía regular la sanidad del país con carácter general. Esta primera Ley General de Sanidad de 1855 supuso grandes avances para el sistema sanitario español, incluyendo una serie de medidas innovadoras como la creación de la Dirección General de Sanidad, órgano encargado de realizar una gestión centralizada de la sanidad (estando vinculado al Ministerio de Gobernación). Además, la ley recogía artículos encargados de regular funciones técnico – administrativas donde las enfermeras desempeñaba un papel destacado (sanidad marítima, sanidad interior, uso de medicamentos, higiene pública y vacunación)⁴.

Posiblemente por presiones del colectivo médico, quienes relacionaban el elevado número de muertes puerperales existente con la escasa formación de las matronas, la reina sancionó varios años más tarde la Ley de instrucción pública del 9 de septiembre de 1857, más conocida por el apellido del ministro que la elaboró, Claudio Moyano y Samaniego.

La Ley Moyano, promulgada en la *Gaceta de Madrid* (véase Anexo nº 1), supuso un cambio drástico para la enfermería española por dos motivos. En primer lugar, regularizaba la enseñanza de matronas y practicantes mediante los artículos 40 y 41, definiendo sus funciones, competencias y conocimientos específicos. En segundo lugar, esta ley tuvo una gran repercusión en el mundo de la educación al introducir novedades como la gratuidad relativa de la enseñanza primaria, la centralización y, sobre todo, se comenzaba a hablar de cierto grado de secularización de la enseñanza. Todas estas medidas resultaban positivas para una enfermería española cada vez más profesional, instruida y competente^{5,6}.

Para completar el marco legal de la Ley Moyano se promulgaba, con fecha del 28 de noviembre de 1861, la Real Orden que aprobaba el reglamento para la enseñanza de practicantes y matronas en la que se detalla, mediante un total de 51 artículos, todo lo referente a su formación⁷. Esta ley autorizó, en su artículo primero, la enseñanza de practicantes y matronas únicamente en Madrid, Barcelona, Granada, Santiago, Sevilla, Valencia y Valladolid (Véase Anexo nº 2).

Mirando hacia los países vecinos de Europa, y dos años más tarde de la publicación de la Real Orden antes mencionada, el hombre de negocios y filántropo Henri Dunant, impresionado por la ferocidad de la batalla de Solferino, en el contexto del proceso de unificación italiana, fundaba en Suiza la organización Cruz Roja Internacional, que nació en 1863 con la idea de prestar atención sanitaria de carácter neutral en los conflictos bélicos, para mejorar las condiciones de los heridos y afectados³.

En esa misma fecha la recién creada organización ofrece la *I Conferencia Internacional de la Cruz Roja*, evento que se extendió del 26 al 29 de octubre y al que asistió una comitiva del gobierno español. Fruto de esta intervención española en la conferencia, Hernández Conesa y Segura López señalan que España se adhería al año siguiente (1864)

al “convenio de Ginebra para mejorar la suerte que corren los militares heridos de los ejércitos en campaña” o más conocido como “*primer convenio de Ginebra*”, siendo la séptima nación en hacerlo.

CONCLUSIONES

El reinado de Isabel II trajo profundos cambios legislativos que sentaron las bases de la profesionalización de la enfermería en la España moderna. Se aprobó la primera Ley General de Sanidad (1855), por la que se pretendía regular la sanidad del país. Esta Ley reservaba a enfermería un papel crucial en materias como salud pública, vacunación y sanidad interior. La conocida como Ley Moyano (1856) y su marco legislativo de 1861 definieron, desde un punto de vista reglamentario, y por primera vez con carácter oficial, la profesión enfermera en España, su formación y competencias. Al mismo tiempo, comienza a gestarse la Cruz Roja Española tras la firma del convenio de Ginebra (1864).

BIBLIOGRAFÍA

1. García Cárcel R. La construcción de las Historias de España. Madrid: Marcial Pons; 2004.
2. Comellas J. Historia de España Contemporánea. Madrid: Rialp; 2009.
3. Hernández J, Segura G. (2013). La formación de las Damas Enfermeras de la Cruz Roja durante la Guerra Civil Española (1936-1939). *Index de Enfermería*. 2013; 22(3): 180-86.
4. Morales Villena A. Género, mujeres, trabajo social y sección femenina. Historia de una profesión feminizada y con vocación feminista [tesis magistral]. Granada: Instituto Universitario de Estudios de la Mujer, Universidad de Granada; 2010.
5. Román Sánchez J, Cano González R. La formación de maestros en España (1838-2008): Necesidades sociales, competencias y planes de estudio. *Educación XXI*. 2008; 11: 73-101.
6. García Martínez M, García Martínez A. La enseñanza de la enfermería urológica en la primera escuela de enfermeras de España. *Enfuro, Asociación Española de Enfermería en Urología*. 2012; 123(1): 8-14.
7. Germán Bes C. Historia de la institución de la enfermería universitaria. Análisis con una perspectiva de género [tesis magistral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2006.

Anexos

Anexo nº 1. Ley de Instrucción Pública del 9 de septiembre de 1857. "Ley Moyano".
Fotografía tomada por el autor del trabajo.



Anexo nº 2. Extracto de la Real Orden del 28 de noviembre de 1861. Regulación de las profesiones de practicante y matrona. El texto completo puede ser consultado en: Ilustre Colegio de Enfermería de Madrid: <http://www.codem.es/planes-de-estudio-2/1861-real-orden-de-21-de-noviembre-practicantes-y-matronas>.

MINISTERIO DE FOMENTO

(21 Noviembre: publicada en 28 del mismo)

Real orden, aprobando el reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas.

Ilmo. Sr.: En cumplimiento de los artículos 40 y 41 de la ley de 9 de septiembre de 1857, y con presencia de lo informado por el real Consejo de Instrucción pública, S.M. la Reina (Q.D.G.) se ha servido aprobar el siguiente

REGLAMENTO

Para la enseñanza de Practicantes y Matronas.

TÍTULO PRIMERO

De los establecimientos donde se autoriza la enseñanza, gobierno de esta y profesiones que han de dar.

CAPÍTULO PRIMERO.

De los establecimientos y su designación.

Artículo 1.º La enseñanza de Practicantes y Matronas ó Parteras se autoriza unicamente en Madrid, Barcelona, Granada, Santiago, Sevilla, Valencia y Valladolid.

Podrán dar la de Practicantes todos los hospitales públicos, ya sean provinciales, municipales ó de otra clase cualquiera, en las poblaciones espresadas, siempre que tales establecimientos no bajen de 60 camas, habitualmente ocupadas por mas de 40 enfermos.

En las mismas poblaciones podrán dar enseñanzas de Parteras ó Matronas las casas de Maternidad ó los hospitales donde haya sala de partos.

Art. 2.º Los establecimientos en que se deban hacer los estudios, así de Practicantes como de Matronas, serán previa y necesariamente designados al efecto por los rectores de los respectivos distritos universitarios.

Art. 3.º En el dia 1º de Setiembre y Marzo de cada año anunciarán los Rectores, por medio de los Boletines oficiales de las provincias de su distrito, cuáles son los establecimientos habilitados en ellas para la enseñanza de Practicantes y Matronas, espresando que reúnen todos los requisitos prevenidos.

Art. 4.º Los estudios hechos fuera de los establecimientos préviamente señalados por los Rectores, no tendrán validez.

EL ANTICLERICALISMO EN EUROPA COMO GERMEN DE LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA. DUALIDAD ENTRE MODELO FRANCÉS Y ESPAÑOL

ANTICLERICALISM IN EUROPE AS A GERM OF THE PROFESSIONALIZATION OF NURSING. DUALITY BETWEEN FRENCH AND SPANISH MODELS

Eladio J. Rolo Carrón

Enfermero de M.I. en el H.U.M.V. Grado en Geografía e Historia
Máster en Dirección y Gestión

Elena Pérez Martín

Enfermera de M.I. en el H.U.M.V. Profesora Asociada de la U.C.

Zahira Martínez Castrosín

Enfermera en el H.U.M.V.

PALABRAS CLAVE: anticlericalismo, enfermería, laicización, secularización.

RESUMEN: En la Europa de finales de siglo XIX y principios del XX, surge una corriente reaccionaria contra la esfera de poder que ejercía la Iglesia en casi todos los aspectos de la sociedad, entre ellos la asistencia y el cuidado de los enfermos, con un sistema basado en la caridad y la beneficencia. En los países protestantes y anglicanos comienza el desarrollo de la enfermería no practicada por religiosas, cosa que no ocurre en los países católicos, en estos últimos el impulso de secularización, empujado por un anticlericalismo de diversa índole, conlleva cambios esenciales en la profesionalización e instrucción de enfermeras laicas.

KEY WORDS: anticlericalism, nursing, laicization. secularization.

ABSTRACT: In the Europe of the late nineteenth and early twentieth Centuries, arises a stream of reactionary against the sphere of power of the Church exercised in almost all aspects of society, including the assistance and care of the sick, with a system based on charity and beneficence. Anglican and Protestant countries begins the development of nursing not practiced by religious, something that does not occur in the Catholic, is in the latter where the momentum of secularization, pushed by an anti-clericalism of various kinds, involves essential changes in the professionalization and instruction lay nurses.

INTRODUCCIÓN

La hipótesis que plantea esta comunicación pretende exponer, como una corriente, en múltiples ocasiones violenta, no solo modifica el panorama de la asistencia socio-sanitaria europea, sino que mediante la chispa anticlerical, se crea la enfermera laica instruida y competente en el cuidado del enfermo, los niños, el enfermo mental y las enfermedades de transmisión sexual. En un ambiente libre de simbolismos y carga cultural de la Iglesia, defensora de los valores del antiguo régimen que ya agoniza. Los casos de España y Francia son paralelos cronológicamente, pero con diferentes consecuencias, pues diferentes eran sus respectivas sociedades.

Definición de anticlericalismo

El anticlericalismo no es más que una reacción al clericalismo, entendiéndolo este, de una manera más bien simplista, como el control que ejerce sobre la sociedad la Iglesia, devenida del antiguo régimen, resistente a la corriente secularizadora y la modernidad de dichas sociedades.

En las sociedades europeas de finales del siglo XIX y principios del XX con el avance del librepensamiento y la modernidad de los Estados, la inclusión de la Iglesia en las mismas toma un cariz arcaizante. En países como Francia, España, Italia y Portugal, la Iglesia controla todos los aspectos sociales; entre ellos la asistencia pública equivalente a lo conocido ahora como sanidad. Cierto es que la mayoría de los estudios históricos basan el anticlericalismo en la educación, pero la secularización y laicización de la llamada “cuestión social” no es un tema menor en sociedades cada vez más proletarizadas, dedicadas al trabajo, a una economía expansiva y las necesidades de sistemas de previsión, en caso de enfermedad, muerte o invalidez. Hay que sumar a todo lo anterior, la expansión de la lucha obrera y de ideologías como el socialismo y el anarquismo, que serán en el caso de España, determinantes.

Por lo tanto debemos sumar al término anticlerical los términos laicización y secularización, que no siendo estrictamente homólogos, si coinciden en la búsqueda de un fin común, descartar a la iglesia.

La secularización es el paso de romper con la sacralización de la vida civil con la religiosa y cuando hay una absoluta ruptura con el yugo religioso estaríamos hablando de laicidad, según De la Cueva Merino “Secularización y laicismo, así entendido, serían dos grados del mismo fenómeno”.

¿Cuál es el impacto en el desarrollo de la enfermería? La propia evolución de los Estados modernos y sociedades industrializadas, requiere una modificación del sistema de asistencia social, elementos atávicos como la Iglesia, pilar fundamental del mantenimiento del antiguo régimen, controlan este sistema asentado en la caridad y en la pobreza como medio de control de la sociedad. La sustitución de las religiosas por enfermeras laicas propicia el alcance de los objetivos anticlericales y laicizadores y un impulso a nuevas corrientes científicas y de educación de estas nuevas profesionales, sin el equipaje moral católico.

El anticlericalismo francés. La asistencia pública francesa y el Dr. Bourneville

El Dr Bourneville (1840-1909), médico, político y periodista francés, de profundo carácter anticlerical, ataca desde todos sus perfiles profesionales a las enfermeras religiosas que prestan la asistencia a los enfermos; acusándolas de no respetar las ordenes médicas, de pensar más en el alma que en la enfermedad y el cuerpo, de no hacerlas entender los tratamientos farmacológicos y de no utilizar medidas antihigiénicas, entre otras cosas.

En la calle y prensa francesa los ataques anticlericales son mucho menos moderados, por ejemplo se les acusaba en tiempos de epidemia de favorecer la expansión de las enfermedades con los ropajes característicos del clero.

El Dr Bourneville estudia el funcionamiento de las escuelas de enfermeras en Inglaterra, el sistema de cuidados y organización iniciado por Florence Nightingale. Extendidos por otros países del entorno como Alemania, Suiza, Portugal, todas ellas bajo el impulso laicizador o secularizador.



En París se abre la escuela de enfermeras el uno de abril de 1878 en Le Salpêtrière y el 20 de mayo en Le Bicêtre, el 24 de Mayo de 1880 Pitié y el uno de junio de 1895 Laribosière, todas ellas bajo la autoridad del Consejo Municipal de París. También se abren escuelas en ciudades como Lyon o Burdeos. No solo se crean escuelas de enfermeras laicas para sustituir a las religiosas, sino que el impulso anticlerical lleva a la des cristianización o desacralización de todas las salas de los hospitales, cambiando el nombre y eliminando cualquier “imagen” de religiosidad.



Las enfermeras laicas, fundamentalmente, tenían clases teóricas de anatomía y fisiología (nociones básicas), cirugía, higiene y farmacia. Así como prácticas en los propios hospitales, al final de la instrucción recibían un diploma y entraban a trabajar sustituyendo a las hermanas.

La relación con la Iglesia acaba en el año 1905 cuando la ley de separación de Iglesia y Estado, promulgada por el laicismo, da por hecho la separación entre el Estado y la Iglesia. La corriente de huida del clero y órdenes religiosas de Francia hacia España, produce un aumento de la fuerza clerical en nuestro país, facilitada por la Ley de Asociaciones como veremos más adelante.

La particular sociedad española

La cuestión social

La sociedad española del siglo XIX, es una sociedad de lucha con un marcado enfrentamiento religioso. La reacción anticlerical del sexenio democrático es fácilmente contrastable en la prensa de la época: ser anticlerical no significa ser antirreligioso, sino que se culpa a la Iglesia de apoyar el Antiguo Régimen. En esta época se consiguen varias medidas secularizadoras que conllevan una reacción clerical y resacralizadora de los estamentos y la cultura. Durante la Restauración canovista, la Iglesia recupera gran parte de su influencia política y social con el apoyo de una burguesía establecida en la beneficencia y caridad como solución a la cuestión social ante una evolución del proletariado y el desarrollo de nuevas formas de pensamiento como el anarquismo y el socialismo.

La ley de Asociaciones concreta una función paradójica en su concepto, pues servirá para la inscripción y aumento del clero y para control del asociacionismo sindicalista y del proletariado. Después de la expulsión del clero por la leyes anticlericales francesas, en España, aproximadamente el 1.5 % de la población activa española era clero.

La asistencia a los enfermos por enfermeras laicas no se producirá de manera generalizada, la Iglesia y los estamentos conservadores continúan poniendo trabas al desarrollo de profesiones como la enfermería. En la Restauración se suspende las medidas liberales de enseñanza y se bloquea las posibilidades de estudio de esta profesión, habrá que esperar a políticas y épocas republicanas.

En España la violencia anticlerical toma tintes dramáticos, esto es sin duda respuesta a un intento resacralizador en todos los ámbitos de la sociedad, pero dentro de este conflicto, las religiosas que se ocupan de los enfermos son las que menos sufren este ataque.

Sin duda merece una mención la Escuela de enfermeras del Instituto Rubio en Madrid, fruto del contacto con escuelas inglesas, ya ampliamente estudiado, y así se hace en el extracto de prensa del diario "El Motín", que reproduzco posteriormente en este trabajo.

La enfermera y el anticlericalismo en la prensa española

Aunque tiene poco impacto en las publicaciones, si puede observarse una lucha de motivos sobre la sustitución o no del personal religioso de asistencia de los enfermos.

El Correo Español el viernes 4 de abril de 1902.

"Hermanas de la Caridad, Ahora que se desarrolla en Francia y en España la fiebre de persecución contra las Asociaciones religiosas y el afán de imponer en todo el laicismo.....las segundas (enfermeras laicas) no pueden ser utilizadas convenientemente sino dirigidas y vigiladas con el mayor cuidado.....Estamos persuadidos de que nuestra población vería con gran descontento que se reemplazaran las Hermanas por enfermeras laicas"

Los Dominicales viernes 22 de enero de 1904.

En este semanario de carácter se expone un resumen del Congreso Librepensador

Francés.

“Se acuerdan diferentes conclusiones: 1. Que se proceda al laicismo de todos los establecimientos sin dilación....3. Que las enfermeras religiosas sean reemplazadas por laicas”

Como vemos la influencia en la prensa librepensadora española están reflejados los cambios que se producen en el país vecino.

Diario El Motín jueves 21 de enero de 1909. (De marcado carácter anticlerical).

Nos da una cifra aproximada de religiosas que cuidan de los enfermos, según este periódico son unas 26.430, también deduce su sueldo y propone que enfermeras seglares con su sueldo y trabajo mantengan una familia, luego continua: “ Tendría la ventaja, que a estas enfermeras se les enseñarían principios higiénicos, procedimientos quirúrgicos....sería verdaderos practicantes, con más conocimientos que las hermanas.....ahí están las enfermeras del Instituto Rubio, que son seglares y desempeñan su labor satisfactoriamente....mientras que las religiosas dedicadas a rezos, nada estudian”

Como vemos en estos extractos de prensa de principio de siglo, la enfermera laica o seglar está en el centro de la lucha anticlerical, su inclusión no es de carácter general ni homogéneo y la Iglesia mantendrá su cuota de poder y de control de la sociedad Española.

CONCLUSIÓN

Hemos tratado de exponer de manera muy breve un conflicto muy extenso como fue el conflicto anticlerical europeo y la formación de los nuevos estados modernos, así como la aparición de nuevas maneras de pensamiento para el desarrollo social. La iglesia pretende mantener su influencia mediante el control de la beneficencia, la caridad, la educación y la cultura. La enfermería ha sufrido en Inglaterra un gran desarrollo como profesión y los Estados confesionales son ampliamente resistentes a los cambios. En Francia el anticlericalismo lleva a una laicización, no definitiva, pero sí muy intensa de la asistencia a los enfermos y la creación de un cuerpo de enfermeras laicas formadas en dicha asistencia. En España los periodos secularizadores van seguidos de otros sacralizadores de la vida social, lo que conlleva unos brotes anticlericales violentos, aun así, hay pequeñas semillas que inciden en la formación y sustitución de enfermeras seglares en vez de religiosa

BIBLIOGRAFÍA

- BAHAMONDE, Angel, Historia de España siglo XX 1875-1939, Cátedra, 2000.
- CARASA SOTO, Pedro, Beneficiencia y “Cuestión social”. Una contaminación arcaizante. Historia Contemporánea 29, 2005, 625-670.
- DE LA CUEVA MERINO, Julio, Clericales y Anticlericales. El conflicto entre confesionalidad y secularización en Cantabria (1875 – 1923), Universidad de Cantabria, 1994.
- GATEAUX-MENNECIER, Jacqueline, L’oeuvre medico-sociale de Bourneville, Histoire del sciences médicales nº 1, 2003.
- GONZALEZ IGLESIAS, María Elena; HERRERA RODRIGUEZ, Francisco. Socorro Galán

Gil y las enfermeras del Instituto Rubio. *Temperamentvm* 2016, 24.

- JORGE SAMITIER, Pablo; KOLLY LERÍN, Estefanía. Progreso enfermero ligado a los avances sociales de la segunda república española. *Temperamentvm* 2009, 9.
- LALOUETTE, Jacquelinne. Expulser Dieu: la laicitation des écoles, des hôpitaux et des prétoires. *Mots*, nº27, juin 1991.
- LALOUETTE, Jacqueline, *La République Anticléricale*, Éditions du Seuil, Paris. 2002.
- LA PARRA LÓPEZ, Emilio; SUÁREZ CORTINA, Manuel, *El anticlericalismo en la España contemporánea. Para comprender la laicización de la sociedad*. Biblioteca Nueva. Madrid. 1998.
- REVUELTA GONZÁLEZ, Manuel, *El anticlericalismo español en sus documentos*, Ariel practicum, Barcelona, 1999.
- *El Correo Español*, diario tradicionalista. Viernes 4 de abril de 1902. Madrid
- *Las Dominicales*, semanario librepensador. Viernes 22 de enero de 1904. Madrid.
- *El Motín*, jueves 21 enero de 1909, nº 3. Madrid.

LA PRENSA PROFESIONAL SANITARIA ANTE LA PROPUESTA DE NIVELACIÓN DE TITULACIONES DE 1866

PROFESSIONAL HEALTHCARE PRESS ON THE 1866 LEVELLING OF QUALIFICATIONS PROPOSAL

Ismael Fernández Bonet

Enfermero de Trauma Assistance SL.

Miriam Cobrerros Peñas

Enfermera en paro

Daniel Díaz Villafruela

Estudiante de Enfermería en la Universidad Rey Juan Carlos de Alcorcón (Madrid)

PALABRAS CLAVE: Voz de los Ministrantes, Prensa sanitaria, Practicante.

RESUMEN: La convulsión política, social y económica que sufre España durante el siglo XIX va a tener su reflejo en el ámbito sanitario. En 1866 los Diputados Martín de Herrera y Ortíz de Zárate presentaron en las Cortes un proyecto de reorganización de las numerosas profesiones y categorías sanitarias, el cual va a ser motivo de polémica entre los profesionales de la salud de la época. Para conocer las diferentes posturas y puntos de vista de los sanitarios, analizamos la información que nos brindan los periódicos del sector más representativos de la época.

Las clases sanitarias manifiestan diversos puntos de vista ante la propuesta que fue llevada a las Cortes. Mientras el colectivo médico mostró un enérgico rechazo ante este proyecto, los cirujanos y practicantes defendían tal reforma.

KEY WORDS: Voz de los Ministrantes, Healthcare press, Practicante.

ABSTRACT: The political, social and economic unrest which Spain suffered during the 19th century would have an impact on the healthcare sector. In 1866, the deputies Martín de Herrera and Ortiz de Zárate presented on the Courts a project of reorganisation involving a great number of healthcare professions and categories, which would be a matter of controversy among the healthcare professionals.

In order to understand the positions and points of view, we will analyse the information provided by the most representative newspapers in 19th century.

The healthcare occupational defended many different points of view, about the proposal presented on the Courts. Meanwhile the medical community showed an strong opposition to the proposal, the surgeons and Physician's assistants were partly in favour of the project.

INTRODUCCIÓN

Durante el siglo XIX las titulaciones sanitarias en España vivían en continua confrontación, acusándose entre ellas de intrusismo en las actividades que realizaban. A lo largo de este periodo, fueron muchas las legislaciones que trataron de solucionar la problemática sobrevenida con el gran número de titulaciones clínicas y esta lucha de clases. Los distintos gobiernos que se alternaron en el poder promulgaron diversas legislaciones que propiciaron la aparición de numerosas denominaciones para los profesionales sanitarios. Pero lejos de conseguir el objetivo marcado de reducir las categorías, se produce todo lo contrario.

En el año 1866, el diputado, Cristóbal Martín de Herrera, recogió las peticiones de gran parte de la clase cirujana, a la que se unieron los profesionales de la Cirugía Menor (Ministrantes y Practicantes), elevándolas al Gobierno en forma de propuesta de nivelación de las citadas titulaciones. Este proyecto fue apoyado por el también diputado, Ramón Ortiz de Zárate.

Durante todo el proceso de debate en el Congreso de los Diputados, las diferentes clases sanitarias mostraron su opinión a través de su prensa profesional. Para nuestro estudio se ha elegido un periódico representativo de cada colectivo: *El Siglo Médico*, *El Genio Quirúrgico* y *La Voz de los Ministrantes*. Estos medios de comunicación nos transmiten la acalorada discusión que se entabla entre ellos.

La prensa del Siglo XIX

Las publicaciones periódicas de esta época fomentaron una fuerte conciencia de pertenencia profesional. Entre las publicaciones ya señaladas anteriormente se observan ciertas similitudes en sus contenidos y secciones: artículos prácticos sobre la profesión, información sobre la actualidad de la titulación, o artículos de crítica a la sociedad del momento, así como al resto de categorías clínicas.

El Siglo Médico fue una de las más importantes publicaciones médicas del siglo XIX español, dirigida entre otros por el Doctor en Medicina y diputado en Cortes, Francisco Méndez Álvaro. Esta revista se publicó entre 1854 y 1936 en ediciones semanales. Se dirigía al estamento médico, teniendo como objetivo la formación y defensa de la clase frente al resto de profesiones (1,2).

El Genio Quirúrgico, continuación del antiguo *Eco de los cirujanos*, mantuvo como director al profesor Félix Tajada. Se trata de un semanario facultativo centrado en las profesiones cirujanas, desde el cual se defendía a estas titulaciones, apoyado por otras publicaciones como *El Cirujano Puro*. Siendo estas las que más se hicieron eco de la propuesta de nivelación de Martín de Herrera (3).

La Voz de los Ministrantes, “periódico dedicado a la instrucción y defensa de esta clase y la de practicantes”, fue creada por un grupo de Ministrantes de Madrid y publicada durante los años 1864 a 1866, siendo el órgano oficial del Colegio de Sangradores de Sevilla hasta 1865. Se trata de la publicación más importante del siglo XIX de las profesiones auxiliares de la medicina y la cirugía. Este medio de comunicación pretende imitar la estructura de la prensa profesional de las clases facultativas y aumentar el

conocimiento científico (4).

El Arreglo de partidos médicos

La asistencia sanitaria en el siglo XIX español se entendía en dos grandes grupos: la asistencia pública a pobres y la privada a las clases acomodadas. Para dicho socorro se conformaban los llamados partidos médicos, entidades formadas por asociaciones de vecinos o familias que contrataban los servicios de profesionales sanitarios o sanadores. La necesidad de reforma de esta modalidad de servicio y de, por otro lado, jerarquizar el ejercicio del mismo fue un tema de debate durante todo el siglo XIX.

Pasada parte de la centuria, y tras diferentes debates en torno a la beneficencia y la asistencia para pobres, en 1854 se realiza la primera clasificación de los partidos médicos según si daban cabida a la asistencia para pobres únicamente o al vecindario en general. En este momento los Ayuntamientos se veían obligados a dar una dotación al facultativo encargado del ejercicio a razón de los habitantes y la riqueza del partido (5).

Acercándonos a los años dónde realizamos nuestro estudio, nos encontramos con otra reglamentación, mencionada en la prensa profesional de la época como “Arreglo de partidos médicos”, donde se clasificarán estos según el número de pobres beneficiarios del servicio así como la dotación por realizar este servicio que debía aportar el Ayuntamiento.

Fue este ajuste el que suscitó la movilización de la prensa profesional sanitaria de la época, intentando diferenciar la denominada “sanidad civil”, encargada del servicio gratuito y universal, con el “libre ejercicio” de la profesión, de carácter privado y del que se favorecerían las familias acomodadas.

Pensamiento de los círculos sanitarios

En el camino que desembocará en la propuesta de ley de los diputados Cristóbal Martín de Herrera y Ramón Ortiz de Zárate, nos encontramos con el pensamiento de las clases sanitarias, movido a través del mencionado “Arreglo de partidos”. Poco conformes quedaron los profesionales de la época que proponían diferentes soluciones de cara a esta asistencia clínica.

El Siglo Médico reparaba como un fallo toda la legislación desde la unificación de las ramas de la Cirugía y la Medicina en 1827, así como el completo fracaso al importar la clase practicante desde la vecina Francia (1). Por otro lado, las clases cirujanas, a través de *El Genio Quirúrgico*, señalaban a dicho arreglo como causante de los problemas del socorro en las pequeñas poblaciones rurales (3).

Lejos de estos dos grandes círculos facultativos, se encontraba *La Voz de los Ministrantes* que destacaba la importante ausencia de su clase en la ordenación de los partidos médicos, donde se olvidaban por completo de las clases auxiliares y de designar las plazas que tendrían que ocupar en estos (4).

A partir de ese momento, se alzarán las voces en todas las disciplinas sanitarias pidiendo la creación de una nueva carrera facultativa cirujana de corta carrera, más completa y científica, encargada de realizar esta asistencia. Esta solución estaría justificada por la falta de facultativos para ocupar los partidos más pequeños y de menor

categoría. Esto producía que en varios partidos se tuviera que escoger a ministrantes o practicantes para ocupar estas plazas.

La idea de la falta de profesionales no sería compartida por parte de la clase médica y cirujana. Distinguiremos como el Sr. Domenech, en *El Cirujano Puro*, defiende la nivelación cirujana a la clase médica para suplir esta falta de facultativos, autorizándoles a realizar la asistencia clínica que ya realizaban en los partidos (4). Otro punto de opinión la protagonizaría *La Voz*, diciendo que si ya efectuaban este servicio los profesionales de la Cirugía Menor, por qué no instruirles y autorizarles para seguir haciéndolo.

A su vez, todos los círculos profesionales pedirán la modificación de la Ley de Instrucción Pública de 1861, suprimiendo la enseñanza de la clase de Practicante, considerada como “plaga” por parte de los círculos médico y cirujano (1, 2, 3, 4).

En 1865, serían muchas las exposiciones que tanto la clase cirujana y la auxiliar remitirían a las Cortes señalando estas soluciones. Estas manifestaciones serían recogidas por el diputado Cristóbal Martín de Herrera, quien debatirá abiertamente la necesidad urgente de regular la asistencia sanitaria en España a través de una reforma en las titulaciones. En la idea que propone Herrera en el Congreso el día 20 de Mayo de ese mismo año, los cirujanos deberían unificarse en una sola clase, idea que comparte *El Genio*, para formar la base de lo que sería la nueva clase facultativa. Ante esta idea se opondría Francisco Méndez Álvaro, director de *El Siglo Médico*, una semana más tarde en la continuación del debate, siendo abiertamente criticado por *El Genio* (3).

Días antes los directores de varios periódicos sanitarios se reunían, por mediación de Juan Cuesta y Cherner, director de *La Correspondencia Médica*, para elevar al Gobierno una exposición con las posibles soluciones. Esta reunión, nombrada en *La Voz de los Ministrantes* muestra como intentan desembocar en una salida todas las clases sanitarias, mas solo quedaría en un intento. En una segunda reunión, los representantes médicos desaparecerían dejando tan solo a los representantes de cirujanos puros y menores. Estos llegarían a un escrito en el que propondrían las reformas necesarias para las titulaciones médicas, pero, en última instancia, no se contaría con la opinión de Salvador Villanueva, director de *La Voz* (4).

El proyecto de ley de 1866

En estos meses anteriores a la presentación del proyecto de ley de Herrera y Zárate, podemos analizar la postura de las clases sanitarias a través de su prensa profesional.

La clase médica, abanderada por Méndez Álvaro, contaba con grandes apoyos parlamentarios, contando con el propio Méndez, y luchaban por el bien común que coincidía con el bien de su clase frente a las pretensiones del resto de titulaciones. Uno de las claras ideas que nos dejan en los artículos de *El Siglo* es la necesaria solución a la “plaga de practicantes” que asolaba, según su opinión, el país, señalando que no eran necesarios (2).

Afirmación con la que estaría de acuerdo las diferentes ramas del círculo quirúrgico. Denominándolos “escuderos” en alguna ocasión, veían a estas clases formadas en la Cirugía Menor como innecesarias fuera de su labor auxiliar. La clase cirujana contará con el respaldo dentro del Congreso del diputado Martín de Herrera, quien daría un primer

paso a finales de 1865 hacia la reforma de las titulaciones presentando un proyecto de decreto junto a Félix Tejada y España, colaborador de *El Genio Quirúrgico* (3).

Por último, la clase subalterna de la Medicina y la Cirugía se encontraba dividida por la aparición de *El Genuino*, nuevo representante en la prensa del siglo XIX de los Ministrantes y que mantenía diferentes opiniones que *La Voz*. Un ejemplo de esta confrontación la veremos con la creación del Comité Médico Profesional, donde representantes de *La Voz* acudirían. En la misma, se ganarían el favor del Doctor Agustín Gómez de la Mata, quien defendería la clase subalterna dentro del Comité, con frases como “su carrera no sea como debiera ser por culpa de los hombres que tan mal la formularon”, en referencia a la idea que se postulaba de “plaga” y de “ignorancia” en el círculo médico frente a Ministrantes y Practicantes (1,2,4).

Tras recoger las ideas de las clases quirúrgicas, y concordar con Ortiz de Zárate, aliado de las clases de la Cirugía Menor, Herrera presenta el proyecto de ley el 29 de Abril de 1866. En este intentaba aunar todas las ideas que habían surgido durante el año anterior, siendo así un esfuerzo para que la mayoría de las clases sanitarias lo apoyasen. En esta propuesta, los cirujanos a través del bachiller de medicina podían aspirar al título de Médico habilitado, teniendo autorización para ejercer tanto la Medicina como la Cirugía en poblaciones de menos de 5 000 habitantes. Los practicantes y ministrantes podrían aspirar al título de cirujano de tercera clase a través de cursar las correspondientes materias quirúrgicas y un examen que determinaría el Gobierno, suprimiendo a su vez la enseñanza de Practicante y matrona. (2, 3, 4).

Ante esta idea de los Sres. Herrera y Zárate, *El Siglo Médico* señalaría que si se permite la nivelación de las clases médicas, en otras ramas del conocimiento se podría pedir lo mismo. A su vez, acusa a los cirujanos de *El Genio*, que defendían el proyecto, como “asquerosos bajo todos los aspectos que sonrojan y ofende a la clase (cirujana) que defiende”. Por otro lado, mencionando la posible nivelación de Practicantes en cirujanos, y más tarde, la posible nivelación a la clase médica, escriben que los pueblos se invadirían de “mancos de la ciencia” (2).

Como defensa final de la clase, Francisco Méndez Álvaro realizaría el llamado opúsculo que llevaría por nombre “Defensa de la clase médica frente a las pretensiones de cirujanos y practicantes” (6), donde acusa a la clase cirujana de movilizarse sin ningún motivo a través de la prensa. *El Genio*, tras el análisis de la misma obra, acusará a los redactores del periódico médico de verse “como los únicos encargados de velar por los fueros médicos”, dando a entender que no contaban con la opinión del resto de profesiones (3).

Mientras en *La Voz de los Ministrantes* veían el proyecto de ley como “un rayo de luz” ante el oscurantismo y aislamiento en el que había desembocado su profesión y titulación. Tras años desde su creación y su olvido por la política del país, veían posible una mejora tanto científica como en derechos y atribuciones, celebrando así la llegada de la propuesta. Por otro lado, pedían la unidad de la clase de cara a que llegará tan deseada reforma para Ministrantes y Practicantes, señal clara a sus compañeros de *El Genuino* (4).

De la propuesta al Real Decreto

Sin embargo, de la proposición de ley nadie salía satisfecho. Como hemos señalado, el círculo médico observaba como podían invadir su clase los cirujanos, denominados puros, sin la enseñanza que ellos distinguían como correcta para su nivelación. Los cirujanos pedían una integración más suave, sin tantas materias de estudio para que les fuera más sencillo realizarla para los cirujanos de tercera y cuarta clase. Mientras, los Ministrantes y Practicantes pedían que se les enseñara y autorizase para lo que venían realizando en su día a día por necesidad y falta de facultativos en los partidos pequeños.

Meses más tarde de la propuesta se empieza a entrever la reforma oficial que llevaría a cabo el Gobierno a través del Consejo de Instrucción Pública. Desde el mismo, llegaban rumores a las redacciones de los diferentes periódicos de la supresión completa de la enseñanza practicante y la creación de una nueva clase facultativa.

Y así se llegó al Real Decreto del 7 de Noviembre de 1866, donde se dejarían los cimientos de una regulación de las clases sanitarias. En un artículo del mismo, se observa la posibilidad de la creación de un reglamento para “todas las clases cirujanas” teniendo como objetivo nivelarse y sentar la base de la nueva titulación: el Facultativo de segunda clase. (2, 3, 4). Esta nueva enseñanza daría la posibilidad a los bachilleres en Medicina de obtener este reciente título para la asistencia clínica en partidos médicos de baja categoría, dejando la puerta abierta a continuar sus estudios en Medicina y Cirugía.

Sin embargo, acabaría el año sin conocerse este nuevo reglamento que sentaría las bases para la nivelación de todas las carreras cirujanas. *La Voz* llegaría a temer el porvenir de su clase, ya que podían o no estar incluidos en dicho artículo, por lo poco claro de la definición de “clases cirujana” que existía en la época. (4)

A modo de conclusión

Desde la creación de los partidos médicos en España surge la necesidad de reformar las titulaciones sanitarias. La asistencia se realizaba a través de profesionales no indicados por la ley en numerosas de las ocasiones, siendo los Ministrantes y Practicantes en muchos de los casos los protagonistas de este socorro.

Durante los años siguientes se realiza una movilización en el mundo sanitario, pidiendo una autorización para el ejercicio de la profesión en este ámbito, siendo motivo de confrontación entre los diferentes círculos profesionales. A través de la prensa profesional podemos entrever la opinión mayoritaria de estos tres grandes grupos profesionales de la Sanidad española del siglo XIX: médicos, cirujanos y ministrantes y practicantes, y cómo se enfrentaban ante el progreso de sus respectivas titulaciones.

Las exposiciones y propuestas al Gobierno darían como resultado final un Real Decreto que resultó ser poco claro en cuanto al futuro de las clases auxiliares del siglo XIX respecta, dejando patente el olvido y la mala prensa que sufrían estas clases precursoras de la Enfermería española.

BIBLIOGRAFÍA

1. Méndez Álvaro F, Nieto Serrano M, Escolar S. El Siglo Médico 1865; XII.
2. Méndez Álvaro F, Nieto Serrano M, Escolar S. El Siglo Médico 1866; XIII.
3. Tejada y España F, Academia Quirúrgica Mallorquina. El Genio quirúrgico 1865-1866; nº 469-557.
4. Villanueva S, Campos F, Collado M, Hernán F, Martínez P. La Voz de los Ministrantes: periódico dedicado a la instrucción y defensa de esta clase y la de practicantes 1864-1866;I-III:200-781.
5. Valenzuela Candelario J. El espejismo del ejercicio libre: la ordenación de la asistencia médica en la España decimonónica. Dynamis: Acta Hispanica Ad Medicinæ Scientiarumque.Historiam Illustrandam 1994; 14:269-304.
6. Méndez Álvaro F. Defensa de la clase médica contra las pretensiones de cirujanos y practicantes : examen crítico de la proposición de ley que los señores diputados Herrera y Ortiz de Zárate han presentado al Congreso, empeñados en realizar la prevaricada metamorfosis de los cirujanos en médicos y de los ministrantes y practicantes en lo mismo; 1866.
7. Albarracín Teulón A. La Titulación Médica en la España del siglo XIX. Asclepio 1969:27-34.

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA EN EL SIGLO XIX. INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN

EVOLUTION OF NURSING IN SPAIN IN THE XIX CENTURY AND ITS INSTITUTIONALIZATION AS A PROFESSION

José María Palanca de la Varga

Complejo Asistencial Universitario de León

Patricia Pérez García

Complejo Asistencial Universitario de León

M^a Paz Castro González

Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de León

PALABRAS CLAVE: practicante, ministrante, profesionalización de la enfermería, historia de enfermería.

KEY WORDS: nurse practitioner, Professionalization of nursing, history of nursing.

RESUMEN: A lo largo del siglo XIX el Estado va a ir adquiriendo un entramado organizativo sanitario. Hereda parte de las estructuras anteriores y se desarrollan sucesivas reformas legislativas, culminando el fin del siglo XIX con la “Instrucción General de Sanidad de 1904.

La asociación entre enfermedad y religión, entre enfermedad y pecado, cambian fundamentalmente desde principios del siglo XIX y con cada nuevo descubrimiento, la enfermedad pierde parte de sus connotaciones místicas y religiosas y se convierte cada vez más en un fenómeno biológico, pudiéndose concluir que se va a producir un importante desarrollo de la enfermería como profesión independiente.

ABSTRACT: Throughout the nineteenth century the State will be acquiring an organizational health network. It inherits some of previous structures and developed successive legislative reforms, culminating with the “Instrucción General de Sanidad de 1904”.

The association between disease and religion, between disease and sin, has changed fundamentally since the beginning of the nineteenth century and with each new discovery, the disease loses part of its mystical and religious connotations and becomes more and more a biological phenomenon, being able to conclude that during the XIX century an important development of the nursing as an independent profession is going to take place.

El Siglo XIX es uno de los más complejos en la Historia de España por al gran cantidad de acontecimientos que en él se dan, desde un cambio del Antiguo al Nuevo Régimen, con invasiones, guerras, cambios de forma de organización política del Estado, pérdida del imperio colonial y las consecuencias económicas que esto conlleva, etc.

A principios del siglo XIX se produce un gran desarrollo y reestructuración de la medicina clínica que precede y posibilita la aparición de la fisiología como una ciencia experimental que permite el estudio científico de la salud y de la enfermedad, produciéndose un gran avance que traerá consigo los cambios en la forma de abordar estos problemas en el siglo XIX. La enfermedad pierde parte de sus connotaciones místicas y religiosas y se convierte cada vez más en un fenómeno biológico(1). La asociación entre enfermedad y religión, entre enfermedad y pecado(2), cambian fundamentalmente desde principios del siglo XIX y con cada nuevo descubrimiento, la enfermedad pierde parte de sus connotaciones místicas y religiosas y se convierte cada vez más en un fenómeno biológico.

El objetivo principal de este trabajo es realizar una síntesis de lo investigado en relación en la evolución de los cuidados y de la atención proporcionada a los enfermos en el siglo XIX y más concretamente de la Enfermería y su reconocimiento como profesión en la España del siglo XIX. La metodología empleada ha sido revisión bibliográfica. Hemos iniciado nuestra búsqueda indagando en de textos históricos y de enfermería, realizando búsquedas en diferentes bases de datos.

A lo largo del siglo XIX se va a producir un importante desarrollo de la enfermería como profesión independiente. Podemos establecer cómo en el siglo XIX nos encontramos con personas relacionadas con el cuidado de enfermos, realizando un trabajo similar y siendo el sexo del cuidador y el de las personas a las que cuidan, factores determinantes en la diferenciación de estos tipos de cuidadores(3):

Hombres: practicantes y enfermeros, ambos con un incipiente reconocimiento social, que se refleja en los salarios y que empiezan a ser objeto de atención de legisladores y médicos; entre ambos hay una diferencia importante: los practicantes son laicos, mientras que los enfermeros pertenecen a órdenes religiosas.

Mujeres: enfermeras, entre las que cabría establecer una diferencia entre las *religiosas*, más profesionalizadas y competentes, y las *laicas*, cuya consideración social deja aún mucho que desear, y las *matronas*, con un cometido muy concreto y con un reconocimiento social similar al de los practicantes y también laicas; además hay que señalar que las monjas no se dedicarán a atender partos ni siquiera en épocas muy cercanas a nosotros, ya que en sus estudios no se incluían los temas relacionados con el aparato genital, ni masculino ni femenino.

Enfermeros y enfermeras

Actualmente la cuestión del sexo no importa a la hora del trabajo en enfermería o de la formación para acceder a él; sin embargo, en estos momentos de la historia es preciso tener en cuenta que las mujeres siguen teniendo vedado el acceso a la educación reglada y la sociedad del momento no encuentra digno que “una mujer de bien” salga fuera de su casa a trabajar y menos como enfermera en un hospital, donde se da una situación de

insalubridad manifiesta y donde el tipo de trabajo que se realiza está tan mal visto. No será en nuestro país, hasta muy entrado el siglo XX, cuando se produzcan cambios significativos en la estructura de la población activa, con un aumento importante de la tasa de empleo femenino, que aún en 1900 era simplemente simbólica. Para hacernos una idea de la consideración social que de las “enfermeras” de la época se tenía, voy a referirme a unos datos comentados por Carasa, y que son en sí mismos muy esclarecedores(4):

A mediados del siglo XIX, en el Hospicio de León trabaja el 41,7 % de los asistidos (trabajo como terapia de rehabilitación social y laboral); el trabajo lo realizan en diversos ámbitos: en talleres textiles, el 36,5 %; en talleres de confección, el 35,5 %; de zapatería, el 5,7 %; de carpintería, el 5 %; en trabajos de huerta, el 3 %; en labores domésticas, el 4 %, y como *enfermeras*, cocineras y panaderas, el 3 %. Es un indicador del poco valor que se le concedía al trabajo de enfermera y se puede deducir también que no se consideraba preciso para su desarrollo ningún tipo de formación especial; además, igualmente pone de manifiesto esa cifra del 3 % que pocas mujeres se interesaban por ello o que la propia institución no consideraba adecuado que las mujeres realizasen ese tipo de trabajo.

Siguiendo con esta dicotomía entre los enfermeros y enfermeras, hay que señalar que su planteamiento diferencial arranca de la concepción religioso-moral que sobre el “sexo” se ha tenido desde la Edad Media y que aun en esta época que nos ocupa no ha acabado de erradicarse; por eso, lo estipulado era que hubiese en los hospitales no sólo salas de hombres y de mujeres, sino también hombres para cuidar a los hombres y mujeres para atender a las mujeres. Estos planteamientos fueron potenciados por las distintas órdenes religiosas que se fueron creando con fines asistenciales y que en general mantenían esta división en función de los sexos.(1)

A comienzos del siglo XIX se traduce al castellano una obra escrita en Francia por Carrere unos años antes, en la que, bajo el título de *Manual para el servicio de los enfermos*, hace una descripción de lo que él considera que son los *enfermeros* y de lo que tienen que hacer; así, podemos leer(5):

Los enfermeros ni son médicos ni cirujanos de los enfermos. Su oficio se limita a ayudar a éstos en sus necesidades y a dar cuenta a los referidos de todo lo que han observado y a administrar con puntualidad y sin alteración la medicina que ellos ordenan. Por esto deben mirarse como meros instrumentos de que se sirven los médicos para aplicar a los enfermos los auxilios que juzgan necesarios. Necesitan, pues, mucha exactitud en la cuenta que han de hacer al médico, mucha atención a lo que él ordena y mucha docilidad para seguir su dictamen.

Durante las primeras décadas del régimen liberal y a pesar de los planteamientos del Estado de controlar la asistencia y la beneficencia, la Iglesia continúa teniendo un cierto protagonismo en el terreno asistencial, sigue al frente de numerosas instituciones de carácter benéfico-caritativo: hospitales, hospicios, centros de incurables, etc., tanto es así que continuará la euforia fundadora de la época Moderna y se establecerán en nuestro país nuevas congregaciones religiosas con fines asistenciales, muy especialmente femeninas, y hay que destacar entre las consagradas al cuidado de los enfermos: las Hijas

de la Caridad de San Vicente de Paul, las Hijas de Santa Ana, las Carmelitas Misioneras Terciarias Descalzas y las Siervas de María, estas últimas dedicadas a la asistencia domiciliaria de enfermos. Durante este período las monjas se hicieron cargo del cuidado de los enfermos en muchos de los centros hospitalarios del país, también de los hospicios y casas de misericordia; pero tras la Ley de Madoz en 1855, con un freno importante a las subvenciones, con el cierre de muchos centros benéficos y con una campaña anticlerical que se extiende por el país, la Iglesia se encontrará con una penuria económica clara, con repercusiones importantes en las órdenes religiosas que basadas en la pobreza se encargaban de cuidar a los pobres y enfermos, y todo esto repercutirá en la asistencia y en la consideración social, tanto de los hospitales, ahora con menos recursos económicos, como de las monjas enfermeras que en ellos trabajan. A finales de siglo, con la llegada de la Restauración, volverán a recuperar su prestigio, y se mantendrán a cargo de la enfermería hospitalaria hasta bien entrado el siglo XX.(3)

En la última parte del siglo XIX, el movimiento reformista, muy ligado al krausismo y a la institución libre de la enseñanza, tuvo una gran influencia en la regularización y modernización de la vida en la mujer en España y repercutió en la enfermería española desde el punto de vista de la incorporación de la mujer al ámbito laboral y al sistema educativo.(6)

Fundación de la primera escuela de enfermeras en España

La figura representativa por excelencia en el inicio del proceso de profesionalización de la enfermería es Florence Nightingale (1820-1910). Esta enfermera además de gozar de un gran reconocimiento dentro de la profesión, también lo tiene entre la población general y su nombre aparece con frecuencia en la literatura.

Federico Rubio y Gali, médico estrechamente relacionado con la Institución Libre de Enseñanza, había fundado en el Hospital de la Princesa de Madrid, el Instituto de Terapéutica Operatoria, que llevaría su nombre y que estaba dotado de 60 camas(7). Sus viajes a Londres y sus relaciones con personas destacadas de la Inglaterra victoriana (por supuesto, médicos ingleses, pero también con la propia familia Nightingale), constituyeron una influencia decisiva sus planteamientos acerca del cuidado de los enfermos y de los criterios ingleses de enfocar los problemas de la asistencia sanitaria. Este modelo inglés, que se basaba en la formación especializada de las enfermeras, fue lo que le impulsó en octubre de 1896 a fundar, en su Instituto Quirúrgico, la primera *Escuela de Enfermería de España*, con el nombre de *Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría*.

Las alumnas que integraron la primera promoción, 32 en total, tenían ser católicas. y haber cumplido 23 años teniendo menos de 40. Realizaban los estudios a lo largo de 2 años, y recibían enseñanzas tanto teóricas como prácticas, las cuales eran impartidas por los médicos del hospital, mientras que su formación práctico-moral recaía en las enfermeras monjas que estaban en el hospital. Desde un principio debieron usar un uniforme compuesto de una bata y delantal blanco, en el cual figuraba bordado el nombre

de la escuela, además de una cruz de Malta¹ con la corona real. También debían llevar una cofia, que se debían colocar sobre la cabeza, pero después de haberse cortado el pelo al rape muy en la línea de lo que hacían las monjas cuando, al tomar los hábitos, se colocaban la toca. Al finalizar sus estudios recibían un certificado de aptitud que las capacitaba como *enfermeras en medicina y cirugía*.(3,7)

Ministrantes y Practicantes

Será en este siglo cuando empiecen a simplificarse mediante distintas leyes las variadas tipologías de trabajadores masculinos que con distintos nombres se dedicaban a la asistencia de enfermos. En 1846 la Real Orden de 29 de junio crea una nueva figura profesional sanitaria conocida con el nombre de Ministrante². Finalmente, en 1857, desaparecerán bajo este nombre y se transformarán en practicantes, como se menciona en numerosos trabajos de historiadores españoles. Se puede ampliar información sobre este tema consultando las obras de, entre otros autores, Hernández Martín, F. (1996). *Historia de la Enfermería en España*; Siles González, J. (1999). *Historia de la Enfermería*; Sellán Soto, M.C. (2009). *La Profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería Española contemporánea*.(7-9)

En 1857, aparecerá legislada la categoría asistencial de los *practicantes*, nombre que pasaba a englobar los que antes existían de medicina, cirugía y farmacia; éstos siempre habían sido considerados como sustitutos de médicos y cirujanos y realizaban una serie de tratamientos médico-quirúrgicos que poco o nada tenían que ver con el propio trabajo de los demás enfermeros, que realizaban una labor más directamente relacionada con los cuidados básicos de los enfermos y con la organización de las salas hospitalarias donde éstos permanecían ingresados.(3) Se crea la carrera de Practicante, como Enseñanza Libre, a los que se atribuyen tres funciones fundamentales que se califican como “artes” en sus planes de estudio³: callistas, dentistas y asistentes a partos. El desarrollo de esta Ley de Instrucción Pública de 1857, plasmado en la Real Orden de junio de 1860, establecía el

¹ La cruz de Malta, de claras connotaciones religiosas, formaría parte, muchos años después, del anagrama de la organización colegial de enfermería.

² Se utiliza indistintamente la denominación de Ministrante o de Sangrador en las disposiciones legales. Una vez superado el examen, la licencia obtenida de Sangrador autoriza a realizar las siguientes actuaciones:

- Hacer sangrías generales o tópicas.
- Aplicar medicamentos al exterior, poner toda especie de cáusticos ó cauterios y hacer escarificaciones.
- Limpiar la dentadura y extraer dientes y muelas.
- Ejercer el arte del callista.

En dicha licencia se expresará que los sangradores están “completamente inhabilitados” para realizar las citadas sangrías o la aplicación de medicamentos, cáusticos, cauterios y efectuar escarificaciones, “sin mandato expreso del profesor médico ó cirujano en sus respectivos casos, quedando, cuando lo hicieren sin estas circunstancias, sujetos á lo que las leyes prescriben respecto á los que ejercen la ciencia de curar sin título legitimo”.(16)

³ En efecto, la Ley Moyano pone las bases para la formación de practicantes y matronas, pero en ningún caso asume la regulación de la profesión. Sí abre, en efecto, nuevos espacios para el ejercicio de la las prácticas cuidadoras que acabarán constituyendo la profesión enfermera, pero esto es todo.(7)

tipo de instrucción necesaria, tanto teórica como práctica, para ser practicante, así como el tipo de examen que tendrían que realizar ante tres catedráticos de la Facultad de Medicina.

En 1866 se suprime la enseñanza de practicantes, mediante el Decreto de 7 de noviembre, pero esto fue un breve paréntesis, puesto que dos años más tarde se restablecen las enseñanzas por la Orden de 27 de octubre de 1868. En 1877, la Real Orden de 6 de octubre desposee a la carrera de Practicantes del ejercicio de dentista, desapareciendo así pues los Practicantes Dentistas. Los conocimientos que debían adquirir se plasman en el *Vademécum del practicante: Tratado de cirugía menor* (10). El contenido tenía un claro carácter técnico, basado en hacer curas, vendajes, apósitos, sangrías, ventosas, cauterios, aplicación de medicamentos tópicos, así como aspectos relacionados con el “arte” de dentistas y pedicuros. Era un programa que estaba directamente relacionado con las actividades que como practicantes de medicina y cirugía habían venido realizando, y que zanjaba definitivamente los roces que entre médicos, cirujanos y practicantes se habían venido produciendo, principalmente cuando, por falta de médico o cirujano, ellos se encargaban de realizar actividades que se consideraban de competencia médica. Este planteamiento de la enseñanza, que sitúa a los practicantes como profesión auxiliar de la medicina, marcaría la pauta, para años después, regular la formación de matronas, y en el siglo siguiente la de enfermeras.

En 1880 se legisla sobre la presencia y funciones que tienen los practicantes en los hospitales de la Beneficencia General del Estado mediante la Real Orden de 26 de mayo de 1880.

Matronas

Conocidas a lo largo de los tiempos por distintos nombres: comadronas, parteras, profesoras en partos, comadres, etc., desde siempre se ocuparon de atender a las mujeres en el parto. La historia ha sido prolíja en documentos en los que se constata su presencia para atender a reinas, damas de la nobleza y en general a mujeres parturientas, incluso la literatura ha dejado constancia de ellas y de su trabajo.

En cuanto a los conocimientos necesarios para la obtención del título de matrona, se referían a anatomía y fisiología del embarazo, signos y síntomas del parto normal y distócico, o el bautismo de urgencia. Por otra parte, se insistía en la prohibición para las matronas de llevar a cabo intervenciones quirúrgicas y prescripción de medicación, y se insistía en la idea de que ante determinadas situaciones difíciles durante el parto era necesario avisar con rapidez al médico.(7)

Su labor con las parturientas siempre ha tenido un reconocimiento social, a pesar de que el parto siempre colocaba a la mujer en una situación de riesgo para su salud; pues bien, esta actividad, relacionada también con los cuidados, aunque en este caso exclusivamente a mujeres; asimismo fue reglamentada en el siglo XIX, concretamente en 1888, y con similares características con que años antes se había regulado la de practicante, quedando igualmente bajo la jurisdicción médica, y limitando su actividad a la atención de partos naturales, no distócicos. Ambas actividades, matronas y practicantes, irían sufriendo modificaciones legales sucesivas en los últimos años del siglo XIX y en los

primeros del XX, hasta que definitivamente se configuren como profesiones de enfermería.(11,12)

La consolidación de los estudios y su ejercicio profesional presentó serias dificultades. En 1866 se suprime la enseñanza de practicantes por el plan del ministro Orovio, pero esto fue un breve paréntesis, puesto que dos años más tarde se recuperó la titulación y enseñanza del practicante de acuerdo al Reglamento de 1861.(1)

En 1888 aparece un nuevo reglamento para las carreras de practicantes y matronas recogido en la Real Orden de 16 de noviembre. En el caso de los Practicantes, su título les habilita para el ejercicio de pequeñas operaciones comprendidas bajo el nombre de cirugía menor. Eso sí, siempre y cuando lo disponga un licenciado o doctor en Medicina. Asimismo, podrán ser ayudantes en las grandes operaciones, podrán realizar las curas de los operados y aplicar los remedios que dispongan los médicos. A partir de este momento, el arte de los dentistas no pueden llevarlo a cabo los Practicantes. Igualmente, en el caso de las matronas, se incide en la insistencia sobre el rol que deben desempeñar en los partos naturales.

En los primeros años del siglo XX se producirán nuevas reorganizaciones en los estudios de practicantes y matronas en los años 1901, 1902 y 1904. (7,14):

- El Real Decreto de 26 de abril de 1901, modificando la enseñanza de los cursos de Practicantes en el sentido de ampliar las prescripciones del Real Decreto de 16 de noviembre de 1888.
- Real Decreto de 31 de enero de 1902, por el que se modifican algunas materias de enseñanzas conducentes a la obtención del título de Practicante. Aparece la figura de “Practicante autorizado para la asistencia a partos normales”.
- Real Orden de 22 de marzo de 1902, por la que se establecen los requisitos para estudiar las enseñanzas de Practicante de Medicina y Practicante autorizado a la asistencia a partos.
- Real Orden de 13 de mayo de 1902, por la que se aprueba el programa de formación de la carrera de Practicante
- Real Decreto de 10 de agosto de 1904, por el que se establecen los títulos de Practicantes y Matronas oficiales y no oficiales.

En mayo de 1915 se creó la ocupación sanitaria de Enfermería. El gobierno, respondiendo a la petición de la Congregación de las Siervas de María, reconoce la actividad profesional de las enfermeras para aquellas mujeres, seglares o religiosas, que estuvieran capacitadas para realizar cuidados de enfermería, tras haber superado una prueba o examen sobre los setenta temas que comprendían sus estudios. Enfermeras, practicantes y matronas necesitaban para la obtención del título oficial acreditar haber hecho dos años de prácticas en un hospital y acreditar haber realizado los estudios, por medio de un examen, ante un tribunal compuesto por tres catedráticos de las Facultades de Medicina. Las enfermeras y los practicantes tenían una formación y unas funciones semejantes, estudiando las primeras en escuelas dependientes de los hospitales donde iban a desarrollar posteriormente su actividad profesional y los practicantes en las Facultades de Medicina. Estos últimos van a desarrollar su actividad también en

hospitales, aunque mayormente estuvo dirigida las pequeñas poblaciones. Las matronas se formaban en los hospitales maternos.(15)

CONCLUSIONES

La asociación entre enfermedad y religión, entre enfermedad y pecado, cambian fundamentalmente desde principios del siglo XIX y con cada nuevo descubrimiento, la enfermedad pierde parte de sus connotaciones místicas y religiosas y se convierte cada vez más en un fenómeno biológico, pudiéndose concluir que a lo largo del siglo XIX se va a producir un importante desarrollo de la enfermería como profesión independiente.

En 1857, mediante la Ley Moyano, por una parte se regulan los estudios a realizar por médicos, cirujanos, veterinarios y farmacéuticos, y por otra, aparece y se crea la carrera de Practicante como Enseñanza Libre, suprimiendo la denominación de cirujano ministrante, y establece el título oficial de practicante, que será expedido por las Facultades de Medicina, tendrá una duración de dos años e implicará la realización de prácticas hospitalarias.

REFERENCIAS

1. Palanca de la Varga JM. La asistencia social en León en el siglo XIX: de la Caridad a la Beneficencia Pública [Tesis doctoral]. Universidad Europea de Madrid; 2011.
2. Castro González MP. Los cuidados asistenciales ante la enfermedad y la pobreza en la provincia de León, (S. XV-XVI) [Tesis doctoral]. Universidad de León; 2009.
3. Fernández Ferrín C, Garrido Aberjar M, Santo Tomás Pérez M, Serrano Parra MD. Enfermería Fundamental. Barcelona: Masson; 2000.
4. Carasa Soto P. El sistema hospitalario español en el siglo XIX: de la asistencia benéfica al modelo sanitario actual. Valladolid: Universidad de Valladolid; 1985.
5. Carrere JBF. Manual para el servicio de los enfermos o resumen de los conocimientos necesarios a las personas encargadas de ello y de las paridas y recién nacidos. Barcelona: Imprenta Viuda de Piferrer; 1786.
6. Hernández Conesa J. Historia de la enfermería : un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 1995.
7. Sellán Soto MC. La profesión va por dentro: elementos para una historia de la enfermería española contemporánea. Madrid: FUDEN; 2009.
8. Siles González J. Historia de la enfermería. Alicante: Aguaclara; 1999.
9. Hernández Martín F. Historia de la enfermería en España: desde la antigüedad hasta nuestros días. Madrid : Síntesis; 1996.
10. Marsillach y Parera J. Vade-mecum del practicante. 2.^a ed. Barcelona: Imprenta de Jaime Jepús; 1879.
11. Martínez San Pedro R. La Matrona en la historia de la Medicina. Alicante: Sucesor de. Such, Serra y cía; 1979.
12. Towler J, Bramall J. Comadronas en la historia y en la sociedad. Barcelona: Masson; 1997.

13. Blázquez Ornat I. La socialización de los practicantes a través de los manuales del Dr. Felipe Sáenz de Cenzano 1907-1942. ASCLEPIO Rev Hist la Med y la Cienc [Internet]. 2016;68(1):210-4466. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2016.11>
14. Álvarez Nebreda CC. Código enfermero español. Siglo XX: compendio legislativo. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2002.
15. García Velázquez M del C. Perfil Profesional de la enfermera a lo largo de la Historia. Hiades Rev la Hist la Enfermería. 2008;10:977-83.
16. Jiménez Rodríguez I. Las titulaciones quirúrgico-médicas a mediados del siglo XIX: los ministrantes. Cult los Cuid Rev enfermería y humanidades. 2006;(19):16-36.

INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS ODONTOLÓGICAS EMPLEADAS POR LOS MINISTRANTES

DENTISTRY TOOLS AND TECHNIQUES USED BY THE MINISTRANTE

Miriam Cobrerros Peñas

Enfermera

Daniel Díaz Villafruela

Estudiante de enfermería en la Universidad
Rey Juan Carlos de Alcorcón (Madrid)

Ismael Fernández Bonet

Enfermero de Trauma Assistance SL.

PALABRAS CLAVE: dentistería;
Ministrante; manuales de enseñanza.

KEY WORDS: dentistry; Ministrante;
teaching manuals.

RESUMEN: Dentro de las figuras antecesoras de las actuales enfermeras y enfermeros, encontramos la titulación de Ministrante, que vio la luz a mediados del siglo XIX España. Dentro de los variados cometidos, dentro de la denominada “Cirugía Menor”, que tuvo este profesional, figuraba “el arte del dentista”. Nuestro estudio persigue investigar en qué consistía tal labor odontológica. Y para ello repasamos tres de los manuales de enseñanza utilizados entonces. Esto nos permite describir las herramientas y métodos empleados en este ámbito.

Concluimos en que la dentistería fue un campo de especialización importante, el cual exigía unos conocimientos y habilidades para los Ministrantes.

ABSTRACT: The title of ministrante, a profession which could be considered as the predecessor of the current nurses, appears in Spain in the middle of the 19th century.

This professional was in charge of several tasks, which were characteristic of the “minor surgery”.

One of these tasks was the “art of the dentist”.

Our study aims to research what this dental care was and, in order to find an answer, we will analyse three manuals which were used in those times. This research will allow us to describe the tools and methodology of these professionals.

We concluded that dentistry was an important field of expertise, which required certain knowledge and the mastery of very specific techniques.

INTRODUCCIÓN

En el siglo XIX se van a producir numerosos cambios que van a afectar a los ámbitos socioculturales, políticos, e incluso científicos. El ámbito sanitario no va a ser ajeno a ello.

Uno de las reformas más significativas para regular la enseñanza de la medicina, fue la unificación de la Medicina y la Cirugía, dando paso a la aparición de nuevas titulaciones. A partir de aquí se crea la figura del Ministrante.

El Ministrante nació a mediados del siglo XIX, tras la promulgación de la Real Orden de 29 de Junio de 1846. Esta denominación profesional fue suprimida en la ley reguladora de enseñanza, conocida como Ley Moyano de 1857, dando paso al nuevo título “Practicante”.

A pesar de los pocos años en los que se desarrolló esta figura, son varios los ejemplares que aparecen a modo de manuales formativos. Estos textos de aprendizaje son una fuente de información histórica sobre el pasado de la Enfermería. Incluso uno de ellos se centra exclusivamente en el campo de la dentistería. En concreto, el texto escrito por Antonio Rotondo, titulado “Tratado completo de la extracción de los dientes, muelas y raigones y modo de limpiar la dentadura” (1846). Su autor señala como objetivo: *“que el día de mañana pueda cualquier cirujano ministrante ejercer el arte del dentista”*.

Del mismo modo, hay otros autores que tratan la materia odontológica como una parte más de los contenidos de esta titulación. Otros ejemplos son la “Guía teórico-práctica del sangrador, dentista y callista” (1848) de José Díaz Benito y Pedro González y Velasco, y el “Manual del Sangrador” (1847) de Juan Chomón.

Sobre estas tres obras referenciadas realizamos nuestro análisis sobre el denominado “arte del dentista”, centrándonos en los instrumentos y técnicas que empleaban en esta faceta de la Cirugía Menor. Este campo profesional constituyó una fuente de ingresos para estos antecesores de las enfermeras y enfermeros actuales.

LA FIGURA DEL MINISTRANTE

El 29 de junio de 1846 la Real Orden crea una nueva figura profesional sanitaria conocida con el nombre de Ministrante. Dicha normativa reunía las condiciones que debían poseer aquellos que quisieran aspirar a la autorización para ejercer la sangría y demás operaciones de la Cirugía Menor. Entre los requisitos para conseguir esta titulación, se pedía haber servido durante dos o más años de practicante en hospitales; prueba de estudios privados de flebotomía y arte de aplicación de apósitos; y prácticas de al menos seis meses con un cirujano dentista.

Una vez aprobada la reválida se obtenía la licencia para ejercer como Ministrante, la cual autorizaba para la realización de las siguientes actividades propias de la Cirugía Menor: “hacer sangrías generales o tópicas, aplicar medicamentos al exterior, limpiar la dentadura y extraer dientes y muelas, y ejercer el arte del callista”.

Con la referida Ley Moyano, se intenta de nuevo unificar y reducir las titulaciones sanitarias. Por este motivo, durante la segunda mitad del siglo XIX, la prensa médica centra sus ataques en los Ministrantes y Practicantes, negándoles el derecho a existir. Estos últimos, reaccionaron con la creación de un periódico representativo de su clase profesional. El 15 de enero de 1864, aparece el primer número de La Voz de los

Ministrantes, “periódico dedicado a la instrucción y defensa de esta Clase y la de Practicantes”. Esta primera publicación enfermera se convertiría en el órgano oficial del Colegio de Sangradores y Dentistas de Sevilla.

EL ARTE DEL DENTISTA

Algunos autores llegan a afirmar que la mayoría de los Ministrantes se dedicaban exclusivamente a la extracción de dientes (Montesinos y Villaverde Castiñeiras), al ser esta actividad la que les proporcionaba unos mayores ingresos. Para abarcar la dentistería, no era suficiente con tener unos ligeros conocimientos sobre la disposición anatómica de los dientes, exigiéndose a los Ministrantes conocimientos de fisiología y patología, así como una gran destreza y habilidad manual.

Estos conocimientos de odontología aparecen reflejados en todos los manuales de enseñanza de la época, pues dicha materia era de obligado conocimiento para ellos. Estas obras se refieren a la dentistería como “arte”, es decir, la aplicación de unos conocimientos y técnicas a las personas.

En lo que se refiere a la técnica de la extracción dental, el “Tratado” señala que sería de gran ventaja que el operador fuera ambidiestro. Asimismo, la práctica del procedimiento exige una gran destreza por parte del operador, además de conocimientos de anatomía de la boca y sus enfermedades.

El Ministrante antes de proceder a esta labor, está obligado a preparar todos los instrumentos y a lavarse las manos para no transmitir agentes patógenos a los pacientes. Con respecto al sillón dónde se sienta el paciente, debe tener “brazos” y “un hueco a propósito para la cabeza” situándose frente a la entrada de luz. Díaz y González, señalan además, que en caso de no disponer dicho sillón de un respaldo para apoyar la cabeza, es preciso un ayudante para que repose esta parte del cuerpo sobre su pecho (lám.1ª).

INSTRUMENTOS PARA LA EXTRACCIÓN

Los tres ejemplares analizados enumeran los instrumentos más utilizados para en la dentistería de entonces. Rotondo nombra 9: “el descarnador, la sonda, el gatillo, la dentuza, la llave inglesa, dentuza curva, pelican recto, el botador, y la punta de espada.” (Tratado, p.45). Sin embargo, en años posteriores, según Díaz y González, son utilizados 5: “el descarnador, la llave de Garengéot modificada, la media caña, el gatillo y la palanca.” (Guía, p.384). El “Manual” nos muestra otra clasificación de los 7 instrumentos más utilizados: “la llave Garengéot modificada; la pinza derecha; la pieza curva; gatillo curvo; gatillo derecho; palanca ó elevador de gancho, ó de plancha movible; elevador simple” (Manual, p.109). Enumeramos a continuación estos utensilios:

- Descarnador (lám.3ª, fig.5): instrumento en forma de cuchilla que termina en una hoja de corte obtuso y cóncavo, que se emplea para desprender la adherencia que ofrece la encía con el diente que se pretende extraer. Generalmente se usa en las muelas cordales, en los demás casos carece de uso.
- Sonda (lám.3ª, fig.6): utensilio muy sencillo empleado para examinar las posibles caries y asegurarse del verdadero sitio de origen del mal.
- Gatillo (lám.3ª, fig.7): instrumento en forma de pinzas curvas con una longitud de

4 o 5 pulgadas, que consta de dos grosores para extraer dientes o muelas, según se considere conveniente. Esta herramienta se utiliza normalmente para extraer los dientes y muelas de la mandíbula inferior. También, es necesario que el operador tenga mucha práctica con el uso del gatillo, para evitar romper el hueso que se quiera extraer. Debido a la complejidad de usar el gatillo, ya que se debe de emplear un movimiento de rotación y elevación al mismo tiempo, se debe usar sólo en los dientes móviles. Sin embargo, éste consejo no es aplicable a los niños, porque sus bordes alveolares ofrecen muy poca resistencia. Cabe destacar que se considera uno de los instrumentos que genera mayor dolor en el paciente cuando el osteoide está muy adherido a la mandíbula, al tratarse de una operación lenta y prolongada.

Juan Chomón en el “Manual del Sangrador” ofrece una distinción entre dos tipos de gatillo: el gatillo curvo y el gatillo derecho. La principal diferencia, es que el curvo solamente se utiliza para la extracción de los dientes de la mandíbula inferior, y el derecho sirve para la extracción de los dientes de las dos mandíbulas.

- Dentuza (lám.4ª, fig.8): herramienta que junto con el gatillo, corresponden a los instrumentos más antiguos. La dentuza tiene forma de tenaza, con un hueco en el centro necesario para extraer el diente por el cuello. Se emplea un movimiento de rotación horizontal, y se utiliza en los mismos casos que el instrumento anterior, es decir en aquellas muelas móviles de la mandíbula inferior.

- Dentuza curva (lám.4ª, fig.10): únicamente se diferencia de la dentuza recta por la curvatura que presenta en la parte con la que se opera, y cómo se puede apreciar en la imagen, la curvatura se dirige en sentido opuesto de su articulación. Se utiliza para desencajar la última muela de la mandíbula superior, pero es conveniente que ésta se mueva. Asimismo, es utilizada para extraer los dientes, colmillos y muelas pequeñas de la mandíbula superior que estén muy adheridas al alveolo, pero se requiere mucha destreza a la hora de utilizar dicho instrumento.

- Llave inglesa (fig.11, lám.5): Rotondo y Chomón consideran la llave como el instrumento más “ingenioso” dedicado a la extracción de los dientes, en particular de los dientes molares o muelas. El principal inconveniente que presenta es que en muchos casos puede generar dolor intenso, producido por el movimiento de palanca que se emplea. Esta llave, también es conocida como la llave de Garengéot, nombre del inglés que la inventó. Se trata de una herramienta formada por un gancho semicircular colocado perpendicularmente en ángulo recto a una barra de acero de cuatro o cinco pulgadas de longitud, y terminado en por un mango de marfil o madera. Esta llave consta de tres ganchos (lám.5º, fig. 12), uno más grande dedicado a las muelas gruesas, otro mediano para las muelas de menor tamaño o bicúspides, y por último, uno pequeño para las muelas más pequeñas. Los ganchos son colocados en la llave por medio de un tornillo (lám.5, fig. 13). El operador, cuando haya localizado el diente enfermo, introduce el instrumento en la boca del paciente con la mano derecha, y el índice extendido sobre la barra y con el medio sujeta el gancho, de tal manera que el gancho agarre el cuello del diente. Una vez colocado, se realizará un movimiento de rotación de dentro afuera, o de fuera adentro, según la exigencia del caso. Para evitar fracturar la muela, es necesario emplear un movimiento de fuerza y

rotación suave, progresiva y moderada.

- Pelican recto (lám.6ª, fig.15): Instrumento procedente del pelican de Fauchard. Se utiliza colocando el gancho por la parte interior del diente a extraer. Se disponen de dos ganchos, al tratarse de un gancho “de quita y pon”, el más ancho es utilizado para extraer los dientes, y el más estrecho es utilizado para extirpar los raigones. Es una herramienta excelente para la estirpe de todo género de raigones de dientes, colmillos y muelas pequeñas.

- Botador (lám.6ª, fig.16): Existen diversas clases de botadores, pero el más empleado es el que aparece en la imagen. Utensilio dedicado a la extracción de raíces dentales o dientes completos. Se maneja introduciendo el botador entre el raigón que se quiera extraer y la muela que se encuentre al lado, ejerciendo un ligero movimiento de palanca. Se considera como uno de los instrumentos que menor dolor provocan en paciente, por no necesitar un punto de apoyo sobre aquella parte que se encuentra sensible.

- Punta de espada (lám.6ª, fig.17): Consta de una parte cortante para abrir la encía de la superficie externa y sacar la raíz. Es indicado para extraer los raigones de ambas mandíbulas.

- Media caña: Resulta excelente para extraer los dientes anteriores, de morfología muy parecida a la llave. Se diferencia con la llave inglesa de que el mando es continuación de la barra. Se emplea haciendo movimientos de rotación hacia fuera hasta que se consiga extraer el diente.

- Palanca: se trata de una barra ligeramente doblada de acero, acabada en forma de pirámide cuadrangular, cuya punta es plana y cortante. Se usa generalmente para la extracción de las raíces de las muelas. Se coloca lo más profundamente en la parte lateral de la raíz del diente enfermo que se quiere extraer, y se emplean movimientos de torsión de derecha a izquierda tomando como punto de apoyo una de las caras del diente inmediato.

- Pinza derecha: instrumento de seis a ocho pulgadas de longitud, que sirve habitualmente para extirpar los dientes incisivos, los caninos y las muelas pequeñas. Se agarra con ayuda de la tenaza del instrumento, el cuello del diente a extraer, lo más cerca posible de la encía. A continuación, se aprieta con cuidado para no romper el hueso, y se hacen movimientos de media rotación.

- Pieza curva: Se diferencia del instrumento anterior, únicamente por la pequeña curvatura que presenta en su tenaza. Esta pieza, solo se usa en los casos en los que el diente ofrezca poca resistencia, como por ejemplo en los de un niño.

- Pelican de Fauchard: formado por un mango de madera o acero, que tiene en el centro un agujero que es sujetado a través de un tornillo a un gancho largo, recto o arqueado. Es considerado como el instrumento más complicado a la hora de manejarlo; no obstante, es uno de los que mejores resultados ofrece al Ministrante, y menor dolor al paciente. Es utilizado para sacar todo tipo de muelas, ya sean grandes, pequeñas o cordales, y por tanto, pueden extraerse sus raigones del mismo modo. Con el pelican puede ocurrir que, a veces, al sacar una muela que está destruida por

las caries, ésta se rompe. Por este motivo, es conveniente agarrar la muela hacia sus raíces y extraerla sin sacar aún el instrumento de la boca.



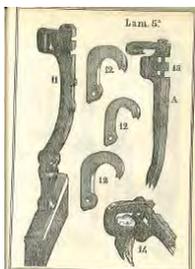
Rotondo (1846) Lámina 1ª



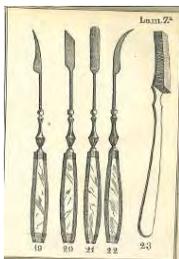
Rotondo (1846) Lámina 3ª



Rotondo (1846) Lámina 4ª



Rotondo (1846) Lámina 5ª



José Díaz y Pedro González
(1848) P.369



Rotondo (1846) Lámina 6ª

CONCLUSIÓN

La aparición de la figura del Ministrante va a suponer un soporte legislativo decisivo a la hora de demarcar unos campos de actuación profesionales, hasta entonces, bastante imprecisos. La dentistería supuso un campo de especialización muy importante para este profesional, lo que exigía una preparación teórica y desarrollar unas habilidades para el manejo del instrumental empleado.

La odontología podemos considerarla, por lo tanto, como una página importante del pasado profesional enfermero.

BIBLIOGRAFÍA

- Albarracín Teulón A. Revolución y medicina: una interpretación de la tardía ordenación de la asistencia médica en la España del siglo XIX. Dynamis. 1985; 5: 169-298.
- Chomón J. Manual del Sangrador. Valencia: Imp. Monfort; 1847.
- Díaz Benito y Angulo J, González y Velasco P. Guía teórico-práctica del sangrador, dentista y callista, o tratado completo de cirugía menor o ministrante. Madrid: Librería de Ángel Calleja; 1848.
- Expósito González R. Ministrantes y practicantes en los albores del corporativismo odontológico español: los colegios de sangradores y dentistas de Sevilla. Gaceta dental. 2011; 229, 96-105.

- Herrera Rodríguez F. Un capítulo de la enfermería: la “cirugía menor” en la España del siglo XIX. *Cultura de los Cuidados*. 2000; 7 /8 (19): 18- 26.
- Jiménez Rodríguez I. Las titulaciones quirúrgico- médicas a mediados del siglo XIX: Los Ministrantes. *Cultura de los Cuidados*. 2006; 19 (16).
- Montesinos Vicente F. Practicantes, matronas y cirujanos dentistas en la España Contemporánea (1855-1932) [Tesis doctoral]. Girona: Universidad de Girona, 2011.
- Rotondo y Rabasco A. Tratado completo de la extracción de los dientes, muelas y raigones, y modo de limpiar la dentadura. Madrid: Díaz; 1846.
- Villaverde Castiñeiras A. El asociacionismo de los practicantes como precursor de la organización colegial de enfermería y del desarrollo de la profesión enfermera. La aportación de los practicantes gallegos [Tesis doctoral]. A Coruña: Universidad de A Coruña; 2016.

LA ÉTICA ENFERMERA DURANTE LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA

THE ETHICAL NURSE DURING THE SPANISH CIVIL WAR

María Eugenia Gómez de Enterría Cuesta

Enfermera especialista en obstetricia y ginecología.
Unidad de paritorio. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Ana Isabel Ganso Pérez

Enfermera especialista en obstetricia y ginecología.
Unidad de paritorio. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Mario Amo Blanco

Enfermero. Unidad de traumatología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

PALABRAS CLAVE: Guerra civil española, ética, enfermera.

RESUMEN: Durante la guerra civil española muchas mujeres, enfermeras tituladas o voluntarias, tuvieron que atender a los numerosos heridos y enfermos de ambos bandos. Las condiciones fueron muy duras, puesto que a la falta de recursos para desempeñar su trabajo, largas jornadas, escasez de alimentos y de salarios se añadía el peligro de ser en ocasiones objetivo de las balas. Todo esto no hizo perder el camino marcado por la ética del cuidado que caracteriza a la profesión enfermera. Cabe preguntarse si en tiempos tan duros seguir los valores de la ética del cuidado fue camino y refugio al mismo tiempo.

KEY WORDS: The ethical nurse during the Spanish Civil War.

ABSTRACT: During the Spanish civil war, many women, nurses or volunteers, had to respond to the many sick and wounded of both sides. The working conditions were very hard because of a lack of resources, long hours and a lack of food and wages. As well as this they had the added danger of sometimes being the target of the bullets. Despite these dreadful conditions they never faltered from the path defined by the ethics of care that characterises the nursing profession. The question may even be raised whether in hard times following the ethics of care was vocation and shelter.

La Guerra civil española, que tuvo lugar entre 1936 y 1939, influyó en la sanidad de la época. Los primeros estatutos de los colegios profesionales, obligados desde antes de la guerra para los practicantes y las matronas, no estaban encauzados hacia la ética y la deontología sino que más bien se preocupaban por el cumplimiento de normas sociales y corporativismo profesional¹, aunque como veremos más adelante las enfermeras mostraran una ética del cuidado admirable.

En la actualidad nuestros estatutos nos obligan a cumplir con un Código Deontológico que está muy enfocado hacia los aspectos éticos de la enfermería. El prólogo del Código Deontológico de Enfermería Española explica eficazmente las funciones de los enfermeros/as y hace especial hincapié en cuatro puntos:

- Compromiso profesional serio y responsable.
- Participación activa en sociedad.
- Reconocimiento y aplicación de los principios de ética profesional.
- Respeto por los derechos humanos.

Además dice textualmente: “Son muchas las ocasiones en las que está en nuestras manos la dignidad de la naturaleza humana y de ahí nuestra mayor responsabilidad como profesionales de Enfermería.”

Los Códigos Deontológicos nos indican las normas que hemos de seguir en nuestro comportamiento, este es el mínimo a cumplir para tener una conducta ética; la ética en sí tiende al infinito. Algunos autores reflexionan sobre este aspecto:

- A.A. Martínez Ques, dice: “La historia reciente de los cuidados de la salud ha sido la de un constante redescubrimiento del lado humano”. Según este autor, a los profesionales sanitarios se les exige tener conocimientos científicos y a la vez tener conductas éticas, lo que puede traducir en ser buenos profesionales y, además, ser buenas personas.
- M.T. Vecillas Sevilla, afirma “el dolor, la enfermedad y la muerte son males físicos, pero no son una indignidad, ni destruyen el valor intrínseco de la persona que lo padece. El respeto y la dignidad se plasma no solo en cómo se vive sino en cómo se muere, en la manera y forma de morir”.
- J.A. Garrido y C. Solloso, sostienen que el Derecho pone límites a las conductas socialmente inaceptables pero la ética persigue la mejor solución posible a los problemas, busca la excelencia.

Como se ha dicho anteriormente, en 1936 los estatutos de los colegios, no obligaban a cumplir unas normas éticas, pero desgranando las historias de las enfermeras de la época, se puede ver, como cada una de ellas, sin ser consciente de estar siguiendo un código, cumple con su deber ético de la mejor manera de la que es capaz. Las normas suelen ir por detrás de la realidad, y que nuestros actuales estatutos incluyan el cumplimiento de un Código Deontológico, es un paso natural y una manera de dejar plasmado por escrito

¹ Ávila Olivares JA et al. La ética como misión de la organización colegial de enfermería: evolución histórica en España.

aquello que ya se estaba realizando.

En mayor o menor medida poseían conocimientos científicos y de técnicas de enfermería (muchas enfermeras voluntarias empezaron sin conocimiento alguno en cuidados enfermeros y los fueron adquiriendo a lo largo del tiempo), pero tenían claro el deber de velar por los cuidados de los pacientes y, con los pocos medios de los que disponían, procurarles la estancia más digna posible.

En el momento que estalla la guerra había tres titulaciones oficiales en España: practicante, enfermera, con diferentes especialidades y matrona. Por otro lado, también existían las damas auxiliares de la Cruz Roja, que trabajaban, sin remuneración, sólo para esa institución, no pudiendo ejercer libremente.

Pasados unos meses del alzamiento, que en principio no se preveía que iba a durar tres años, ambos bandos se fueron organizando en materia sanitaria. El bando gubernamental, mediante el boletín oficial, movilizó al personal sanitario².

En las dos zonas se hizo llamamiento a la población civil para compensar la falta de personal sanitario que requiere la situación bélica. Diferentes organizaciones (Cruz Roja, Falange, Asociación de mujeres antifascistas, CNT, etc.) se encargaron de impartir cursos acelerados, a las personas voluntarias, con el fin de crear un nuevo cuerpo de enfermeras: “enfermeras de guerra” o “enfermeras de sangre”.

Voluntarias y tituladas, se decantaron entre un lado u otro por diferentes razones, sobre todo por ideología política y en ocasiones porque es “donde tocaba” (cuando los hospitales de campaña tenían dinero, contrataban a personas del pueblo donde estaba asentado el hospital, para hacer labores de lavanderas, limpiadoras, veladoras, enfermeras...). La parte republicana, quedó más afectada por la escasez de personal sanitario, ya que las religiosas, tradicionalmente se ocupaban de organizar los hospitales, pasan al bando nacional. Además en el bando nacional hubo un número más que importante de enfermeras voluntarias³. Una razón más por la que hacerse voluntaria era la necesidad de asegurar un techo, cama y alimento; aunque la escasez era generalizada, varias enfermeras recuerdan que en ocasiones pasaban hambre y cómo priorizaban la atención a los enfermos⁴.

Los hospitales estaban “politizados”, eran de un bando o de otro. Diferentes testimonios afirman la sospecha de la existencia de espías del bando contrario, hablan de suspicacias entre compañeros de hospital lo que provocaba en ocasiones un ambiente tenso. Se hacían inspecciones internas, organizadas por altos mandos, vigilando la moralidad y el perfil ideológico de los trabajadores. Trabajaban, en cierto modo,

² Dolores Ruiz Berdún. *Matronas y Enfermeras a pie de guerra: la invisibilidad del trabajo sanitario femenino en la contienda española (1936-1939)*. La autora hace referencia al BOE 19/11/1936.

³ Dolores Ruiz Berdún. *Matronas y Enfermeras a pie de guerra: la invisibilidad del trabajo sanitario femenino en la contienda española (1936-1939)*. Cuenta la situación de escasez de tela para los uniformes en el bando nacional.

⁴ María Sans Moyá en “enfermeras de guerra” relata que, en ocasiones, comían las lentejas con gusanos.

presionados y siempre bajo sospecha.⁵

La sanidad se reestructuró de tal forma que, la prioridad fueron los conocidos como Hospitales de Sangre u Hospitales de Campaña a favor de los heridos. Las enfermeras fueron distribuidas por diferentes hospitales y centros, dependiendo de las necesidades, siendo muy habitual los desplazamientos de unos a otros.

Pero también se crearon centros de asistencia para proteger a la población más débil: niños y embarazadas⁶. Así, funcionaban instituciones como los centros de maternidad o los hogares infantiles donde albergan huérfanos, niños abandonados, niños refugiados o con padres encarcelados. En el caso de la Inclusa de Valencia⁷, se vio desbordada por la cantidad de niños que recogieron, muy superior al número de camas que en principio disponían. Describieron numerosos casos de niños con conjuntivitis diftérica, también con tuberculosis, raquitismo, sarna y todo tipo de enfermedades relacionadas con condiciones insalubres. Como muestra de la escasez se documentó cómo este lugar contaba con un médico y tres enfermeras puericultoras, pero consideraban necesarios dos médicos y tres enfermeras más.

Siguieron funcionando otro tipo de centros que ya existían antes de la guerra, como centros para infecciosos (paludismo, tifus, tuberculosis, fiebres), hospitales de especialidades (oído, garganta, ojos) y centros para enfermedades venéreas, problema de tal importancia en la época que incluso se crearon carteles con consejos de prevención.

Diferentes libros recogen las vivencias de las enfermeras, de ambos bandos, que explican el quehacer diario durante estos años:

Coinciden en la dureza del trabajo, las circunstancias, en la dedicación total al paciente en todos los ámbitos. Lo que más les impresiona es el fallecimiento de los heridos, muchos de ellos muy jóvenes, con la familia lejos, a los que acompañaban en su agonía hasta el último aliento, no pudiendo reprimir los sentimientos de tristeza. Intentaban localizar a familiares, o personas que hablaran el mismo idioma en el caso de heridos extranjeros. Incluso se ofrecían a acompañar e informar a las familias sobre el paradero de las tumbas.⁸

Las enfermeras de los hospitales de retaguardia, acababan teniendo conocimientos de múltiples dolencias, que abarcaban un amplio abanico de cuidados. Desde heridos de bala, metralla..., congelaciones, insolaciones y golpes de calor, gangrenas (húmedas por la exposición prolongada del pie en barro, nieve... y secas), enfermedades venéreas (sífilis,

⁵ Cándida Salas Llanes, en "Enfermeras de guerra" habla de un episodio en el que se descubre que un enfermo de pulmonía es un espía gracias al color de las espuelas de las botas.

⁶ Dolores Ruiz Berdún hace mención de una maternidad de Madrid y otra de Vélez Rubio (Almería) en "Matronas y Enfermeras a pie de guerra: la invisibilidad del trabajo sanitario femenino en la contienda española (1936-1939)"

⁷ La historia de esta inclusa viene muy bien detallada en "Límites de la asistencia médica y social durante la guerra civil española en una ciudad de retaguardia: la inclusa del Hospital Provincial de Valencia", citada en la bibliografía.

⁸ Emilia Santaolalla Colomina (Enfermeras de guerra), durante la posguerra se preocupó de mandar cartas a las familias de los fallecidos e incluso los acompañó al cementerio de Tremp, Lleida.

gonorrea...), piojos, sarna, tifus, tuberculosis, pulmonías, neumonías, paludismo, hasta la atención de moribundos.

Cumplían con jornadas de trabajo muy amplias, dependiendo del centro, podían ser de 24 horas, que se alargaban con la llegada de heridos del frente. Se encargaban de la clasificación y distribución de los heridos. También participaban en labores de identificación. Cada enfermera se hacía cargo de un número elevado de enfermos, asumiendo más cuando llegaban del frente. Se ocupaban de la esterilización de todo tipo de material, desde gasas, instrumental, equipos de curas... bien con autoclaves o bien hirviendo. Algunas hacían radiografías, las revelaban e incluso hacían los líquidos reveladores. Preparaban los quirófanos. Participaban en las anestесias en ocasiones, “rudimentarias”, colocando un colador sobre la boca del paciente y encima una gasa empapada en cloroformo⁹.

Por la noche apagaban las luces, por miedo a ser bombardeados, y cuando esto ocurría, no abandonaban su puesto de trabajo, ayudando a la protección de los pacientes. Cuando el bando contrario ocupaba la zona donde estaba situado alguno de estos hospitales, se intentaba desalojar, con los enfermos, si las condiciones de los mismos lo permitían, trasladándolos a “zona amiga”. En ocasiones en las que la gravedad de los heridos no permitía el transporte, hubo enfermeras que se negaron a dejarlos a su suerte y a las que hicieron presas con diferentes desenlaces. En el caso de las hermanas Larios, en la batalla de Brunete, se quedaron al cuidado de cinco heridos graves y las hicieron presas, siendo canjeadas por otros presos. Las enfermeras del hospital cercano al frente del Puerto de Somiedo (enfermeras de la Cruz Roja de Astorga, del bando sublevado) y un grupo de enfermeras de Mallorca (del bando republicano) que se negaron a abandonar a los heridos que quedaban a su cargo y fueron fusiladas.

En el bando republicano cabe destacar la ayuda sanitaria por parte de las Brigadas Internacionales, que fueron capaces de movilizar a médicos, enfermeras tituladas, camilleros y conductores de ambulancia, de manera voluntaria para la asistencia durante el conflicto.

Montaban los hospitales de campaña – estructura y organización- en horas. Ocupaban para hacer estos hospitales, desde hoteles, casas, antiguas escuelas, universidades hasta trenes y cuevas. Las enfermeras se encargaban de todo, desde limpiar para hacer más salubre el lugar, hasta montar los quirófanos provisionales en los lugares que tenían disponibles, que en ocasiones pudieran resultar poco convencionales¹⁰.

Se trasladaban de un lugar a otro siguiendo al ejército para asistir a los heridos en el frente en camiones con todo lo necesario como mesas de operaciones o aparatos de rayos x portátiles. Viajaban por la noche, sin faros para evitar los bombardeos. Esto nos hace pensar que, aunque en un principio, el personal sanitario no era objetivo militar (por esta época España era uno de los países firmantes del Convenio de Ginebra, que velaba

⁹ Pilar de Viala Barrera, enfermera voluntaria, en el libro “Enfermeras de guerra”, cuenta cómo al aplicar esta técnica sufría los efectos del cloroformo.

¹⁰ Como la cueva de Santa Llúcia, en la Bisbal de Falset (Tarragona).

por la seguridad del personal sanitario, considerándolo personal neutral), no se respetaba¹¹.

La guerra civil supuso una auténtica lacra a nivel social, en cuanto al nivel sanitario, fue una desgraciada manera de avanzar científicamente, y así se puso en práctica¹²:

- El Tratamiento con yeso de las heridas “curas cerradas” (que ya venía utilizando el doctor Trueta)

- Los bancos de sangre: los doctores Bethune, Saxton y Durán y Jordá pusieron en marcha los primeros bancos de sangre, consiguiendo almacenar, transportar y conservar la sangre, lista para la trasfusión en el frente. Era una práctica común que las propias enfermeras donaran su propia sangre¹³. Entre donante y receptor se consideraban hermanos de sangre.

- Los primeros quirófanos en el frente, mejorando los porcentajes de supervivencia, sobre todo en heridos abdominales. Para esto utilizaban los quirófanos auto transportables “autochir”, donde contaba con una enfermera. Esto era un plus de peligrosidad para el personal sanitario debido a la cercanía de las tropas.

Mary Nash, en su libro “Rojas: las mujeres republicanas de la guerra civil” asegura que, aunque en el bando republicano defendían unas ideas de libertad e igualdad para las mujeres, como el trabajo remunerado, en la práctica esto no se cumplía. Aparte de la guerra, en los hospitales, las mujeres tuvieron que luchar por sus derechos de igualdad y ganaron pequeñas batallas, como el reparto de tareas consideradas propiamente femeninas. Después de la jornada laboral los hombres disponían de tiempo libre para poder alfabetizarse, tiempo del que las mujeres no disponían ya que continuaban con las labores domésticas¹⁴.

A lo largo de la historia, la enfermería siempre ha sido el personal de referencia en los cuidados integrales de los pacientes, no sólo nos ocupamos de los aspectos teóricos sino que también cuidamos del aspecto afectivo y espiritual del individuo. Nuestro trabajo, a pie de cama, nos hace testigos y partícipes de acontecimientos vitales de las personas que cuidamos. En tiempos de guerra, cuando las circunstancias eran realmente duras, incluyendo el propio peligro de la integridad física y psíquica, han sido capaces de cumplir con su trabajo de la manera más excelente posible.

Cabe preguntarse si seguir los valores de la ética del cuidado fue camino y refugio al

¹¹ Antonia Palacín Roqué, en el libro enfermeras de guerra, cuenta que no podían ir al Hospital Santa María de Lleida, el que se conoce actualmente como hospital provincial, porque era objetivo de los abusos.

¹² Según Nan Green en “Ve y cuenta lo que pasó en España. Mujeres extranjeras de la guerra civil: una antología”.

¹³ Hay muchos testimonios sobre la donación de sangre enfermera como María Sans Vila, en el libro “Enfermeras de guerra”, menciona a una compañera suya llamada Antonia Hornos, que falleció por donar su sangre en demasiadas ocasiones. Patience Darton, en el libro “Para nosotros era el cielo” cuenta que era hermana de sangre de un receptor.

¹⁴ Lini Vries (en “ Voluntarias Estadounidenses de la guerra civil: testigos de la transformación social”, de Robert Coale) cuenta cómo lo fueron consiguiendo poco a poco, convenciendo primero a los soldados estadounidenses.

mismo tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

Nash M. Rojas: Las mujeres Republicanas de la guerra Civil. Madrid: Grupo Santillana ediciones S.A.; 1999.

Larraz Andía P. Heridos, enfermedades, hospitales y enfermeras. La otra cara de la guerra. Memoria y Civilización 15 (2012): 187-210.

Coale R. Voluntarias estadounidenses de la guerra civil: testigos de las transformaciones sociales. Pandora: Revue d'Études Hispaniques, 2005,5, pp 87-95.

Jackson A. Para nosotros era el cielo. Esplugues de Llobregat (Barcelona): Ediciones San Juan de Dios/ Campus docent; 2012.

Ramió A, Torres C. Enfermeras de Guerra. Esplugues de Llobregat (Barcelona): Ediciones San Juan de Dios/ campus docent; 2015.

Requena Gallego M, Sepúlveda Losa RM. La Sanidad en las Brigadas Internacionales. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla la Mancha; 2006.

Usandizaga A. Ve y cuenta lo que pasó en España. Mujeres extranjeras en la guerra civil: una antología. Barcelona: Ed. Planeta; 2000.

Sánchez Blanco L. Rosas y Margaritas. Mujeres falangistas, tradicionalistas y de Acción Católica asesinadas en la Guerra Civil. San Sebastián de los Reyes, Madrid: Editorial ACTAS, S.L.; 2016.

Código deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería. Edita: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería.

Torres Penella C, Ramió Jofré A, Valls Molin R. Guerra, hambre y aventura en la vida de Cándida Sala, enfermera de Cruz Roja. Cultura de los Cuidados. 16(34), 20-31.

García Ferrandis X, Martínez Vidal À. (2016). Límites de la asistencia médica y social durante la Guerra Civil española en una ciudad de retaguardia: la Inclusa del Hospital Provincial de Valencia. Asclepio.; 68 (2): p158. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2016.30>

Ruiz-Berdún D. Matronas y enfermeras a pie de guerra: La invisibilidad del trabajo sanitario femenino en la contienda española (1936-1939) González Redondo, F. A. (coord.) (2015) Ciencia y Técnica entre la Paz y la Guerra. 1714, 1814, 1914. Madrid, SEHCYT, pp. 523-530.

Mas Espejo M, Siles González J, Pulido Mendoza R. ¿Qué sabemos de las Damas Enfermeras de la Cruz Roja Española? Metas Enferm oct 2015; 18(8): 12-19.

Romero de San Pío E. La ética de la responsabilidad de los cuidados de enfermería. Revista de Seapa 2013; XI:31-35.

Ávila Olivares J A, et al. La ética como misión de la Organización Colegial de Enfermería: evolución histórica en España. Metas de Enfermería. dic 2011/ene 2012; 14(10): 58-64.

Garrido J A, Solloso C. Relación médico-paciente, asistencia y problemas éticos en el servicio de urgencias. Ética de los Cuidados. 2008 ene-jun; 1(1). Disponible en:

<http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6735.php>

Rumbo Prieto J M. Grupo de Ética Profesional Enfermera: Actividad y Compromiso. Ética de los Cuidados. 2008 ene-jun; 1(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et1101.php>

Martínez Ques A A. La apelación constante a la Ética. Ética de los Cuidados. 2008 ene-jun; 1 (1). Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6766.php>

Vecillas Sevilla M T. La dignidad en los cuidados de salud. Ética de los Cuidados. 2008 ene-jun; 1(1). Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6759.php>

LA LUCHA POR LA AUTONOMÍA PROFESIONAL. ENFERMERAS REFERENTES DEL PERIODO FRANQUISTA EN CATALUNYA

THE STRUGGLE FOR PROFESSIONAL AUTONOMY. NURSES REFERRING TO THE FRANCO PERIOD IN CATALONIA

Amelia Guilera Roche

Directora Campus Docent Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona

Anna Ramió Jofre

Profesora titular. Campus Docent Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona

Carme Torres Penella

Profesora titular de Universitat-Emérita. Facultat d'Infermeria. Universitat de Lleida

PALABRAS CLAVE: Autonomía profesional, Enfermeras referentes, identidad profesional, Innovación.

KEY WORDS: Professional autonomy, Referral nurses, Professional identity, Innovation.

RESUMEN: El progreso de la Enfermería en Catalunya, lleva la huella profunda del esfuerzo de numerosos profesionales que trabajaron de forma dura e incansable, desarrollando una labor poco conocida, que constituye los inicios de la consolidación de la profesión enfermera, como la conocemos actualmente.

Las diez enfermeras escogidas para elaborar el relato del período de historia de finales del franquismo a finales del siglo XX, hicieron aportaciones significativas en todos los ámbitos del trabajo enfermero, fueron creativas e innovadoras, reivindicando el espacio de los cuidados para las enfermeras y consolidando el carácter de la profesión.

ABSTRACT: The progress of nursing in Catalonia, carries the deep mark of the efforts of numerous professionals who work hard and tirelessly developing a little-known work, which is the beginning of the consolidation of the nursing profession, as we know it today.

The ten nurses chosen to elaborate the story of the late Francoist period at the end of the twentieth century made significant contributions in all fields of nursing work, were creative and innovative, claiming the space of care for nurses and consolidating the character of the profession.

INTRODUCCIÓN

El estudio que se presenta quiere ser un reconocimiento a la aportación de estas mujeres que en muchos aspectos podemos considerar pioneras en su ámbito de dedicación. La finalidad es recoger las contribuciones y si es posible el testimonio directo o indirecto de las enfermeras catalanas que el estudio consideró debían ser incluidas por la relevancia de las aportaciones de su trabajo a la consolidación de la profesión enfermera.

En nuestro país la Enfermería como a disciplina, tiene una trayectoria corta de solo 40 años de integración en la Universidad, tendríamos pues que considerarla joven y reconocer que aún le queda mucho camino para recorrer en el desarrollo de una disciplina científica fuerte, es necesario para fortalecer el cuerpo de conocimientos esforzarse en hacer visibles a todas las enfermeras precursoras que han favorecido la transformación de todas aquellas actividades relacionadas con el cuidado, actividades que nos identifican como profesión.

Esta tarea es complicada en gran parte debido al poco material escrito que las enfermeras estudiadas han dejado tras de sí, debemos tener en cuenta que en la época en que desarrollaron su práctica asistencial, docente, gestora e investigadora no había igualdad de género; en todos los casos se trataba de mujeres líderes en su campo que a través de sus conocimientos, su carácter fuerte y la claridad de los objetivos profesionales fueron conquistando con muchas dificultades un espacio en el ámbito de la salud que reivindicaron para los profesionales del cuidado: las enfermeras.

METODOLOGÍA

La investigación de base de este estudio es de tipo monográfico y territorial al trabajar específicamente sobre enfermeras en el ámbito territorial de Catalunya y teniendo como espacio cronológico de finales del franquismo a finales del siglo XX.

Se trata de un estudio cualitativo con el modelo de relato biográfico que narra la experiencia vivida por enfermeras referentes en el periodo estudiado, expresada con sus propias palabras en los casos en que el narrador está todavía vivo y para aquellas enfermeras ya fallecidas se ha hecho una recogida de sus aportaciones a través del testimonio de sus colegas y de personas que compartieron con ellas espacio de trabajo y/o responsabilidades. Toda esta información se ha contrastado mediante la revisión del fondo documental existente, incluyendo prensa y ediciones audiovisuales para poder contextualizar y contrastar la información de los testimonios vivos.

La muestra teórica es de 10 participantes. Se reclutan por bola de nieve a través de publicaciones, conocidos y diferentes entidades. Las técnicas de recogida de datos son entrevistas biográficas en las que se sigue previo consentimiento informado un guión validado por expertos y diferentes fuentes documentales. Se realiza un análisis de contenido. Se aplican los criterios éticos y de rigor.

¿Quiénes son ellas?

Adela Simón, Carmen Bolea, Carolina Melendez, Genoveva Massip, Maria Llobet, Merce Sans, Pilar Argiles, Pilar Masgrau, Roser Tey y Teresa Piulachs son nuestras

pioneras. Nacidas en los años 20 y 30 del pasado siglo y formadas en los 50, desarrollaron su trabajo en un contexto sin igualdad de género, en el que imperaba el modelo biomédico.

Ellas vivieron la crueldad de la Guerra Civil, el hambre de la postguerra, la dictadura, la reconstrucción del país, el crecimiento económico y el desarrollo progresivo de los conceptos ligados a la salud. Ellas vieron como el reconocimiento de la salud como un derecho de las personas se hacía real y se acompañaba de un despliegue legislativo que daba consistencia al precepto.

Trabajaron en todos los ámbitos: asistencial, docente, investigador y en cuanto a la gestión la mayoría de ellas fueron gestoras bien en un centro hospitalario bien en una escuela de ATS y posteriormente de Diplomados de Enfermería. Todas las pioneras que desarrollaron competencias de gestión innovaron en su campo dejando tras de sí cambios significativos en la forma de organizar, planificar, trabajar, enseñar y evaluar.

Ellas a través de las competencias adquiridas y estancias formativas en países anglosajones, forjaron una fuerte identidad enfermera, con la que fueron conquistando espacios profesionales. Se identifican el modelo enfermero subyacente, la posición de género, las aportaciones a los cuidados y los puntos de convergencia de los perfiles estudiados.

Perfiles y aportaciones

Las trayectorias profesionales muestran trazos comunes, una sólida formación adquirida por diferentes vías: escuelas de prestigio, estancias en el extranjero o adquiriendo experiencia profesional al lado de enfermeras líderes; dedicación casi exclusiva a la profesión, actitudes marcadamente humanitarias y de voluntariado.

Sus aportaciones son significativas incidiendo en la construcción de la identidad en un contexto laboral de poca autonomía profesional, en el que de forma mayoritaria la atención era dada por personal religioso, abogando por el reconocimiento de las diferentes disciplinas que actúan en el ámbito de la salud, en un entorno de escasa colaboración interdisciplinar.

Como se ha comentado anteriormente la mayoría de las pioneras estudiadas desarrollaron labores en los ámbitos de gestión, tanto de centros asistenciales como educativos, lo que les permitió introducir cambios duraderos en el tiempo, impregnando a la organización de la mejora obtenida. En un principio algunos de los cambios fueron pequeños y muy centrados en la imagen como llevar uniformes limpios, o exhibir maneras educadas.

A nivel de centros hospitalarios iniciaron acciones innovadoras vinculadas a aspectos de organización de personal y del trabajo, de planificación, de registros enfermeros, elaboraron pautas de técnicas enfermeras y protocolos. En el ámbito docente al que casi todas las enfermeras estudiadas estuvieron vinculadas cabe destacar por una parte su contribución a la mejora de la formación enfermera en los diferentes centros de trabajo y por otra su labor en los estudios de ATS, introduciendo el concepto del cuidado desde su vertiente de humanización, trabajando con modelos de enfermería, sobretudo en el de la Dra. Virginia Henderson, atenuando así el carácter técnico de los estudios y su

dedicación a la transición desde los estudios de ATS a los de Diplomados en Enfermería, después fuertes de luchas y reivindicaciones profesionales, para incorporar los estudios a la Universidad.

El ámbito que menos puede destacarse en esa época es el de la investigación, ya que se conserva muy poco material escrito de sus aportaciones, a excepción de los textos de comunicaciones o trabajos presentados en diferentes congresos. Algunas de estas pioneras una vez abandonada la vida profesional activa, si estuvieron vinculadas en grupos de investigación para recuperar la historia de la profesión.

Dos de las enfermeras estudiadas presentan un perfil distinto al resto, mucho más basado en una actuación profesional individual, una de ellas acompañando a personas excluidas socialmente sobretodo a enfermos de SIDA al final de la vida, y la otra superviviente de un campo de concentración nazi fue la persona que ideó las unidades móviles de captación de donaciones de sangre, una idea hoy ampliamente reconocida y extendida.

La educación de todas estas enfermeras está muy influida por los valores cristianos: ayuda al débil, responsabilidad, respeto, justicia, solidaridad. Ofrecen sus cuidados a todas aquellas personas que los necesitan sin discriminación alguna, manteniendo un alto compromiso ético y estético con la profesión.

Cabe destacar que el camino hecho por estas enfermeras para darle sentido al cuidado enfermero, ubicarlo en el espacio profesional y recuperar la identidad perdida fue titánico. Sus experiencias son un modelo que estimula a otros miembros de la profesión a trabajar en pro de mejorar la calidad de la contribución enfermera a la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Collière MF. Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1993.
2. Domínguez-Alcón C. Los cuidados y la profesión enfermera en España. Madrid: Pirámide; 1986.
3. García C, Martínez ML. Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid: Harcourt; 2001.
4. Hernández Conesa J. Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 1995.
5. Hervás C. Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil. Política i organització sanitàries: l'impacte del conflicte bèlic. [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2004.
6. López Montesinos MJ. Revisión cronológica de la enseñanza de enfermería en España. Enfermería Global [Internet] 2004 [acceso 16 de enero 2017]; 5. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/568/587>
7. Melendez Fernandez C. La enfermera anónima. Revista Rol de Enfermería. 1978;1(1): 17-19
8. Santo Tomas Pérez M. Historia de la Enfermería. En Fernández Ferrín C, Garrido Abejar M, Santo Tomás Pérez M, Serrano Parra MD. Enfermería Fundamental. 2ªed. Barcelona: Masson; 2000.p.3-128.
9. Siles González J. Historia de la Enfermería. Alicante: Editorial Aguacalra; 1999.
10. Valls R. Història de la professió d'infermeria. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona; 2007.

**LA ELECTRICIDAD COMO AGENTE TERAPÉUTICO: SU UTILIZACIÓN POR
LOS PRACTICANTES A MEDIADOS DEL SIGLO XX**

**ELECTRICITY AS A THERAPEUTIC AGENT USED BY PRACTITIONERS DURING
XX CENTURY**

Sergio González de la Vera
Universidad Rey Juan Carlos

PALABRAS CLAVE: Electricidad, Practicante, Historia, Pimulier.

RESUMEN: Entre las materias que debía estudiar un Practicante a mediados del siglo pasado, se encuentran las relativas al uso de la electricidad para el tratamiento de algunas enfermedades. Esta técnica se conoce como Electroterapia y es recogida en los textos de enseñanza de la época. Este trabajo tiene como objetivo determinar el origen del empleo de la electricidad como agente terapéutico y describir su evolución histórica hasta la incorporación de técnicas fundamentadas en este agente físico en un manual de estudio para los Practicantes.

KEY WORDS: Electricity, Practitioner, History, Pimulier.

ABSTRACT: Among the subjects to be studied by a practitioner in the middle of the last century are those relating to the use of electricity for the treatment of certain diseases. This technique is known as Electrotherapy and is collected in the teaching texts of the time. The aim of this study was to determine the origin of the use of electricity as a therapeutic agent and to describe the historical evolution through scientific developments until the incorporation of techniques based on this physical agent, in a practitioner's manual.

INTRODUCCIÓN

La electroterapia ha sido objeto de diferentes definiciones en cuanto a lo que implica. Algunas de ellas la definen de forma bastante sencilla, como la aplicación de electricidad con finalidad terapéutica^{1,2}. Otras algo más extensas, explicitan que existen distintas técnicas y la definen como un método en el que haciendo uso de la corriente eléctrica, en sus diferentes modalidades, obtenemos resultados favorables en el tratamiento de afecciones en las que está alterado el organismo³.

La clasificación de estas modalidades de corriente eléctrica puede realizarse atendiendo a distintos parámetros como el modo de aplicación, los efectos generados, la frecuencia y la forma de la onda o la polaridad de la corriente⁴.

Los Auxiliares Sanitarios Practicantes, según Pimulier, eran los encargados de cumplir y hacer cumplir las prescripciones de los médicos, con una finalidad curativa. Las intervenciones que llevaban a cabo abarcaban tanto lo moral, como lo médico y lo quirúrgico. Este mismo autor consideraba que los conocimientos de los Practicantes debían ser cada vez más amplios y basados en lo científicamente demostrado. Bajo esta premisa y conforme con el plan de estudios oficial de la Facultad de Medicina de Madrid para la Carrera de Practicante, en su obra *Manual del Practicante*, quedan recogidos un conjunto de conocimientos entre los que se encuentra la electroterapia⁵.

En esta búsqueda bibliográfica se ha seguido el recorrido de la electroterapia desde sus orígenes hasta su incorporación en dicho programa de estudios. Los objetivos de la búsqueda son determinar el origen de la electroterapia, analizar la evolución de la electroterapia hasta mediados del siglo XX y describir el papel de la electroterapia en la labor de los Practicantes en esta misma época.

METODOLOGÍA

La información obtenida para el desarrollo de esta búsqueda fue rescatada de diversas fuentes. Por un lado, se realizó una búsqueda en octubre de 2016 en diferentes bases de datos bajo los términos: electroterapia, electrotherapy, evolución, historia, history, origen, origin, técnicas, agentes físicos y desarrollo; para recoger información sobre el origen y la evolución histórica de la electroterapia.

Por otro lado, se utilizó el Manual del Practicante de Pimulier, fuente primaria, para describir el lugar que ocupaba la electroterapia en el programa de estudios oficial de la Carrera de Practicante.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Origen y evolución histórica de la electroterapia

El primer contacto entre el hombre y la electricidad se sitúa hace aproximadamente 120 mil años atrás, cuando la especie *Homo sapiens* descubrió el fenómeno del rayo. Sin embargo, este agente físico no fue empleado de forma terapéutica hasta la civilización griega a través del pez torpedo, raya eléctrica de la familia Torpedinidae, que puede producir choques eléctricos de aproximadamente cuarenta y cinco voltios⁶. Autores como Hipócrates, Thales de Mileto y Dioscórides utilizaron este pez con una finalidad

terapéutica. Entre las patologías tratadas con este pez se encontraban los prolapsos anales. Además, Thales de Mileto descubrió en el 624 a.C la electrostática al frotar un trozo de ámbar contra un trozo de lana^{7,8,9}.

La civilización romana siguió los pasos de la griega, incorporando el pez torpedo en sus terapias. Scribonius Largus, médico oficial del emperador romano Claudio, en el siglo I, recogió diferentes prescripciones médicas de gran importancia desde la época de Hipócrates hasta la de Galeno, recomendando el uso de descargas de este pez para tratar dolores de cabeza y gota⁶.

En su obra *Compositiones medicinae* describe la forma en que debe usarse para el tratamiento de la gota. Para ello debe situarse el pez vivo bajo el pie, cuando comienza el dolor, permaneciendo hasta notar el entumecimiento hasta la rodilla, como forma de aliviar el dolor^{8,9}. Para el dolor de cabeza, describía de la siguiente forma el tratamiento: "el dolor de cabeza, incluso si es crónico e insoportable, puede ser eliminado y remediado para siempre, colocando un torpedo negro vivo sobre el punto donde está el dolor, hasta que el dolor cese" (p.50)⁶.

En otras civilizaciones, como la china, también se empleaban especies similares, pero con objetivos distintos. Si bien los griegos y romanos empleaban las descargas con fines analgésicos, en oriente trataban con ellas la caída del párpado, actuando directamente sobre el músculo esquelético⁶.

Desde el fin de la época clásica hasta el siglo XVIII apenas hubo avances en la terapéutica, debido a las creencias dominantes durante la Edad Media. En el siglo XVIII se retomó el estudio de la electricidad y se diseñaron aparatos capaces de producir descargas similares a las del pez torpedo, comenzando una electroterapia más similar a la que encontramos actualmente^{8,9}.

Previamente, durante el Renacimiento hubo algunos avances en cuanto a la electricidad. William Gilbert en una de sus obras de mayor importancia, *De Magnete, Magneticisque corporibus et de Magno Magnete Tellure; Physiologia Nova, Pluribus Argumenta et Experimenta Demonstrata* (1600), partiendo de la aportación realizada por Gerolamo Cardano, reitera la diferencia existente entre los fenómenos de magnetismo y electricidad. En sus explicaciones, relacionaba la electrización de un cuerpo con fluidos, humores, que había en su interior y eran removidos, dejando una atmósfera alrededor del cuerpo. Hoy en día entendemos que esos conceptos a los que se refería eran realmente la carga y el campo eléctrico. Apuntó también la capacidad de generar electricidad mediante frotamiento, no solo por parte del ámbar, sino también por otros cuerpos como vidrio, nácar o diamante⁷.

Otto van Guericke, fue una figura de vital importancia, ya que inventó la máquina electrostática, que supuso dejar atrás la necesidad de frotar un cuerpo manualmente para electrizarlo⁷. Gracias a esto, ya en el siglo XVIII comenzó a sustituirse esa electroterapia rudimentaria originaria de los griegos, en la que se obtenía la electricidad de fuentes naturales, por una electroterapia en la que la electricidad era obtenida artificialmente. Una electroterapia moderna generalmente conocida como galvanismo, aunque previamente tuvo lugar el Franklinismo, y posteriormente el Faradismo, que buscaba efectos anestésicos^{10,11,12}.

El Franklino es la primera terapia que se desarrolla y se lleva a cabo mediante un generador de corriente por fricción. Puede definirse como la práctica médica del siglo XVIII que se basaba en el empleo de electricidad estática para provocar entumecimiento. Franklin inventó en 1752 el “cuadrado mágico”, que consistía en un simple condensador para aplicar descargas eléctricas a sus pacientes. Junto con la jarra de Leyden hizo posible el tratamiento a domicilio¹¹. La fama de este método en la medicina práctica creció y fue usado en todo tipo de enfermedades, incluyendo en la mala circulación de fluidos, parálisis y operaciones irregulares^{10,12}.

La jarra o botella de Leyden fue una de las aportaciones más importantes del área al ser el primer condensador eléctrico, desarrollado en 1745 por Leyden von Kleist. Este contenedor fue clave para entender la descarga del pez eléctrico y su gran capacidad de almacenamiento supuso una gran ayuda para la experimentación^{6,7}.

El primer uso de electricidad con fines puramente médicos en Europa se le atribuye, en 1744, a Christian Kratzenstein cuando trató una contracción mantenida del dedo meñique mediante electroterapia durante quince minutos. Tres años más tarde, Jean Jallabert consiguió mejoras tras tratar un brazo que llevaba paralizado quince años. En Inglaterra la electroterapia comenzó a desarrollarse a mediados de este siglo y patologías como epilepsia, migrañas, reuma, ciática o gota entre otras fueron tratadas por John Wesley, uno de los primeros ingleses en utilizar este tipo de terapia¹³.

El galvanismo, iniciado por Luigi Galvani, es la aplicación directa de la corriente eléctrica sobre la piel, en pulsos o ciclos regulares. Para hablar de él no se puede evitar mencionar la pila voltaica, un invento que surgió como rechazo a una de las teorías de Galvani. Este último descubrió en las patas de una rana, por accidente durante una disección, que el tejido muscular podía ser estimulado como consecuencia de una corriente eléctrica. La hipótesis publicada en 1791 por Galvani mantenía que eran los animales quienes generaban electricidad^{1,6,10,14,15}. Este descubrimiento llegó a los oídos de Alessandro Volta, y a consecuencia de sus experimentos terminó rechazando la hipótesis de Galvani, y proponiendo que la fuente de electricidad residía en los metales usados durante la disección. Partiendo de su acertada hipótesis, Volta continuó investigando hasta desarrollar uno de los inventos de mayor repercusión en torno a la electricidad, la pila voltaica, primera fuente generadora de corriente continua^{10,15}.

Los inicios del siglo XIX pueden considerarse como la época dorada de la electroterapia, siendo una terapia ampliamente extendida y usada en diferentes campos como ginecológico o neurológico^{10,11}. Por mitad de siglo XIX los instrumentos electroterápicos existentes en la época estaban presentes en la mayoría de los hospitales.

En el siglo XX se continuó desarrollando la electroterapia en torno a la histeria, pero de mayor relevancia fueron los nuevos aportes a la medicina que permitían obtener bioinformación como el electrocardiógrafo por parte de Einthoven en 1903 o el uso de nuevas corrientes analgésicas y excitomotoras empleadas por Nemeš, Liberson y Kotz¹⁶.

Incorporación de la electroterapia en el programa de la Carrera de Practicante. El Manual de Pimulier

Felipe Simón Pimulier, médico, ex interno por oposición del Hospital General y Maternidad Provincial y ex profesor ayudante de clases prácticas de la Carrea de Practicante en la Facultad de Medicina de Madrid publica en 1949 en primer tomo de *Manual del Practicante*. Esta obra es una recopilación de las materias de la medicina y cirugía auxiliar útiles y empleadas en la labor del Practicante. El Manual cumple con el programa de estudio oficial teórico y práctico exigido por la Facultad de Medicina de Madrid para la Carrera de Practicante y los temas de las oposiciones más frecuentes para la misma⁵.

El objetivo del Manual, según expresa Pimulier en el prólogo, es ser de utilidad a los auxiliares sanitarios; no solo al Practicante, sino también a Matronas y Enfermeras, e incluso, a estudiantes de Medicina⁵.

Para él, la profesión de Practicante implicaba una serie de cualidades morales como la vocación, amor al trabajo, honradez, discreción, firmeza de carácter y responsabilidad¹⁷.

Este Manual no fue la primera obra referente a los Practicantes publicada por Pimulier, sino que ya en 1928 había publicado unos apuntes para Practicantes de los que se habían hecho varias ediciones. También en 1934 publicó temas prácticos y lecciones para los dos años que implicaba la Carrera de Practicante. Pero la calidad del Manual supera la de estas anteriores publicaciones, especialmente por la cantidad de grabados que contiene que facilitan la comprensión de los conocimientos¹⁷.

La obra consta de dos tomos publicados en 1949 y 1950 respectivamente. Los temas tratados en cada uno de ellos son los recogidos en el siguiente cuadro.

Tomo I	Tomo II
Introducción	I. Cirugía. Capítulos I-XVIII
I. Anatomía y fisiología.	II. El Practicante en las distintas especialidades médico-quirúrgicas. Capítulos XIX-XVI
II. Vendajes.	III. Apéndice de temas de oposiciones. Capítulos XXVII-XL
III. Fracturas y luxaciones.	
IV. Medicación tópica.	
V. Dietoterapia	
VI. Terapéutica física.	

Concretamente en el primer tomo, en el capítulo de Terapéutica física es donde se encuentran recogidas una serie de técnicas y de instrumentos propios de la electroterapia. El capítulo se compone de cinco lecciones y en cada una de ellas está presente, de una u otra forma, la electroterapia, quedando explícitamente recogida bajo este término en la última lección, correspondiente a la XLIX.

En esta lección, Pimulier, solo señala la corriente continua o galvánica, la alterna inducida o faradización y la de alta frecuencia o arsonvalización como aquellas usadas en medicina. La galvánica la define como aquella obtenida al conectar a través de un hilo los dos polos de una pila y la alterna, como aquella que cambia de sentido, es decir, en la que

se invierte la polaridad⁵.

El principal instrumento recogido por el autor en esta parte específica del Manual es el “Pantostato”, catalogado como el más frecuentemente utilizado en electroterapia. Con él se hacía pasar corriente entre los electrodos que conforman ánodo y cátodo y era indicado para tratar diversas enfermedades tanto del sistema nervioso como la parálisis infantil, las neurálgicas o las hemiplejías como del aparato locomotor, como fracturas, atrofias y rigideces musculares. En cuanto a técnicas, aparecen señas la endoscopia para la exploración de cavidades y los masajes vibratorios. Además, Pimulier recoge en el último párrafo de esta lección, aparatos y técnicas que estaban basados en el uso de la electricidad y aparecen también en lecciones anteriores: el galvanocauterio, los termóforos eléctricos y la diatermia⁵.

El galvanocauterio era muy utilizado para cauterizar en cavidades como fosas nasales o la boca por su pequeño tamaño y consistía en pasar una corriente continua, que le da nombre a la técnica, a través de un hilo de platino⁵.

Los termóforos eléctricos, más conocidos como mantas eléctricas, producían calor en la profundidad de los tejidos mediante la electricidad. Este mismo principio sigue la diatermia, descrita en el Manual como un procedimiento en el cual se hace pasar una corriente de baja frecuencia por unos electrodos colocados sobre el paciente, produciendo calor en los tejidos. Esta técnica implicaba riesgo de quemaduras. En la onda corta, la frecuencia era mucho mayor, de 50 a 100 veces más, que en la diatermia⁵.

Por último, en la lección XLVII se amplía la diatermia señalando que en caso de utilizar agujas como pequeños electrodos podía aplicarse en cirugía a modo de electrocoagulación y se describe la onda corta. Estas ondas eran de alta frecuencia, de 50 a 100 veces más frecuentes que la diatermia y de menor longitud de onda, entre 100 y 10 metros⁵.

Con este conjunto de técnicas e instrumentos queda reflejada la importancia de la electroterapia en la labor del Practicante a mediados del siglo XX; estando presente en diferentes tratamientos y exploraciones, y ampliando las posibilidades de los mismos.

CONCLUSIONES

El origen de la electroterapia se remonta a las civilizaciones clásicas con el empleo de las descargas producidas por el pez torpedo para el tratamiento de distintas patologías. La evolución de este tipo de terapia a lo largo de la historia ha estado condicionada por la posibilidad de obtener energía eléctrica de forma artificial y poder almacenarla. Estos hitos se cumplieron con los inventos de van Guericke y Leyden. A mediados del siglo XX Pimulier publica el Manual del Practicante, siguiendo el programa oficial de estudios de la Facultad de Medicina de Madrid para la Carrera de Practicante, y en él incluye técnicas y aparatos electroterápicos con aplicaciones muy diversas dentro esta profesión.

REFERENCIAS

1. Aramburu de Vega C, Muñoz Díaz E, Iguual Camacho C. Electroterapia, termoterapia e hidroterapia. Madrid: Editorial Síntesis, 1998.
2. Tiktinsky R, Chen L, Narayan P. Electrotherapy: yesterday, today and tomorrow. Haemophilia: The Official Journal Of The World Federation Of Hemophilia. 2010; 16: 5126-131.
3. Molina Armiño, A. Electroterapia en el deporte. Valladolid: Editorial Pilar López Nava, 1998.
4. Rodríguez Martín JM. Electroterapia en fisioterapia. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana, 2000.
5. Pimulier, F.S. Manual del Practicante. Tomo I. Madrid: Librería Editorial Médica Española, 1949.
6. Wu CH. El pez eléctrico y el descubrimiento de la electricidad animal. Elementos. 2007;65:49-62.
7. Poveda Ramos G. La electricidad antes de Faraday. Parte 1. Revista Facultad de Ingeniería Universidad de Antioquía. 2003;30:130-147.
8. Martellucci, J. Electrotherapy for pelvic floor disorders: historical background. En: Martellucci, J ed. Electrical Stimulation for Pelvic Floor Disorders. 1 ed. Suiza: Springer International Publishing. 2015. p. 1-18.
9. Tsoucalas G, Karamanou M, Lymperi M, Gennimata V, Androustos G (2014) The “torpedo” effect in medicine. IntMaritHealth 65:65–67.
10. De Andrade Martins R. Alessandro Volta e a invenção da pilha: dificuldades no estabelecimento da identidade entre o galvanismo e a eletricidade. Acta Scientiarum. 1999;21(4):823-835.
11. Macdonald JRA. A brief review of history of electrotherapy and its union with acupuncture. Acupuncture in Medicine.1993; 11(2):66-75.
12. Lancheros D, Castellanos Á, Barrera R, Reynolds J. Electroictología y la aplicación de la electricidad en medicina. La Timonera; 19: 58-61.
13. Hills A, Stebbing J. Electrotherapy: enlightening modern medicine. The Lancet Oncology. 2014;15:1060-1061.
14. Raposo Vidal I, Fernández Cervantes R, Martínez Rodríguez A, Sáez Gómez JM, Chouzalnsua M., Barcia Seoane 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.
15. Hernández N. Influencia de los campos electromagnéticos en el organismo humano. Iatreia. 1992;5(3):189-195.
16. Raposo Vidal I, Fernández Cervantes R, Martínez Rodríguez A, Sáez Gómez JM, Chouzalnsua M., Barcia Seoane 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.
17. Pimulier, F.S. Manual del Practicante. Tomo II. Madrid: Librería Editorial Médica Española, 1950.

HERIDAS DE CINE

WOUNDS FILMS

Eladio J. Rolo Carrón

Enfermero de M.I. en el H.U.M.V. Grado en Geografía e Historia
Máster en Dirección y Gestión

Elena Pérez Martín

Enfermera de M.I. en el H.U.M.V.
Profesora Asociada de la U.C.

Zahira Martínez Castrosín

Enfermera en el H.U.M.V.

PALABRAS CLAVE: Enfermería, Heridas, Cine, Películas.

RESUMEN: En el cine hay una gran variedad de heridas de producciones diversas, pero también, el método de tratarlas o curarlas, mucho de estos métodos son productos de una invención desmesurada y otros tienen una pequeña base histórica. Repasaremos con las imágenes flechazos, disparos, heridas de armas blancas y el tratamiento de cauterización, con o sin pólvora, el uso de fermentados, la miel y las emplastos, con la particularidad de que no hay ninguna enfermera entre los heridos y los que aplican el remedio.

KEY WORDS: Nursisng, Wounds, Films, Movies.

ABSTRACT: In the film there are a multitude of wounds of different productions, but also, the method of treating them or heal them, many of these methods are products of an excessive invention and others have a small historical basis. We will review images with arrows, shooting, white wounds and treatment of cauterization, with or without gunpowder, the use of fermented, honey and poultices. With the particularity that there is no nurse in them, they are all improvised.

INTRODUCCIÓN

Con esta comunicación repasaremos formas peculiares de tratar las heridas en cine, con la condición de que ninguno de sus protagonistas son sanitarios, para darle el contexto adecuado indagaremos en la historia para comprobar la utilidad de los diversos tipos de remedios utilizados. Durante toda la historia las heridas se han tratado de diversas maneras y por lo tanto el cine no parece impasible a estos métodos sobre todo si hay que dar un contexto histórico determinado, nos extrañaría curar una herida con métodos modernos en las épocas que suceden estas historias.

Ficha: “Dos mulas y una mujer” (Two Mules for Sister Sara). 1970.

Dir. Don Siegel.

Actores: Clint Eastwood, Shirley Maclaine.

Escena: El mercenario interpretado por Clint Eastwood sufre un “flechazo” que atraviesa la zona superior torácica, mediante indicaciones y con una dosis suficiente de whisky, la hermana Sara (Shirley Maclaine), retira la flecha con percusión y cauterización con pólvora.



Ficha: "El fuera de la ley". 1976.

Director: Clint Eastwood.

Actores: Clint Eastwood, Sondra Locke.



Escena: El compañero de Josey Wells recibe un tiro e intentan curarlo con un emplasto. Desgraciadamente más tarde morirá al son de Rosa de Alabama.

Ficha: "Braveheart". Año 1995.

Director: Mel Gibson.

Actores: Mel Gibson, Sophie Marceau.



Escena: Uno de los escoceses que apoyan a Wallace recibe un flechazo, el método de cura es buen whisky escoces y cauterización con un hierro candente.

Ficha: “Gladiator”. Año 2000.

Director: Ridley Scott.

Stars: Russell Crowe, Joaquin Phoenix.

Escena: Tras la traición de Cómodo a su padre, Máximo herido, retorna a Emérita Augusta, donde su familia ha sido asesinada.

Cae en manos de unos esclavistas y es curado con un “emplasto” fermentado en la boca de otro de los futuros gladiadores.



Ficha: “El Guerrero nº 13”. Año 1999.

Director: Jhon McTiernan. .

Actores: Antonio Banderas, Omar Sharif, Diane Verona.



Escena: Tras un primer enfrentamiento contra las bestias el guerrero nº 13 de origen árabe es atendido por una mujer del poblado, cura sus heridas con orina fermentada, mientras comenta que si no accede mañana tendrá pus.

Ficha: "The Equalizer" Año 2014.

Director: Antoine Fuqua.

Actores: Denzel Washington, Marton Csokas.



Escena: Tras una refriega con los agentes rusos, Denzel utiliza la miel para curar su herida. Este agente de la CIA retirado la hierve y aplica sobre una herida para continuar su lucha contra la mafia rusa.

“la cámara enfoca durante segundos un envase de cristal con miel, previamente se ve hirviéndola”

Ficha: "Acorralado" Año 1982.

Director: Ted Kotcheff.

Actores: Sylvester Stallone, Richard Crenna.

Escena: Tras una persecución por un escarpado, John Rambo sufre una herida en un brazo al lanzarse al vacío, con ayuda de aguja e hilo, realiza una sutura envidiable.



En el cine hay multitud de heridas, exceptuando las cintas en las que aparecen enfermeras y médicos, es difícil ver en la pantalla el tratamiento de las mismas, quizás porque no aportan nada al desarrollo argumental. Otras veces la manera de aplicar el remedio se convierte en una forma de fijar la atención del espectador.

En la historia del tratamiento de las heridas, no resulta extraño encontrarnos con líquidos fermentados (cerveza) y miel, ya en los papiros egipcios se constata su utilización, así como los cauterios en hemorragias. En cuanto a la miel, su composición propicia un efecto osmótico que interviene en la correcta cicatrización y curación de las heridas, además de sus propiedades anti-bacterianas. También eran habituales los emplastos de mezclas de diferentes componentes, hierbas, vino, aceites, frutos e incluso minerales.

La cauterización era la manera elegida en el campo de batalla por su rapidez, lo que si sorprende es la utilización en el cine western y con pólvora, probablemente por su efecto visual.

Algunas formas de tratar las heridas sobrevivieron prácticamente hasta la edad moderna por lo que es normal que el cine nos las muestre así, pero mejor no intentarlo en casa, solicite la ayuda de un profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- Bencomo Viala, M et al. Textos médicos en el Antiguo Egipto. 2013. www.academia.edu
- Población y Fernández, A. El origen y las vicisitudes de la terapéutica que han usado los cirujanos españoles en las heridas de armas de fuego. Rojas, Madrid. 1868.
- Rodrigo Ramírez A, Bruno Dagnino U. Curación de heridas. Antiguos conceptos para aplicar y entender su manejo avanzado.
- Dioscorides interactivo. <http://dioscorides.usal.es/>

Filmografía

Según IMBD.

- Acorralado, año 1982. 1h 33 min, acción, drama.
- Braveheart, año 1995. 2h 58 min, histórica, drama.
- Gladiator, año 2000. 2h 35 min, histórica, drama.
- Dos mulas y una mujer, año 1970. 1h 56 min, western.
- El fuera de la ley, año 1976. 2h 15 min, western.
- El guerrero nº 13, año 1999. 1h 42 min, histórica, acción.
- The Equalizer, año 2014. 2h 12 min, Thriller, acción.

ENFERMERÍA Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN ESPAÑA. SIGLO XX - XXI

NURSING AND MEDIA IN SPAIN. CENTURY XX- XXI

Elena Martín González

Hospital Universitario Rey Juan Carlos

M^a Teresa Martín García

Universidad de Salamanca

PALABRAS CLAVE: “Enfermería”, “Estereotipos”, “género”, “Medios de comunicación” y “Cine”

KEY WORDS: "Nursing", "Stereotypes", "Media", "Cinema", "gender"

RESUMEN: La enfermería es una de las profesiones que han sido más estereotipadas. Por ello, se ha llevado a cabo esta investigación, que pretende dar a conocer la influencia de los medios y del cine en la representación que se transmite a la sociedad de esta profesión.

Una de las principales conclusiones de este estudio es que los medios de comunicación ofrecen una imagen sexista y muy reduccionista de la enfermería; presentándola como una profesión femenina, subordinada a otros ámbitos sanitarios, como la medicina, y enfocada al cuidado.

ABSTRACT: Nursing is one of the professions that have been more stereotyped. This research shows the influence of the media and the cinema in the representation of this profession that is transmitted to the society.

One of the main conclusions of this study is that the media offer a sexist and very reductionist image of nursing; showing it as a female profession, subordinate to other health areas, such as medicine, and focused on care.

INTRODUCCIÓN

La enfermería ha sido, desde sus inicios, una profesión tradicionalmente vinculada al sexo femenino. Este hecho, junto con la imagen (muchas veces distorsionada) que se ha ofrecido desde los medios, el cine y la publicidad ha contribuido a que se convierta en una de las profesiones más estereotipadas que existen¹.

En las últimas décadas la profesión de la enfermería ha sufrido importantes cambios, sobre todo, por el elevado grado de especialización que ha alcanzado, ya que, en la actualidad, al igual que sucede en el campo de la medicina, existen diferentes ramas a las que poder orientar la profesión. Otra de las importantes novedades que se ha dado, es la incorporación del hombre a la enfermería pues las cifras van en aumento, tal y como reflejan los datos de la última encuesta del INE sobre profesionales sanitarios colegiados. Según este estudio en 2015 la cifra de enfermeros en España aumentó un 3,4% situándose en 284.184². Sin embargo, nada de esto se corresponde con la imagen que se ofrece desde los medios de comunicación y el cine.

Para poder indagar en los estereotipos y roles de la enfermería es fundamental, aplicar la perspectiva de género (categoría de análisis basada en las diferencias entre hombres y mujeres creadas social y culturalmente). Esta perspectiva sostiene que la cuestión de los géneros y su relación de desigualdad tiene efectos de producción y en el mantenimiento de la discriminación en todos los ámbitos: trabajo, familia, política, organizaciones, empresas, salud, ciencia...Por eso, es tan importante, indagar e investigar en este campo desde un enfoque de género, y por tanto, fijarnos de manera especial en los roles y estereotipos que se ofrecen sobre la enfermera y la enfermería³.

El hecho de que se perciba como una profesión enfocada al cuidado, es una de las principales razones por las que han proliferado muchos de los estereotipos que se asocian a la profesión, pues para una sociedad patriarcal, como la nuestra, el cuidado (sea o no profesional) es un rol femenino⁴⁻⁵. Algunos autores, como Manuel Ángel Calvo⁶, también desacatan la importancia de que los propios enfermeros comiencen a visibilizar el trabajo y los roles reales que desempeñan en el ámbito de la salud, tales como importantes acciones de supervisión del paciente en el día a día, acciones de información y comunicación con el paciente y familiares, sensibilización de y prevención de enfermedades mediante la educación para la salud, investigación, prevención, seguimiento de tratamientos, etc.

OBJETIVOS

Con esta investigación se pretende dar a conocer la influencia y responsabilidad de los medios de comunicación y cine, como creadores y transmisores de los estereotipos de la enfermería que existen en la sociedad y que, en muchos casos, no se corresponden con la realidad. A su vez, se analizará qué comunica la enfermera a la sociedad española en el Siglo XX –XXI. Por tanto, este trabajo quiere ser, al mismo tiempo, un elemento de reflexión y visibilización del papel real de la enfermería en el ámbito de la salud y de la sociedad en su conjunto.

FUENTES

Se ha realizado una revisión bibliográfica de fuentes primarias y secundarias, utilizando las bases de datos CINAHL, Medline, Science Direct, Cuiden Plus, Índex y en el buscador científico Dialnet, utilizando los descriptores (DECS) “Enfermería”, “Comunicación”, “Estereotipos”, “Medios de comunicación” y “Cine”, utilizando los operadores booleanos.

Así mismo, se ha realizado una búsqueda y selección de noticias relacionadas con la enfermería en diferentes medios de comunicación generalistas y especializados españoles (*El Mundo, ABC, El País, La Vanguardia, Diario Médico, Gaceta Médica*).

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo un estudio cualitativo de análisis de contenido descriptivo y exploratorio aplicado al contenido publicado en los medios de comunicación, que hace referencia a la enfermería; delimitando el estudio a publicaciones de los últimos 5 años.

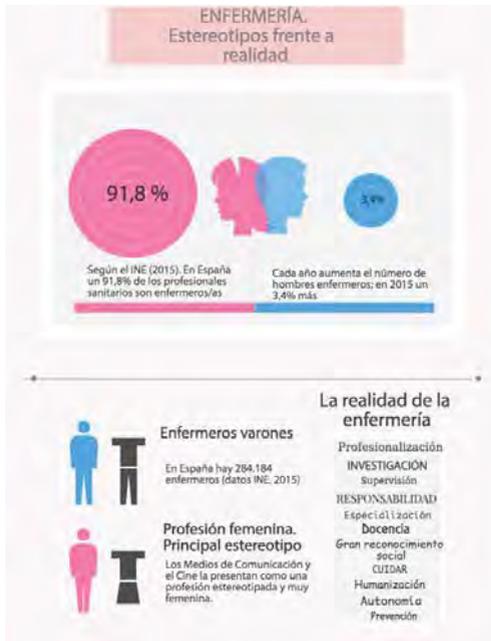
Al realizar una investigación con perspectiva de género, el análisis de estereotipos y roles se ha hecho partiendo de la observación del lenguaje empleado por los medios, los roles y actividades que se asocian a la profesión y la imagen ofrecida; todos estos elementos son fundamentales para determinar si existe o no un componente sexista.

El estudio se completa con la revisión bibliográfica, relacionada con la imagen de la enfermería en la sociedad española, en los medios de comunicación y el cine. Para el tratamiento y aplicación de la información obtenida se han utilizado métodos analíticos, de síntesis y cronológicos. Además, se han seguido los siguientes criterios de inclusión: artículos publicados en los últimos 5 años (2011-16) en diferentes medios de comunicación y películas del siglo XX y XXI, que tengan relación con la imagen de la enfermería mostrada a la sociedad española (en inglés y en español).

RESULTADOS

Tras analizar el contenido seleccionado, puede afirmarse que uno de los resultados principales es que los medios de comunicación españoles representan a la enfermería como una profesión femenina; los hombres apenas cuentan con representación y esto queda constatado, principalmente, por el lenguaje empleado, claramente discriminatorio con respecto a los hombres que desempeñan esta profesión. La mayoría de los titulares y contenidos relacionados con la profesión utilizan la palabra “enfermera” para referirse al conglomerado de profesionales de la enfermería, feminizando así la profesión⁷. Esto podemos verlo en titulares como *Contratar una enfermera o salud tras el parto, ¿a favor o en contra?* (ABC, 17/06/2016), *Más de 8000 enfermeras españolas trabajan en el extranjero* (La Vanguardia, 26/12/2016), *Hacen falta enfermeras en los colegios para atender a nuestros hijos* (El País, 07/014/2016), *Reino Unido busca 23.000 médicos y enfermeras en el extranjero* (Expansión, 29/02/2016) o *España necesita unas 142.000 enfermeras para alcanzar a Europa* (El Mundo, 07/05/2015).

Más allá de los medios generalistas, los medios especializados como *Diario Médico*, también contribuyen a estereotipar e inviabilizar la realidad de la enfermería, esto se aprecia en titulares como *Europa sigue demandando compulsivamente enfermeras españolas* (*Gaceta Médica*, 20/04/2016).



El lenguaje empleado es un importante indicador de sexismo, a la hora de realizar un análisis de contenido de estas características. En este sentido, verbos como cuidar o atender, son algunos de los más utilizados cuando se publica contenido en los medios relacionado con la enfermería; ofreciendo así una imagen reduccionista, con respecto a la labor real (cargada de responsabilidad, dedicación, formación, especialización y actualización constante).

Además, a través del lenguaje, los medios de comunicación presentan a la enfermera, normalmente, como “ayudante del médico”; como una figura que no tiene suficiente independencia, es sumisa y obediente. Titulares como estos son buen ejemplo de ello: *Los enfermeros no podrán aconsejar fármacos sin contar*

con un médico (23/12/2015), *Las enfermeras podrán prescribir medicamentos que no necesiten receta* (Libertad Digital, 23/10/2015), *Médicos y enfermeros en pie de guerra por la receta de medicamentos* (El Mundo 15/02/2016).

La imagen es otro de los parámetros que deben analizarse cuando se realiza un estudio con perspectiva de género. Para ello, además de las fotografías o vídeos que se muestran en los medios de comunicación, hemos revisado algunas de las producciones cinematográficas de los siglos XX y XXI en donde aparece representada la figura de enfermera o enfermero⁷.

En la mayoría de los casos analizados, puede afirmarse que el papel que se representa de la enfermería es reduccionista y habitualmente relacionado con los siguientes roles y estereotipos: femenina, cuidadora, seductora, bella, sexy o enamoradiza, entre otros aspectos.

En el cine, a lo largo de la historia, han sido habituales los papeles de enfermeras que se enamoran de sus pacientes, dejando en un segundo plano su aspecto profesional. Es el caso de trabajos Fuente: Elaboración propia cinematográficos como *La vida secreta de las Palabras* (2005), en donde Sarah Polley interpreta a una enfermera que se enamora de una paciente que se ha quedado ciego en una plataforma petrolífera. Otro ejemplo de este estereotipo lo hemos encontrado en *El Paciente Inglés* (1996); en esta película Juliette Binoche es una enfermera que se enamora del paciente al que cuida, que ha sufrido grandes quemaduras en la II Guerra Mundial.

No podemos dejar de lado algunos de los films de Bernad et, al, en los que representan a las enfermeras como mujeres muy buenas, que conquistan a los pacientes con su amabilidad y belleza; como en la película *Johnny cogió su fusil*, de Dalton Trumbo (1971)

en la que las enfermeras muestran cariño, humanidad y empatía en el trato hacia el paciente. *En el amor y la guerra* (1996) de Richard Attenborough se relata la historia real del romance surgido entre Ernest Hemingway con Agnes von Kurowsky, la enfermera que le cuidó y le atendió hasta que se repuso de una devastadora herida sufrida en el campo de batalla. Otro ejemplo es la *La batalla de passchendaele* (2008), de Paul Gross, donde un soldado que es gravemente herido se enamora de una misteriosa y atractiva enfermera con quien mantendrá una apasionada historia de amor⁸.

Precisamente, el papel de la enfermera en los grandes conflictos bélicos, como la I y II Guerra Mundial está también cargado de elementos estereotípicos. En esta época las enfermeras tuvieron un papel fundamental, pues tuvieron que asumir grandes responsabilidades que hasta el momento solo eran competencia de los médicos, por ejemplo, amputaciones; sin embargo, no es lo que suele representarse en el cine y de nuevo, su papel es reduccionista y no se corresponde con el papel real en la historia. En este caso, destaca el papel de la enfermera y protagonista de una serie muy reciente *Otlander* (2014). La enfermera, cuyo personaje se llama Claire Fraiser, cuenta con amplios conocimientos y ha tenido que desempeñar labores de mucha responsabilidad y de extremada dureza durante la II Guerra Mundial (operaciones, amputaciones...), pero en la serie apenas se destaca el verdadero trabajo realizado y se centra en su aspecto seductor, restando importancia a su verdadero papel en la sociedad⁸.

En la conocida película *Pearl Harbor* (2001), ambientada en el ataque a la base aérea estadounidense homónima durante la II Guerra Mundial, tampoco se visibiliza el verdadero trabajo desempeñado por las enfermeras en ese momento de tanta tensión, muertos y heridos, que supuso un gran reto para este colectivo profesional; “La Segunda Guerra Mundial y el ataque de Pearl Harbor fue una gran prueba que superamos”⁹. En vez de eso, las protagonistas son representadas como una pandilla de chicas despreocupadas, presumidas, obsesionadas por su aspecto y por casarse con los militares.

Por otra parte, en los últimos años han proliferado películas y series centradas en el campo de la salud, como *Anatomía de Grey* (2005), *House* (20014) o *The Mindy Project* (2012). Sin embargo, en ninguno de estos casos, la enfermería tiene un papel protagónico. En todos estos ejemplos los protagonistas son los profesionales médicos. Así mismo, en muchos casos, cuando el personaje que representa la enfermería es un hombre, como en la comedia *Los padres de Ella* (2000), es ridiculizado por dedicarse a una profesión considerada “de mujeres”. Esto es lo que le sucede el personaje interpretado por Ben Stiller, cuando le cuenta a su suegro, Robert De Niro que trabaja en un hospital como enfermero y no como médico¹⁰.

Sin duda, uno de los aspectos que más ha llamado la atención en nuestro análisis, es que la imagen ofrecida por los medios de comunicación y el cine no se corresponde en absoluto con el enorme valor que la sociedad concede a la profesión de la enfermería. En los últimos datos ofrecidos en 2016 por el CIS sobre la valoración de profesiones en nuestro país, la enfermería ha sido un año más la profesión sanitaria más valorada por los españoles; obteniendo un 7,50 sobre una puntuación de 10, superando ligeramente al profesional médico (puntuado con 7,45)¹¹.

CONCLUSIONES

Una de las principales conclusiones de este estudio es que existe una desconexión entre la realidad de la Enfermería, lo que percibe la sociedad y lo que transmiten los medios de comunicación. Los profesionales de los medios de comunicación reconocen la importancia y el valor de la Enfermería, como se aprecia por el contenido de muchas noticias analizadas, pero al no tener ningún tipo de vínculo con este colectivo, necesitan disponer de más información sobre la profesión, conocer su papel real en el ámbito sanitario y cómo ha ido evolucionando su formación y responsabilidades para poder ofrecer una imagen más cercana a la realidad. En esto, es esencial el papel de la propia Enfermería, que debe aumentar sus esfuerzos de divulgación hacia los medios y la sociedad y potenciar la conexión con los profesionales de la comunicación, para que puedan apoyar en la tarea divulgadora.

Para ello, es fundamental que desde el ámbito de la enfermería se trabaje por mejorar su presencia en las redes sociales y en general, en internet. Impulsar el uso que se hace de estas herramientas es muy importante para que tanto los Medios, como el Cine, puedan ofrecer una imagen positiva y real sobre la profesión.

Así mismo, con esta investigación se ha podido constatar que aún existe una feminización de la enfermería por parte de los medios, pues a menudo la presentan como una profesión de mujeres. Además, el papel de “ayudante del médico” (hacer curas, poner inyecciones, administrar medicamentos...) sigue siendo uno de los roles que más se asocia con una profesión que cada vez se torna más compleja, especializada y profesional.

Se comprueba así, que aún persiste un importante desconocimiento de las funciones de la profesión y de sus competencias para labores con mayor importancia, como la investigación, prevención de enfermedades (a través de educación para la salud), concienciación social sobre determinadas realidades sanitarias, relación con enfermos y pacientes, acciones para la humanización de la salud, etc.

Por estas razones, se concluye que los medios de comunicación y el cine deben aumentar sus esfuerzos por acercarse a la realidad de la Enfermería y dejar atrás los tradicionales clichés y estereotipos. Al mismo tiempo, los profesionales de este ámbito de la salud (como verdaderos conocedores de la profesión) son la clave para que los medios de comunicación y, por tanto, la sociedad, conozcan el importante papel que tienen en la actualidad y el que han tenido a lo largo de la historia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Errasti-Ibarrondo B, Arantzamendi-Solabarrieta M, Canga-Armayor N. La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2012; 35 (Pt 2): 269- 283.
2. Instituto Nacional de Estadística. Profesionales sanitarios enfermeros colegiados en 2015 [sede Web]. España: INE;2017 [actualizada el 14 de febrero de 2017; acceso 15 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p416/a2015/10/&file=s08002.px>

3. Arroyo Rodríguez A, Lancharro Taverro I, Romero Serrano R, Morillo Martín MS. La Enfermería como rol de género. *Index Enferm* [Internet]. 2011. [acceso 1 de febrero de 2017]; 20 (4): 248-251. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300008
4. Eagly AH, Carli L. *Through the labyrinth: The truth about how women become leaders*. Harvard Business School Press [Internet]. 2007; 76-85; 85 (9). Disponible en: https://ncip.umd.edu/resources/bookreviews/BookReview-Through_the_Labyrinth-Baruch-2011.pdf
5. García Bañón AM, Sainz Otero A, Botella Rodríguez M. La enfermería vista desde el género. *Index Enferm* [Internet]. 2004 Oct [acceso 2 de enero de 2017]; 13 (46): 45-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200009&lng=es.
6. Calvo Calvo MA. *Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva*. *Index Enferm* [Internet]. 2011 Sep [acceso 8 de enero de 2017]; 20 (3): 184-188. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200010&lng=es.
7. Calvo Calvo MA. Estereotipos y sesgos sexistas asociados al modelo de mujer enfermera en la comunicación publicitaria. *Enfermagem* [Internet]. 2014. [acceso 8 de enero de 2017]; 23 (3): 530-537. Disponible en: http://redalyc.org/pdf/714/71432144002_2.pdf
8. Bernad E, Mut, M, Fernández C. Estereotipos y contra estereotipos del papel de la mujer en la Gran Guerra: Experiencias femeninas y su reflejo en el cine. *Historia y Comunicación Social* [Internet]. 2013. [acceso 9 de enero de 2017]; 18: 169-189. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/HICS/article/viewFile/43421/41078>
9. Salas Iglesias PM. *Investigación de la enfermería Militar vista a través del cine: el caso de Pearl Harbor*. *Cultura de los cuidados* [Internet] 2005. [acceso 9 de enero de 2017]; 18 (2): 11-18. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/989>
10. Siles González J. Origen de la Enfermería en el cine: el género histórico-documental y bibliográfico [Internet] 2009. [acceso 8 de enero de 2017]; 4: 57-69. Disponible: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/11416>
11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2016/RESUMENGRAFICO_BS2016.pdf / https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm

LA PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS Y ENFERMERAS TRAS CUARENTA AÑOS DE TITULACIÓN UNIVERSITARIA EN ESPAÑA

THE PERCEPTION OF NURSES AFTER THE FORTY YEARS OF UNIVERSITY DEGREE IN SPAIN

Alexandra Gualdrón Romero

Servicio Cántabro de Salud

Mario Flores Prieto

Servicio Vasco de Salud

M^a Luz Fernández Fernández

Universidad de Cantabria

PALABRAS CLAVE: Rol Profesional, Historia de la Enfermería, Investigación de Enfermería, Atención de Enfermería

KEY WORDS: Professional Role, History Nursing, Nursing Research.

RESUMEN: Estudio descriptivo de una muestra aleatoria de 155 profesionales de enfermería del ámbito asistencial a través de una encuesta semiestructurada sobre la visión propia del rol profesional tras cuarenta años de desarrollo universitario.

El objetivo es analizar la percepción de los profesionales de enfermería tras cuarenta años de desarrollo universitario.

El 82,6% mujeres y el 17,4% hombres. El 65,8% considera que hemos avanzado manifestando que tenemos mayor autonomía y responsabilidad profesional; para el 34,2 % se ha retrocedido perdiéndose competencias, un mayor grado de subordinación y menor visibilidad profesional.

Los enfermeros/as encuestados reconocen un avance en estos cuarenta años y que cada vez integran más la investigación dentro de su praxis profesional, aún hay un amplio sector que considera que hemos retrocedido.

ABSTRACT: Descriptive study of 155 nursing professionals random sample throughout a semi structured survey about the vision of the professional role after forty years of university development.

The objective is to analyze the perception of nursing professionals after forty years of university development

82.6% of women and 17.4% of men. 65.8% consider that we have made progress by stating that we have greater autonomy and professional responsibility; For 34.2% it has been regressed losing competences, a greater degree of subordination and less professional visibility.

The nurses surveyed recognize an advance in these forty years and that increasingly integrate research within their professional practice, there is still a broad sector that considers that we have regressed.

INTRODUCCIÓN

La publicación en el Boletín Oficial del Estado (BOE) de la Ley de General de Educación y Financiación de la Reforma Educativa el 6 de agosto de 1970, que sustituía a la ya obsoleta primera Ley de Educación española de 1857, supuso un gran avance para el sistema educativo español. En el marco de la misma se estructura toda la enseñanza desde la educación preescolar, que podía ser voluntaria hasta los cinco años, estableciéndose posteriormente la Enseñanza General Básica como obligatoria hasta los catorce años. A partir de este momento, el alumnado podía accederse a la Formación Profesional o al Bachillerato y al Curso de Orientación Universitaria (COU), en el caso de continuar con la formación universitaria.

En el contexto de la nueva Ley educativa, que abarcaba todo el panorama educativo, también se hace referencia a los estudios de la profesión de Enfermería, entonces bajo la denominación de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). En concreto, en el apartado siete de la Disposición transitoria segunda se establece: *“Las Escuelas de Idiomas, las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, los Centros de Formación Profesional Industrial y las Escuelas de Artes Aplicadas y Oficios Artísticos se convertirán en Escuelas universitarias o Centros de Formación Profesional, según la extensión y naturaleza de sus enseñanzas”*. El redactado de este párrafo ponía de manifiesto que algunos estudios hasta entonces cursados fuera del ámbito universitario, caso de los de ATS, podrían ahora ubicarse dentro de él o en la Formación Profesional.

Las enfermeras tenían claro, que al igual que ya venía ocurriendo en otros países, la única opción viable era el camino de la universidad, de hecho en 1973 una Comisión del Colegio de Barcelona había redactado el primer Proyecto de enseñanza universitaria. Así, en el escenario de una España cambiante, tras la muerte de Franco en noviembre de 1975, unos meses después el 12 de Marzo de 1976 se publica en el BOE el Decreto 707/1976, sobre Ordenación de la Formación Profesional, en el que se recoge, concretamente, en su Disposición transitoria tercera, y en apartado c), refiriéndose entre otros, a los Ayudantes Técnicos Sanitarios, que podrían acceder a la Formación Profesional de Tercer Grado quienes tuvieran aprobados los tres cursos.

La promulgación de dicho Decreto supuso el detonante para que se iniciara la que hasta la actualidad, ha sido la mayor reivindicación del colectivo enfermero. La prensa de toda España recogía extensos titulares haciendo referencia a las continuas huelgas y paros de todos los ATS de los distintos centros hospitalarios y el alumnado demandando la integración efectiva de los estudios de Enfermería en la universidad. Por fin, tras una larga lucha y numerosas tensiones, el 22 de agosto de 1977 se promulgaba el Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, por el que se integraban en la Universidad las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. Unos meses después, se recogían las directrices para la elaboración de los nuevos planes de estudios en la Orden de 31 de octubre de 1977.

Por primera vez en nuestra historia profesional tomamos las riendas de nuestra profesión, mientras se abría ante nosotros un futuro esperanzador donde todo estaba por construir. A partir de ahora, el ejercicio enfermero se dirige al cuidado de las personas desde la óptica de la salud, sustentado en las teorías y modelos que constituyen el marco

de referencia de la disciplina abandonando el modelo biomédico que venía enmarcando la formación y la práctica de la Enfermería.

En este año 2017 se cumplen cuarenta años de la integración en el marco universitario con muchas de las expectativas conseguidas, algunas de las cuales han sido costosas, como el acceso al doctorado, que finalmente se ha conseguido gracias al Espacio Europeo de la Educación Superior. Por todo ello, quizás sea este un buen momento para reflexionar sobre lo que ha supuesto esta andadura universitaria.

OBJETIVO

Analizar la percepción de los profesionales de enfermería tras cuarenta años de desarrollo universitario.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de una muestra aleatoria de 155 profesionales de enfermería del ámbito asistencial a través de una encuesta (ad-hoc) semiestructurada de preguntas cerradas de opción múltiple y abiertas sobre la percepción del rol profesional tras cuarenta años del desarrollo universitario. El análisis de datos se realizó a través del software IBM SPSS Statistics 20.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se encuentran, que el 82,6% mujeres y el 17,4% hombres. La experiencia profesional es 15 años o menos en el 56,7% de la muestra y con más de 16 años el 43,3%. El 78% han cursado una Especialidad, Master o Experto.

El 65,8% de los encuestados considera que hemos avanzado manifestando que tenemos mayor autonomía y responsabilidad profesional; para el 34,2% se ha retrocedido perdiéndose competencias, un mayor grado de subordinación y menor visibilidad profesional.

El 41,9% ha realizado investigación para aumentar conocimientos; el 25,2% para favorecer el desarrollo de la disciplina y el 31% para conseguir puntos en las Bolsas de empleo y/o carrera profesional.

CONCLUSIONES

Los resultados dejan un sabor “agridulce”, ya que aunque más de la mitad de los enfermeros/as encuestados reconocen un avance en estos cuarenta años y que cada vez integran más la investigación dentro de su praxis profesional, aún hay un amplio sector que considera que hemos retrocedido.

La percepción de los enfermeros y enfermeras deja patente, que si bien se han producido transformaciones significativas en el ámbito académico, estas no se reflejan en la práctica diaria. Las causas expuestas son variadas, destacando la falta de una legislación que equipare las competencias adquiridas en la titulación académica con la realidad asistencial.

En definitiva, el producto de este trabajo pone de manifiesto la necesidad de indagar y profundizar en los factores que impiden el desarrollo y la consolidación efectiva la

disciplina enfermera.

FUENTES

Flores Prieto, M.; Gualdrón Romero, A.; Fernández Fernández, M.L. La contribución de la Revista Rol al desarrollo de la Enfermería española. ROL. Revista de Enfermería. 2015, pp.50-52.L.

Mompart, M.P. Cien años de Enfermería en España. Un siglo Cuidando a la Sociedad. 2015. Colegio de Enfermería de Cantabria

Fernández Fernández, M.L. Aportación de la Enfermería Española al Desarrollo Disciplinar. VIII Jornadas de Profesorado de Centros de Enfermería. Sección Departamental de Enfermería. Facultad de Medicina. U. Autónoma de Madrid. 2014. Pág. 67-83.

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).

Orden de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. Boletín Oficial del Estado, nº 283, (26/11/1977).

**O MOVIMENTO ESTUDANTIL NO PERÍODO PÓS-REVOLUCIONÁRIO DE
ABRIL DE 1974, NUMA ESCOLA DE ENFERMAGEM, PORTUGAL**

**THE STUDENT MOVEMENT IN THE POST-REVOLUTIONARY PERIOD OF
APRIL 1974 IN A NURSING SCHOOL OF PORTUGAL**

Viriato Mascarenhas Moreira

Professor na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Luís Lisboa Santos

Professor na Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias

PALAVRAS CHAVE: Los movimientos estudiantiles, Estudiantes de enfermería, Revolución del 25 de abril

KEY WORDS: Student Movements, Nursing students, Revolution of April 25

RESUMEN: El estudio tuvo como objetivo hacer un retrato de continuidades y rupturas identificadas en las prácticas discursivas del movimiento estudiantil desde abril de 1974 y abril de 1976, una escuela de enfermería pública en Lisboa, el período de referencia fue uno de los más activos en la historia de la educación Portugal. Se prestó especial atención a lo siguiente: la contribución del movimiento estudiantil en la implementación de la democracia que se pretendía socialista o, al menos, social; proyecto "Universidad Política"; castigo real y simbólica con la "eliminación" de los profesores comprometidos con el régimen dictatorial.

ABSTRACT: The purpose of this study was to present a picture of the continuities and ruptures identified in the discursive practices of the student movement from April 1974 to April 1976 in a public nursing school in Lisbon. The period under review was one of the most agitated in the history of education in Portugal.

The following aspects deserved special attention: the contribution of the student movement in the implementation of the democracy that was intended socialist or, at least, social; Project of "Political University"; Real and symbolic punishment with the "removal" of teachers committed to the dictatorial regime.

INTRODUÇÃO

A revolução de Abril constituiu um momento de mudança na história do Portugal contemporâneo, colocando um ponto final a 48 anos de ditadura. Os últimos anos mostraram que o regime era incapaz de se auto-reformar e democratizar-se. O clima era de alta tensão político-social, acompanhado de uma vaga grevista e agitação nas universidades. O cansaço da guerra colonial fez surgir o movimento militar que fez saltar a tampa da “*panela de pressão*” e derrubar o regime.

O movimento estudantil (ME) foi, no final do regime, o mais temido para a sua sobrevivência, atendendo a que foi o grupo social mais afectado pela repressão, representando no ano de 1973 e primeiros meses de 1974 o maior grupo de presos pela polícia política (Polícia Internacional e de Defesa do Estado/ Direcção--Geral de Segurança, PIDE/DGS).

O 25 de Abril de 1974 não revelou, como em Espanha, um período de «La transición del consenso», mas de «revolução». A transição espanhola foi marcada devido ao consenso: social; político; e autonómico. (Varela, 2006).

A Escola de Enfermagem de Calouste Gulbenkian, de Lisboa – EECGL estava inserida na cidade universitária, paredes meias com o Hospital universitário e as universidades de Direito e Letras. No final do regime, assistia-se ao fecho de universidades devido aos conflitos estudantis. A luta entre estudantes e polícia passava em frente da cantina e do Hospital de Santa Maria, onde decorriam muitas das assembleias plenárias da faculdade de Medicina.

Não admira, que o clima envolvente, de intensa mobilização e radicalização política do meio universitário vizinho, transborda-se para o interior da escola e arrasta-se reivindicações e muito do repertório de contestação que se viveu no período pós-revolucionário de Abril de 1974

Olhado à distância de pouco mais de quatro décadas, o período em análise (1974-1976), é um dos mais irrequietos e turbulentos de toda a história da educação em Portugal.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

O processo revolucionário português decorre entre Abril de 1974 e Novembro de 1975, período esse, também conhecido de PREC, Período Revolucionário em Curso.

Os conflitos sociais e estudantis acontecem seguindo um padrão evolutivo marcado por picos, não dissociados do contexto vivido no resto do país, durante o PREC. Convencionámos quatro picos para descrever os acontecimentos protagonizados pelo movimento associativo na escola de Enfermagem de Calouste Gulbenkian de Lisboa – EECGL: o primeiro, entre Abril e Setembro de 1974; o segundo, até Março de 1975; o terceiro, entre Março e Novembro de 1975, descrito como o período de “*crise revolucionária*”. Como em todas as revoluções, este é o momento em que o pendulo cai para um dos lados, ou para os trabalhadores ou o golpe põe fim á revolução.

Por último, o período de estabilização do regime democrático. As escolas e universidades estabilizam com a constituição de 1976 e o reformismo dos primeiros

Governos constitucionais. No ensino de enfermagem é de salientar, a Portaria nº 674/76 de 13 de Novembro que vem regulamentar os Órgãos de Gestão das escolas de enfermagem oficiais.

O caso do ME na EECGL é paradigmático. A luta estudantil no período pós-revolucionário de Abril, iniciou-se a 2 de Maio de 1974. As aulas foram suspensas a pedido da representante geral dos alunos para a realização do primeiro plenário de todos os alunos.

O grupo dinamizador dos estudantes divulgou um comunicado onde se lê,

“...seguindo as directrizes indicadas pela Junta de Salvação Nacional, e verificando que 8 dias apos o Movimento das Forças Armadas restituir a liberdade aos Portugueses não houve qualquer alteração na organização desta instituição, sentiram a necessidade de realizar um plenário para decidir o programa de acção a realizar”¹.

A agenda do plenário inclui temas “escaldantes”, como a destituição da comissão instaladora, considerando-a comprometida com o regime deposto. É votada uma proposta por maioria de votos, a sua destituição. A comunicação social é convocada para assistir ao plenário. Comparecem a Rádio Televisão Portuguesa - RTP e o jornal Diário de Lisboa.

O plenário prossegue no dia seguinte. É eleita a Comissão Dinamizadora Provisória que integra paritariamente alunos (75%), professores (15%) e outros trabalhadores (10%). É instituída a Assembleia Plenária como órgão máximo de poder. É, também, anunciado pelos representantes dos estudantes a Pró-associação de estudantes.

As preocupações dos alunos transformam-se em reivindicações. Por proposta destes, foi aprovada por unanimidade a abolição imediata dos exames de estado. Este tipo de avaliação consistia numa prova que decorria em contexto real, abarcando todos os conteúdos teóricos e teórico-práticos do curso. O júri era composto pela enfermeira directora e uma enfermeira (professora), ambas da escola, a enfermeira superintendente do Hospital. O júri seria presidido por um inspector nomeado pelo estado. Como é compreensível, esta prova era temida pelos estudantes, por ser geradora de grande stress, agravado pelo facto de ser realizada em contexto real/ hospitalar (Moreira, 2009).

O pacote reivindicativo, expressa as sequelas resultantes de um regime opressor nas liberdades mais básicas. Assiste-se, a um movimento popular que não é contido pelo Estado, ultrapassa-o e não espera por ele. Impõe conquistas e reivindicações antes que o poder instituído as legitime. Em simultâneo, põem em causa os órgãos de poder académico e estatal.

A cadência com que se sucedem os plenários é alucinante. Viviam-se, por isso, tempos escaldantes: os comunicados, os plenários, as AGE, as RGAs, as conspirações, e os confrontos ideológicos sucediam-se vertiginosamente. Contabilizámos no mês de Maio, 8 reuniões entre plenários, assembleias e RGA - Reunião Geral de Alunos.

¹ Actas dos plenários de 2 e 3 de Maio de 1974. Proposta apresentada pelo grupo dinamizador dos alunos.

É votada e aprovada por maioria, a proposta de integração do ensino de enfermagem, no no sistema nacional de ensino. Esta proposta, apresentada a poucos dias de ter acontecido a revolução de Abril é, por isso, inovadora e antecipatória, considerando que o ensino de enfermagem, só viria a ser integrado no sistema nacional em 2001.

Os alunos residentes no lar da escola expressam, também eles, o seu caderno reivindicativo: a não violação do correio pessoal pela diretora; permissão de entrada no lar até as 01h; abolição do livro de registos de entradas e saídas; dormir fora sem pedido de autorização; receber visitas á hora do almoço.

A cadência reivindicativa acompanha o ritmo dos plenários, onde as propostas eram votadas em sufrágio aberto pelas posições mais radicas. Caminhava-se no sentido da “Politização do Ensino” Surgem outras propostas polémicas, como: a promoção dos auxiliares de enfermagem a enfermeiros; o “**Concelho de Reavaliação**”² proposto para reavaliar os alunos “reprovados injustamente”. Este tema desencadeou forte contestação por parte da Direcção, da Comissão Instaladora e da Direcção Geral dos Hospitais.

Em Setembro de 1974 toma posse a nova Comissão de Gestão, composta por 21 elementos (11+6+4)³. Tendo como Princípios Gerais Orientadores: *Gestão Democrática; Representação proporcional dos grupos discente, docente e técnico administrativo; eleição directa; ensino activo e não selectivo; politização do ensino; igualdade de direitos entre alunos e trabalhadores de ambos os sexos; democratização a todos os níveis.*

À saída do mês de Setembro, estamos convictos que algumas das propostas apresentadas não perspectivavam necessariamente a democratização do ensino, mas não deixaram de representar um importante impulso à democratização do mesmo.

Entramos no segundo “pico” de acontecimentos do ME, que se estendeu até março de 1975. Caminha-se no sentido do reforço da autogestão, mantendo-se a forte reacção ao passado, a vontade expressa de querer destruir o legado ditatorial, de apagar os seus principais símbolos e resquícios e, acima de tudo, de lutar por (quase) tudo o que se lhe opunha. No limite, quase tudo é político durante o processo revolucionário.

A oposição ao “*Projecto de Estruturação democrática da EECGL*”, vai-se consolidando. De um lado, um grupo de enfermeiros docentes é o rosto da oposição organizada. Do outro, surgem moções de censura aprovada em plenário referindo-se a estes, como “...*divisionistas, reacionários, elite minoritária enraizada em princípios fascistas que temem perder uma posição social*”.

Com o 25 de Abril ainda recente, esquerda e direita mantêm o confronto, os primeiros procurando fazer avançar as conquistas de Abril, os segundos procuravam manter o que fosse possível do regime deposto.

A 11 de Março de 1975, dá-se uma tentativa de golpe militar falhado, que em muito,

² Informação das decisões, aprovadas em plenário de todos os trabalhadores da Escola de Enfermagem de Calouste Gulbenkian, de Lisboa, em 18 Junho de 1974.

³ Artigo publicado no jornal Diário de Noticias por parte da Comissão de Gestão em resposta ao artigo publicado em 1 Março 1975.

contribui para a radicalização e endurecimento dos acontecimentos.

Coincidente com o tempo político, assiste-se, no espaço escolar, ao propagar de boatos e difamações com recurso ao anonimato. São distribuídos clandestinamente panfletos anónimos, intitulados: **“Aos trabalhadores da ESCGL”**⁴ e **“É preciso avisar a malta”**⁵, este último, assinado por um denominado **“Comité Revolucionário dos amigos da saúde do Povo”**.

A radicalização e a contestação ao “Processo de Gestão Democrática” prosseguem o seu caminho. São abertos processos disciplinares e suspensos de funções os professores implicados no “boicote organizado” ao processo de gestão democrática.

O facto de muitas reivindicações do movimento estudantil, recaírem em questões políticas como os saneamentos, representam a tentativa de mudança de sistema, o desejo de arrumar com o passado, construir uma nova escola.

É publicado no jornal Diário de Noticias de 1 de Março uma carta assinada por um grupo de enfermeiros da EECGL, intitulado: **“Escola de enfermagem: situação inadmissível á custa dos dinheiro do POVO”**⁶. O argumentário utilizado, segue a mesma linha ideológica dos panfletos distribuídos anteriormente. Nele, é posto em causa, a atribuição de bolsas de estudo, a politização do ensino e o processo de autogestão, entre outras questões.

O conteúdo do artigo publicado no jornal “aquece” o clima escolar. Os defensores do processo de democratização, assumem por diversas formas e momentos a sua indignação, insurgindo-se contra **“o boato, a calunia, a difamação e a agressão caluniosa”**. Os alunos do 2º ano aprovam em plenário uma moção de repúdio⁷, considerando o conteúdo do artigo, **“nitidamente demagógico, reacionário e deturpador da realidade existente na escola”**. A Associação de estudantes⁸, em RGA, aprova um moção que aponta no mesmo sentido. Um grupo de enfermeiros docentes⁹, expressa o seu repudia através carta dirigida ao director do jornal.

A comissão de gestão da EECGL¹⁰, responde, também ela, através do mesmo jornal, em artigo extenso, procura desmontar o que considera ser, **“a luta contra o boato, a calunia, a difamação e a agressão ideológica...”**.

A “luta continua”, e como diz o povo, “palavra puxa palavra”, os comunicados sucedem-se, endurecem na linguagem. e transbordam as paredes da escola. O grupo

⁴ Anexo 1, “Ofício e documentos” Carta da ESCGL enviada ao Sindicato dos enfermeiros da Zona Sul em 3 Abril 1975. Composta por 11 anexos, 21 pg.

⁵ Idem. Anexo 2.

⁶ Ibidem. Anexo 3.

⁷ Ibidem, anexo 4.

⁸ Ibidem, anexo 5.

⁹ Ibidem, anexo 6.

¹⁰ Ibidem anexo 7.

oposicionista distribui, a muitas escolas do país, os seus comunicados. No mesmo sentido, é divulgado um outro comunicado, mas agora subscrito por enfermeiros de outras escolas.

Um povo que se tinha como apático, desinteressado da política e da vida do país, apresenta-se agora aos olhos do mundo, empenhado na legitimação da acção popular, na luta pelos seus direitos e deveres e politicamente activo.

Os processos disciplinares instaurados a alguns docentes, conducentes ao seu “saneamento” arrastaram-se no tempo. A demora nos processos de saneamento “legal”, reduziram a seu alcance, tornando possível a sua reintegração ao fim de algum tempo.

A primeira legislação aprovada nos governos provisórios apontava três razões para o saneamento: comportamento antidemocrático no desempenho de funções após o golpe; incapacidade de adaptação ao novo regime democrático e incompetência. O Ministério da Educação foi o que mais “saneamentos” registou. Em muitos casos aconteceram por pressão fortíssima do movimento estudantil.

A reintegração dos enfermeiros “suspensos” veio a verificar-se em 1976. A resposta dos alunos é imediata. Organizaram-se em piquetes, de forma a dificultar a sua entrada na escola. Em plenário aprovam a “greve às aulas dos enfermeiros saneados”¹¹.

“Os alunos expressam a sua decisão de nunca assistirem a nenhuma aula, orientação de estágio ou outras orientações pedagógicas dos enfermeiros saneados pretendam eventualmente dar, no caso de não conseguirmos impedir a sua entrada na escola.”

Ao analisarmos os diferentes comunicados, panfletos e os artigos publicados na imprensa, referidos anteriormente, é notória uma nova noção de “povo” oposta á noção utilizada pelo Estado Novo. O “bom povo português”, submisso, apolítico, conhecedor do seu lugar na estrutura social, passou a “outro povo”, politizado e activo, que luta e conquista direitos. Do mesmo modo, encontramos frases “revolucionárias” utilizadas/recicladas nos comunicados do grupo oposicionista ao “processo de gestão democrática”.

A historia dos movimentos estudantis constitui um dos mais antigos movimentos sociais, no entanto, constatamos que sistematicamente são sempre esquecidas as experiências anteriores. Em muitos casos, como na situação em estudo, constata-se o desaparecimento quase total dos respectivos arquivos da Associação de Estudantes

O essencial deste artigo suporta-se em fontes que residem em documentos oficiais resultantes de correspondência interinstitucional e quase inevitavelmente, em actas e resumos manuscritos, das assembleias, plenários e reuniões, provenientes de arquivos pessoais, desenvolvidos em plena luta estudantil.

Se considerarmos que tudo isto decorre num espaço onde é espectável que aconteça a transmissão de conhecimentos, deparamo-nos com uma situação constringedora, ao

¹¹ Acta do plenário de alunos de 14 de Julho de 1976.

esquecer os momentos marcantes, pode permitir no futuro que a preservação da memória do movimento estudantil seja pervertida ou relativizada na sua importância.

CONCLUSÕES

Neste estudo procurámos evidenciar o contributo e o papel essencial do movimento estudantil, quer na escalada da radicalização, quer na difusão da politização, no processo de democratização do ensino de enfermagem, no período revolucionário de Abril de 1974 e 1976.

Procuramos ao longo deste trabalho, evidenciar que o movimento estudantil surgiu desde o início do processo revolucionário português como o mais politizado e radicalmente mobilizado, se algum perigo podia apresentar, não derivava tanto do activismo estudantil em si, mas, sobretudo das ondas que expandia para outros sectores da sociedade através um processo de difusão.

O “ideal revolucionário” foi-se esbatendo e a vida académica estabilizou-se, sobretudo com aprovação da Constituição de 1976 e com os primeiros governos constitucionais. No ensino de enfermagem, com a publicação do Regulamento dos Órgãos de Gestão das Escolas de Enfermagem Oficiais.

BIBLIOGRAFIA

Comissão de Gestão da EECGL. Informação da Comissão de Gestão em resposta a um pedido da Direcção da Associação de Alunos. Lisboa, 1975, 3 Julho. Arquivo da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Actas manuscritas das assembleias e plenários realizados entre 1974 e 1975. Arquivo pessoal.

Comissão de Gestão da Escola de Enfermagem de Calouste Gulbenkian, de Lisboa. Democratização e Politização do Ensino de Enfermagem. Ofício enviado ao Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Secretário de Estado da Saúde. Lisboa. 1975. 15 Fevereiro. Centro de documentação do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Ministério dos Assuntos Sociais - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Estruturação democrática das escolas de enfermagem. Lisboa, 1975. 31 Março. Lisboa. Centro de documentação do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Moreira, Viriato. Os anos inquietos e de rebeldia dos estudantes da Escola de Enfermagem de Calouste Gulbenkian, de Lisboa. Revista Sinais Vitais, nº 84. 2009. Maio. Pg 17 a 21

Comissão de Gestão da Escola de Enfermagem de Calouste Gulbenkian, de Lisboa. Pedido de abertura de processo disciplinar a enfermeiros docentes. Carta enviada à Direcção do Sindicato dos Enfermeiros da Zona Sul, contendo cópia do ofício enviado a S. Ex^a o Sr. Secretario de Estado da Saúde em 3 Abril de 1974.. Lisboa, 1975. 3 Maio. 21 pag^a e 11 anexos. Lisboa, Centro de documentação do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge - INSA. Reuniões das Escolas de Enfermagem e Sindicatos com o INSA. Ofício do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo

Jorge. Resenha da reunião realizada em 12 e 13 no INSA com representantes das escolas de enfermagem e representantes dos Sindicatos dos profissionais de enfermagem de Lisboa, Porto, Coimbra e Funchal. Lisboa. 1975. 2 Junho. Lisboa, Centro de documentação do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Varela, Raquel. O 25 de Abril, a Espanha e a história. *Análise Social*, vol. XLI (179), 2006, 1231-1240.

ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA EN BRASIL: DE LOS PRINCIPIOS HASTA LA ACTUALIDAD

NURSING EDUCATION IN BRAZIL: FROM THE BEGINNING TO PRESENT DAYS

Sérgio Luis Alves de Morais Júnior

Universidade Nove de Julho (UNINOVE). Brasil

Cláudia Lima Teixeira Fuentes Garcia

Universidade Anhanguera de São Paulo. Brasil

Sandra Maria da Penha Conceição

Universidade Anhanguera de São Paulo. Brasil

PALABRAS CHAVE: Historia de la enfermería. Educación superior. Enfermería.

KEY WORDS: History of Nursing. Education, Higher. Nurses

RESUMEN: Objetivo: mostrar los principales cambios en la educación de enfermería en Brasil. Fuentes: bases científicas. Metodología: revisión de la literatura. Resultados: La educación de enfermería en Brasil ha tenido su historia marcada sólo por el método en clase, con clases teóricas y prácticas clínicas. Este modelo pierde espacio para el aprendizaje a distancia en graduaciones que pueden tener hasta el 20% de las disciplinas teóricas por distancia. Este aprendizaje está presente en el plan de estudios y cuasi-presencia, sin embargo, la propuesta del curso totalmente a distancia fue eliminada. Conclusión: La enseñanza en Brasil está en constante cambio y evolución.

ABSTRACT: Objective: to show the main changes in nursing education in Brazil. Sources: scientific bases. Methodology: revision of literature. Results: The nursing education in Brazil had its history marked by the in class method only, with theory and clinical practice. This model is currently losing space to the distance learning in graduation that may have up to 20% of the theory grade by distance. This learning is present in the curriculum and semi-presence, however, the proposal of the course at a distance was eliminated. Conclusions: Teaching in Brazil is constantly changing and evolving.

INTRODUCCIÓN

Brasil es el mayor País de América Latina, lo que se refiere en la zona de extensión, con un total de 8.514.876 Km, siendo considerado el quinto mayor País del planeta, en cuestión contingente de la población, que en 2016 contaban con un total aproximado de 208 millones, y en 2017, con más de 210 millones de personas⁽¹⁾.

El País cuenta con un sistema de salud que se componen de dos tipos de asistencia de salud, que son la asistencia privada, hechas a través de convenios los atendimientos particulares financiados individualmente, y la asistencia pública, prestada de forma gratuita a todas las personas en territorios nacionales, financiados por las tres esferas del gobierno llamado de Sistema Único de la Salud (SUS). Para que esta asistencia ocurra, en el País cuenta con profesionales de salud, que en conjunto se congregan el equipo multidisciplinar que es compuesta por profesionales de aprendizaje superior como los enfermeros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas entre otros y la enseñanzas profesional técnica, con los auxiliares y técnicos en enfermería entre otros⁽²⁾.

Brasil cuenta con tres categorías profesionales en enfermería, siendo de las enseñanzas superiores (con Graduación en enfermería) llamados enfermeros, y las enseñanzas técnicas, cuales son llamados como técnicos y auxiliares de enfermería, los enfermeros cumplen un tiempo de cursos de 4 a 5 años, ya los técnicos hacen de 1 año y medio a dos años de curso, y los auxiliares un año de curso. Estas tres categorías están inscriptas en categorías de clase llamados de consejos Regional de Enfermería (COREN), siendo que cada sede está en un estado y son subordinados al consejo federal de enfermería (COFEN), organización regulada de cuño nacional. Actualmente el País cuenta con más de 3,5 millones de profesionales en la salud, siendo 50% de estos de equipo de enfermería, el último dato de profesionales de enfermería es el de 2010 que apunta un total de 1.480.653, profesionales siendo subdivididos en 271.809 enfermeros y 1.208.844 técnicos y auxiliares de enfermería⁽³⁾.

La enfermería en cuestión a profesionales en Brasil aparecen en 1890 con la construcción de la primera escuela de enfermería en Rio de Janeiro llamada escuela profesionales de enfermeros y enfermeras (EPEE), a través del derecho federal n. 791 aprobado en Septiembre de este año, después su nombre fue cambiado por escuelas de enfermería Alfredo Pinto⁽⁴⁾.

Una profesión actualmente tímida se consolida como ciencia con muchos investigadores y en esta área y productores de ciencias, siendo aún una profesión llenas de estigmas y conceptos equivocados por parte de las personas. De esta manera la enseñanza de enfermería en Brasil pasó por muchos cambios y están siempre revisando el desenvolvimiento social y económico de la nación⁽¹⁻³⁻⁴⁾.

El objetivo de esta investigación ha sido de enseñar los principales cambios de las enseñanzas de enfermería en el Brasil de la prioridad a la actualidad.

METODOLOGÍA

Estudio de revisar bibliografía descriptiva al final de contestar los problemas de investigación que ha sido: ¿Cuales fueron los cambios bibliográficos fueron encontrados

en las enseñanzas de enfermería en Brasil que ocurren desde el principio hasta la actualidad?

Para cuales fueron consultados en las bases de datos electrónicos indeseadas utilizando los descriptores en portugués: Historia de enfermería, Educación Superior en enfermería, estos fueron investigados con un conector booleano (AND).

RESULTADOS

En busca de artículos científicos fueron encontrados en pocos estudios que se acercarse a los cambios en la historia de la enfermería en el Brasil, pero en épocas insoladas, fueron encontradas y contribuidas para el conocimiento con esta investigación.

Historia de enseñanza de enfermería en Brasil

Brasil es um país contingente abundante com enfermidades endêmicas que son difíceis de controlar. La profesión de enfermería cuenta de 3 tipos de profesionales, cuales como enfermeros, que desenvuelven sus actividades gerenciales, admistrativa y asistenciales, realizando desde los procedimientos más simples como dar un baño o algo más complejo estando al encargo delegar o algunas funciones a otro miembro del equipo. El técnico de enfermería desenvuelvan acciones gerenciales y asistencias de menor complejidad estando supervisados directamente del enfermero hace las actividades que le correspondiente y que no sean de mayor complejo, haya visto un tiempo del estudio que tubo para ejercer la profesión. Todos actúan mediante la legislación vigente de n. lei 7.498 de 1986 que establece las obligaciones profesionales de la enfermería⁽³⁾.

La enfermería empieza a desenvolver como una practica informal por sacerdotes y layes los cuales prestaban asistencia de manera empírica y sim cualquier embargamiento científicos, esto ocurrió en muchos países⁽⁴⁾.

Las primeras instituciones de enseñanzas superiores en Brasil fueron criados mediante el año 1808 con la llegada de la familia real portuguesa, pero entre 1930 a 1945 fueron criados las primeras universidades de enseñanzas públicas y privada⁽⁵⁾.

La enfermería como una profesión en Brasil apareció por una creación de la primera escuela de enfermería que fue creada en Rio de enero en 1890, que fue nombrada de escuela profesionales de enfermeros en el hospital nacional de alienados siendo inspiraba por la escuela francesa de asistencia hoy reconocidas como escuela de enfermería Alfredo Pinto. El principal objetivo de esta escuela no era formar profesionales formados de enseñanzas superiores como médicos, ingenieros y abogados y si para capacitar personas de bajo coste para cuidar de enfermedades mentales debido por la actitud de las monjas no aceptar las funciones por culpa de los problemas pero esas funciones por culpa de la admiración del hospital⁽⁴⁻⁵⁾.

En 1916 fue creada la escuela práctica de enfermería de la cruz roja con los cursos de socorristas y de visitantes sanitarias, con el objetivo de atencion a las exigencias de las emergencias de salud pública del país⁽⁴⁾.

En 1923 hubo un marco teórico con la cadena de enfermería moderna de Brasil, fue fundada la escuela de enfermería del departamento de la salud pública del Rio de Enero, siendo el admistrado por Edith Fraenkel, con el modelo americano de asistencia liderando

por el Ethel Parsons con el objetivo de controlar las enfermedades de grande epidemias, que fue una gran amenaza al país del crecimiento y el desenvolvamiento social y económico de derecho n. 15799 de Diciembre de 1992, después del año 1926 paso a llamar escuela de enfermería Ana Neri, y actual escuela de enfermería de la universidad federal del Rio de Janeiro, esta es considerada la primera escuela de enfermería moderna del país porque no fu ella primera a seguir los patrones del modelo Nightingale de enseñanza⁽⁴⁾.

La profesión tiene muchos estigmas, los cuales que es un profesión solamente realizado por mujeres y subordinado, que recibe órdenes y trabajan mediante orientaciones medias, estas proviene de la propia historia , cuales la enseñanza fue por médicos y solamente anos después pasaron a ser enfermeras tituladas con diplomas. Hasta 1947 había e Brasil 16 cursos de enfermería de nivel superior, haciendo una expansión entre 1947-64. En 1949 a sido obligatoria a la conclusión de curso de enfermería en toda universidades que tuviera curso de medicina, con enseñanza volviendo al modelo clínico con formación hospitalar, hasta los días actuales presentes fuertemente en la formacion. En 1956 el número de escuelas de enfermería creció nuevamente contabilizando en este año 33 escuelas, totalizando 39 cursos en 1964⁽⁴⁾.

En lo que se tratan de las especialidades en la enfermería destacan el ano de 1940 que fue marcado por las primeras especialidades de enfermería de la escuela Ana Nery, en 1972 creo el primero programa del maestro en el 1982 o de la formación de doctores⁽⁴⁾.

La formacion de enfermería Brasileña exigen algunos elementos indispensables tales como: las cuestiones ética profesional, las formaciones generaliza, critica y reflexiva, o saber llevar se con los pacientes en todo el proceso de salud, asociar el trabajo los principios y directrices del SUS, el respecto a una vida humana, la cultura y religionalidad de los pacientes⁽⁴⁾.

El modelo de la enseñanza inicial propuesta del país, para la actual, destacan los cambios peculiares, que desde del tipo de profesor en el curso que inicio como médicos los únicos detenedores del saber, después solamente enfermería y actualmente profesores de todas las profesiones y cursos de graduación e pos-graduación, excepto los técnicos de los cuales las clases son ministradas exclusivamente por enfermería. El tipo de alumno del curso que no es mas solamente femenino, joven y solteros, actualmente este público está dividido entre jóvenes hasta los 25 años y personas superiores a los 30 años que buscan confrontación en el mercado de trabajo en una profesión digna y rendidora. Las no adaptaciones de selecciones previa de candidatos como un modelo Nightingale que seleccionaba mujeres de características de sumisión y familiares, pero hoy la selección es solo mediante vestibular, y el aumento constante de busca de hombres por profesión, és otro evento actual de los últimos 10 anos⁽⁶⁻⁷⁾.

Otras características digna de nota es la inicialmente los cursos eran ofertas siempre en período integral durante el día, bien como en las practica clínica en escuelas superiores supervisados también. Actualmente las universidades ofrecen cursos de medio período diurno, matutino y nocturno, y las escuelas clínicas también ofrecen los horarios de clases escogidos previamente por los alumnos antes del ingreso de institución⁽⁷⁾.

En las últimas décadas hubo un aumento significativo de los cursos de graduación en

Brasil, principalmente por la privacidad de la enseñanza, en enfermería en 1991 habían 101 cursos, cuales en 2006 pasaran a 526, crecían en 2010, sumando 799, que se subdividen en 127 escuelas públicas y 672 privadas, estos autores defienden el aumento significativo que fue posible después de la aprobación de la Lei de las directrices y Bases de educación nacional⁽⁸⁾.

La enseñanza de enfermería en Brasil tuvo su historia marcada por los métodos presenciales exclusivos, con las clases teóricas y aun obligatorias de las clases clínicas supervisadas. Actualmente, es el modelo pierde la parte del sitio para la educación a distancia en los cursos presenciales de enfermería, tanto en la graduaciones cuanto en la pos-graduación⁽⁹⁾.

EAD en Brasil está presente desde 1904 donde era ofrecidas los cursos por cartas via correos, y posteriormente la utilización de radio (1923) y en la televisión (1961) como forman la producción de EAD. Para desenvolver el EAD es necesario que el alumno y el profesor no desean el mismo lugar, utilizando portando medidas o instrumentos que desenvuelven la medida impreso en internet⁽¹⁰⁾.

Los cursos de graduación pueden tener un 20% de toda su grande teorías hechas por disciplinas en EAD, cuales deben ocurrir para la construcción de conocimiento on-line, proporcionado por clases gravadas visualmente por internet, con un profesor y colegas de clase para cambiar los conocimientos de esclarecimiento de las dudas del ambiente virtual de aprendizaje (AVA), ya los cursos de pues graduación pueden ser totalmente en EAD⁽⁹⁾.

El desenvolvimiento de la EAD en Brasil esta vinculada al conocimiento de inserción de las nuevas tecnologías, la facilidad de acceso y las características del poder acceder al contenido a cualquier horario llamado cada vez más atención al EAD⁽¹⁰⁾.

Dista manera aprender está presente en la matriz curricular presencial y cuasi-presencial, todavía, el curso totalmente a distancia, mismo después de aprobación, ha sido excluido como propuesta en las ciudades grandes después de intervenciones del conselho federal de enfermería (COFEN), que es una entidad que regularmente en la profesión en Brasil⁽²⁻³⁻¹⁰⁾.

CONCLUSIÓN

El modelo actual de enseñanza en Brasil está en constante cambio de evolución, aportando, se dieran cuentan al ajuste nuevo del modelo, y que complete al menos la esencia de los primeros moldes para la formación de enfermería.

REFERÊNCIAS

1. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: resultados preliminares- São Paulo. Rio de Janeiro. 2016.
2. Moraes-Júnior, SLA. Carreira na Enfermagem e suas perspectivas [editorial]. Revista Nursing Brasil, 2016; 20 (224): 1527-62.
3. COFEN: Conselho Federal de Enfermagem. [internet] Brasília, 2016 [acesso em 25 fev. 2017]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/>
4. Santos Bianca Pozza, Ferreira Gabriella Bastos, Meincke Sônia Maria Konzgen. Ensino de

- Enfermagem no Brasil: do Advento do Sistema Nightingale ao Cenário Científico. Rev. Eletr. Hist. enferm., [Internet]. 2014 [cited 2017]. p. 310-322, 2014. Available from: <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol5num2artigo11.pdf>
5. Leonello Valéria Marli, Miranda Neto Manoel Vieira de, Oliveira Maria Amélia de Campos. La formación superior de Enfermería en Brasil: una visión histórica. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2011 Dec [cited 2017 Mar 10]; 45(spe2): 1774-1779. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800024&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800024>.
 6. Lopes Neto David, Teixeira Elizabeth, Vale Euclea Gomes, Cunha Fátima Scarparo, Xavier Lara de Moraes, Fernandes Josicléia Dumêt et al. Um olhar sobre as avaliações de Cursos de Graduação em Enfermagem. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2008 Feb [cited 2017 Mar 10]; 61 (1): 46-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000100007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000100007>.
 7. Teixeira Elizabeth, Fernandes Josicelia Dumêt, Andrade Andréia de Carvalho, Silva Kênia Lara, Rocha Maria Eliane Martins Oliveira da, Lima Raquel Josefina de Oliveira. Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013 Sep [cited 2017 Mar 10]; 66(spe): 102-110. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700014>.
 8. Fernandes Josicléia Dumêt, Teixeira Giselle Alves da Silva, Silva Mary Gomes, Florêncio Raíssa Millena Silva, Silva Rosana Maria de Oliveira, Rosa Darci de Oliveira Santa. Expansion of higher education in Brazil: increase in the number of Undergraduate Nursing courses. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 June [cited 2017 Mar 10]; 21(3): 670-678. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000300670&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000300004>.
 9. Rojo Priscila Tagliaferro, Vieira Sheila de Souza, Zem-Mascarenhas Sílvia Helena, Sandor Elisane Regina, Vieira Carla Roberta Sola de Paula. Panorama da educação à distância em enfermagem no Brasil. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2011 Dec [cited 2017 Mar 10]; 45(6): 1476-1480. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600028&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600028>.
 10. Rodrigues Rita de Cassia Vieira, Peres Heloisa Helena Ciqueto. Panorama brasileiro do ensino de Enfermagem On-line. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2008 June [cited 2017 Mar 10]; 42(2): 298-304. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200013>.

UN SIGLO DE CAMBIO EN EL TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS

A CENTURY OF CHANGE IN THE TREATMENT OF WOUNDS

M^a Isabel Romo Sanz

Doctora en enfermería en A.P. Profesora de la Universidad de Salamanca

Luis Cerón García

Médico de A.P.

Julia M. Hernández Carrera

Enfermera en Salamanca

PALABRAS CLAVE: Herida, Desbridamiento, Esfacelo.

RESUMEN: Desde Florence Nightingale hasta 2021, se han escrito ríos de tinta con el tema las heridas crónicas de difícil solución. Hemos vivido abundantes metas, retos, congresos, jornadas, e intercambio de ideas entre los profesionales de la salud, pero no acabamos en ponernos de acuerdo en el qué y cómo será el tratamiento ideal.

KEY WORDS: Wound, Debridement, Slough

ABSTRACT: From Florence Nightingale to 2021, they have written a lot of articles with the theme chronic wounds difficult to solve, goals, challenges, congresses, conferences, and exchange of ideas between health professionals, but not just to agree on what and how will be the ideal treatment.

INTRODUCCIÓN

Después están los conflictos de intereses de, quien asume y se responsabiliza de las heridas crónicas. Es un tema difícil de concretar. ¿Enfermería?, se nos recortan las competencias, pero ¿están los médicos al día sobre todos los tratamientos que hay para este tipo de lesiones y qué utilizar en cada fase de cicatrización en la que se encuentra? , ¿los especialistas?, como los cirujanos plásticos, con una importante carga asistencial, pueden encontrar difícil encargarse del gran problema que supone la gran cantidad de heridas de difícil resolución, que a veces están abiertas durante décadas. Algo parecido puede suceder con nuestros compañeros especialistas, los cirujanos Vasculares y de otras especialidades. Por otra parte, los centros de salud en muchas ocasiones, no disponen de las tecnologías adecuadas para hacer frente a la cicatrización de heridas complejas de larga evolución.

En los últimos tiempos han aparecido nuevas tecnologías que desde el punto de vista de su coste eficiencia, permiten cicatrizar heridas complejas en medios asistenciales como centros de salud y consultas externas.

OBJETIVO

Superar la fase sero inflamatoria con presencia de fibrina en heridas crónicas hasta cicatrización y cierre utilizando para ello un nuevo polímero de metacrilato como sistema principal de cobertura del lecho de la herida, combinado con apósitos secundarios con base de silicona para retener el exudado.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional de casos, en los que el 100% de los pacientes presentaban heridas crónicas causadas por úlceras vasculares de diferente etiología, úlceras por presión y quemaduras. Para el tratamiento de las heridas se usó un producto específico compuesto por un polímero de metacrilato que actúa como sistema de cobertura de la herida. Se usó este polímero junto con un apósito con base de silicona y varias capas de espuma para controlar y retener el exudado hasta la fase de contracción y epitelización.

RESULTADOS

Todas las heridas tratadas cerraron en una media de 30 días

CONCLUSIONES

La correcta utilización de una combinación de polímeros del metacrilato junto a apósitos secundarios adecuados para controlar y absorber el exudado, permite una cicatrización idónea, llegando incluso a conseguirse el 100% de casos cerrados.



Capítulo 4

Instituciones enfermeras



IMPORTANCIA DE LA HERMANDAD DE SALUS INFIRMORUM EN LA REDACCIÓN DEL CÓDIGO DEONTOLÓGICO PROFESIONAL

IMPORTANCE OF SALUS INFIRMORUM IN THE DRAFTING OF THE PROFESSIONAL ETHICS CODE

María José Carranza Naval

Docente Centro Universitario de Enfermería "Salus Infirmorum" UCA

Ángel Martínez Ávila

Docente Centro Universitario de Enfermería "Salus Infirmorum" UCA

Antonio Mejías Márquez

Enfermero Hospital Universitario de Jerez de la Frontera -Cádiz

PALABRAS CLAVE: Salus Infirmorum; Enfermeras; Código Deontológico Profesional; Moral.

KEY WORDS: Salus Infirmorum; Nurses; Professional Ethics Code; Moral.

RESUMEN: El presente estudio tiene como objetivos, dar a conocer la importancia de Salus Infirmorum en la redacción del Código Deontológico Profesional y establecer relaciones entre los artículos del Código Deontológico de 1955 y el actual de 2012. Utilizamos como fuente primaria el Archivo Histórico Asociación Nuestra Señora de Salus Infirmorum de Cádiz. El material del Archivo Histórico ha sido revisado y se han comparado los Códigos Deontológicos de 1955 y 2012, extrayendo información relevante y similitudes entre ambos.

ABSTRACT: The objective of this study is to recognise the importance of Salus Infirmorum in the drafting of the Professional Code of Ethics and to establish relationships between the chapters of the Deontological Code of 1955 and the current one of 2012. We use as primary source the Historical Archive Association of Salus Infirmorum from Cádiz. We have reviewed the material of the Historical Archive and compared the codes of ethics of 1955 and 2012, extracting relevant information and similarities between both.

LA HERMANDAD DE SALUS INFIRMORUM Y EL COMITÉ INTERNACIONAL CATÓLICO DE ENFERMERAS Y ASISTENCIA MÉDICO SOCIAL (CICIAMS)

Salus Infirmorum fundada julio del 1942 en Madrid, se extendió por toda España y fue conocida en el extranjero por Dña. María de Madariaga y Alonso, consiguiendo la agrupación de todos los estamentos donde trabajaban las enfermeras para evitar su encasillamiento en las tareas que realizaban: Medicina Hospitalaria o Medicina Preventiva medico/social, Atención Domiciliaria, Enfermera Visitadora o colaborando con la Iglesia a través de los distintos dispensarios parroquiales que funcionaban en los suburbios de las ciudades en esa época (1).

La primera junta de la Hermandad de Salus Infirmorum contó con la representación y el trabajo de las jefas de cada una de las instituciones que en ese momento representaban a la enfermería del país: Cruz Roja, Renfe, Sanidad Militar, Sanidad Civil, Seguro de Enfermedad, 18 de Julio, Auxilio Social, Clínicas y Sanatorios, Servicios Voluntarios de Caridad, Administración e Intervención, Residencias Sanitarias, Secretaria y Secretaria de Extranjero (1).

La actividad de Salus Infirmorum se extendió por toda España y fue muy conocida en el extranjero, a los dos años de su creación fue declarada Organismo Nacional e incorporada en el año 1947 en Roma a la Organización Internacional (Comité Internacional Católico de Enfermeras y Asistencia Medico Social, CICIAMS) como miembro adherido en la máxima categoría, impartiendo conferencias en los distintos congresos mundiales que celebraban cada cuatro años (1).

En Roma (1950) se otorga a España la Vicepresidencia Internacional del CICIAMS siendo nuestro país representado por la Presidenta de la Hermandad de Salus Infirmorum, Dña. María de Madariaga y Alonso. En Quebec (1954) España también es representada por nuestra presidenta. En Bruselas (1958), Madariaga es elegida responsable de la Comisión de Moral Profesional y preside la comisión de Servicios de Libre Contratación (1).

Destacar de la colaboración con el CICIAMS la labor que realizó la fundadora de Salus Infirmorum en la Comisión de Moral, organizando reuniones de trabajo en Madrid integrada por Moralistas, Teólogos, Sociólogos, Enfermeras, y Médicos de los distintos países miembros del CICIAMS para revisar y actualizar los valores fundamentales y los principios Cristianos relacionados con el trabajo de la enfermera que después de dos años de reuniones 1971 y 1972 culminó en el año 1973 con la edición de un código deontológico que fue editado en tres idiomas: Francés, Inglés y Español, corroborado por todas las Asociaciones de Enfermeras Católicas Nacionales de los países miembros del CICIAMS, aceptado unánimemente por el Comité Internacional Católico de Enfermeras y Asistencia Medico Social y ha sido la base del código deontológico actual (1).



M^{ra} de Madariaga y Alonso impartiendo una conferencia en el año 1960. Fuente: Archivo Histórico "Salus Infirmorum".

LA DEONTOLOGÍA PROFESIONAL

La deontología es definida por la Real Academia Española (RAE) como *“parte de la ética que trata de los deberes, especialmente de los que rigen una actividad profesional”*. La deontología aplicada a la práctica profesional determina los deberes exigibles a los profesionales en el desempeño de la actividad profesional. La enfermería posee un conjunto de normas en el Código Deontológico que establecen los mínimos exigibles a la enfermera en el desarrollo de su profesión, así como la instauración de un marco conceptual del que parta el ejercicio profesional y que unifique y delimite los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería (1, 2).

Desde las primeras civilizaciones se vienen elaborando normas para establecer derechos y deberes entre profesionales de salud y pacientes. El Código de Hammurabi (1760 a.C.) es la primera regla jurídica, que ordena de forma sistemática leyes y costumbres antiguas, con una pretensión humanista, evidenciando la justicia y la consideración de las clases sociales más desfavorecidas. Por otra parte, Hipócrates de Cos (460 a.C.) describió los principios hipocráticos, estableciendo un primitivo Código Deontológico, el Juramento Hipocrático (2).

San Juan de Dios, en el siglo XVI, presenta una la enfermería fundamentada en los cuidados integrales del paciente, abarcando los cuidados físicos, mentales, psicológicos, religiosos y sociales (3).

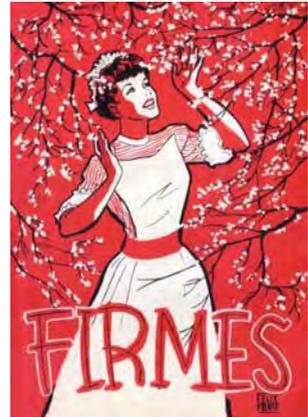
A finales del siglo XIX comienza el proceso de secularización de la profesión enfermera y se desarrollan los primero Códigos Deontológicos específicos de la profesión. Apareciendo los primeros escritos sobre ética enfermera en 1900 en EEUU.

Los principales Códigos Deontológicos en Enfermería son:

- Código Deontológico de Theodor Fliedner: autoevaluación para las enfermeras de su hospital de Kaiserswerth.
- Juramento para enfermera de Florence Nightingale (1893)
- Códigos Éticos del Consejo Internacional de Enfermería. El primero se elaboró en 1953 (Sao Paulo) y la última revisión se realizó en 2012.
- Código de moral del Consejo General de Auxiliares Sanitarios (1954)
- Código Deontológico del CICIAMS (1955 y 1972)
- Declaración sobre el papel de la Enfermería en la salvaguarda de los derechos humanos (Brasilia, 1983)
- Código Deontológico de la Enfermería Española (1989)
- Código Ético y Deontológico de la Enfermería Europea (2007)

En los diferentes códigos Deontológicos de Enfermería los textos han evolucionado en la autonomía personal y en el cambio de paradigma del compromiso enfermero.

Destacar la importancia de que el Comité Internacional Católico de Enfermeras y Asistencia Médico Social (CICIAMS) que en 1952 por la Comisión de Moral comenzó la elaboración de un Código Deontológico (2). Esta comisión estaba liderada por María de Madariaga, y compuesta por moralistas, teólogos, sociólogos, enfermeras y médicos, que se encargaron de revisar los valores morales fundamentales y los principios éticos y cristianos, que después de tres años de trabajo, culminó con la edición de un Código Deontológico para enfermeras en 1955. El Código fue publicado en la Revista Firmes de Salus Infirmorum número 10 de mayo de 1955 (4). Este código se revisó en 1972 y consta de dos partes, en la primera se exponen los valores morales básicos en 12 artículos, en los que se expone que la responsabilidad esencial de la enfermera radica en el hecho de la protección de la vida, en el alivio del sufrimiento y en la promoción de la salud; y una segunda parte que describe los deberes apostólicos de la enfermera católica con 11 artículos, en los que se considera la necesidad de cumplir las tareas anteriores con fidelidad a las convicciones morales y religiosas de la enfermera.



Portada nº 10 Revista Firmes. Fuente: Archivo Histórico "Salus Infirmorum".

Por otra parte, reseñar que el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) en 1923 en Montreal (Canadá), comenzó la elaboración de un código deontológico, interrumpido por las Guerras Mundiales. El 10 de julio de 1953 se reunió el Consejo del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en Sao Paulo (Brasil). El Comité de Ética de Enfermería, presentó el Código de Ética de Enfermería Internacional, cuya característica principal es que aporta las directrices generales para que cada país cree su propio Código Deontológico de la Enfermería. En 1973 en México, el CIE, adoptó un nuevo código que presentaba modificaciones importantes con respecto al anterior (5). La última revisión de este código se realizó en 2012 (6) y se está constituido por cuatro puntos que componen el marco de las normas de conducta: la enfermera y las personas, la enfermera y la práctica, la enfermera y la profesión y la enfermera y sus compañeros de trabajo.

La comparación de estos dos Códigos Deontológicos de la profesión enfermera nos reportan información y coincidencias importantes como:

Los artículos del 1 al 6 del Código Deontológico de 1955 (4) se corresponden con el artículo 1 del Código CIE de 2012 (6), en los que se hace referencia que la responsabilidad profesional de la enfermera es cuidar a las personas como seres holísticos.

VALORES MORALES BASICOS

1. La enfermera está al servicio de la persona humana. En ningún caso dejará, por consiguiente, a un enfermo sin haberse asegurado previamente de la continuidad de los cuidados y de la vigilancia que le son precisos.
2. La enfermera respetará la vida humana en todo momento, desde su principio hasta la muerte. No dará su aprobación, ni cooperará de forma inmediata y directa a ningún acto contrario a la moral, en particular a un acto que redunde en perjuicio voluntario de la vida humana, o que esté dirigido a disminuir o destruir la integridad física o psíquica de la persona del enfermo, directamente.
3. La enfermera cuidará de sus enfermos con plena conciencia y con igual sentido de servicio, cualesquiera que sean la raza, la nacionalidad o el partido, la clase social o la religión de los que se le confían. Respetará en todos la legítima libertad de conciencia.
4. La enfermera deberá tener el mayor respeto a los derechos de la persona humana, de la familia y del bien común nacional e internacional, de la sociedad. Deberá observar las medidas moralmente aceptables, adoptadas por los Estados y por las instituciones jurídicas internacionales.
6. El «secreto profesional» deberá ser considerado por la enfermera como un estricto deber moral. Cualquiera que sean las aplicaciones diversas de este deber, según las leyes vigentes de cada país, la enfermera dará siempre pruebas de la mayor discreción.

Artículos 1 al 6 del Código Deontológico 1955 (4)

Los artículos 7 a 12 del Código Deontológico de 1955 (4) coinciden con el artículo 2 del Código CIE de 2012 (6), en los que se hace referencia a la responsabilidad de la enfermera en su práctica profesional, así como a la importancia de su formación continuada para dispensar cuidados de calidad.

7. La enfermera deberá ser una colaboradora leal dentro del equipo de sanidad. Deberá reconocer, no sólo su propia responsabilidad, sino también los límites de su competencia. No puede, pues, ejecutar terapéutica alguna sin la prescripción médica, salvo en caso de «urgencia»: en este caso informará lo antes posible al médico responsable.
8. La enfermera deberá respetar las prescripciones médicas, salvo en el caso en que fuesen contrarias a la moral.
9. Animará o sostendrá entre los enfermos la confianza en el médico y en los restantes miembros del equipo

Artículos 7 al 12 del Código Deontológico 1955 (4)

EL CÓDIGO DEL CIE

El Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética.

ELEMENTOS DEL CÓDIGO

1. La enfermera y las personas

La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería.

Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad.

La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente.

La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla.

La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables.

La enfermera defenderá la equidad y la justicia social en la distribución de los recursos, en el acceso a los cuidados de salud y en los demás servicios sociales y económicos.

La enfermera demostrará valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad.

Código CIE artículo 1 (6)

sanitario: los casos de incompetencia o los actos contrarios a la ética profesional sólo podrán ser denunciados ante las autoridades competentes.

10. La enfermera mantendrá buenas relaciones con sus colegas, así como con los miembros de los restantes grupos profesionales con los que está en contacto. En caso de necesidad les prestará siempre asistencia moral y profesional.
11. La enfermera deberá hacerse honrar y respetar, logrando así que se respete y se honre su profesión. La dignidad moral de toda su vida contribuirá a ello de un modo eficaz.
12. La enfermera deberá cuidar y proseguir sin interrupción el desarrollo de su cultura general y de sus conocimientos profesionales, contribuyendo de esa manera a la elevación cultural, moral y social de su profesión.

El artículo 11 del Código Deontológico de 1955 (4) se relaciona con el artículo 3 del Código CIE de 2012 (6), en los que se hace referencia a la participación enfermera en el mantenimiento de los valores profesionales de la enfermería.

11. La enfermera deberá hacerse honrar y respetar, logrando así que se respete y se honre su profesión. La dignidad moral de toda su vida contribuirá a ello de un modo eficaz.

Artículo 11 del Código Deontológico 1955 (4)

2. La enfermera y la práctica

La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua.

La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados.

La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad.

La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que honren a la profesión y fomenten su imagen y la confianza del público.

Al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.

La enfermera tratará de fomentar y mantener una cultura de la práctica profesional que favorezca el comportamiento ético y el diálogo abierto.

Código CIE artículo 1 (6)

3. La enfermera y la profesión

A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería.

La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación, que favorezca la práctica basada en pruebas.

La enfermera participará en el desarrollo y en el sostenimiento de un conjunto de valores profesionales.

La enfermera, actuando a través de la organización profesional, participará en la creación de un entorno favorable de la práctica y en el mantenimiento de condiciones de trabajo en la enfermería que sean seguras, equitativas social y económicamente.

La enfermera ejercerá su profesión para sostener y proteger el entorno natural y será consciente de las consecuencias que ello tiene para la salud.

La enfermera contribuirá a crear un entorno ético de la organización y se opondrá a las prácticas y a los contextos no éticos.

Los artículos 7, 8 y 10 del Código Deontológico de 1955 (4) se ajustan al artículo 4 del Código CIE de 2012 (6), en ellos se pone de manifiesto la relación respetuosa y de colaboración de la enfermera en el equipo multidisciplinar en el que trabaje.

7. La enfermera deberá ser una colaboradora leal dentro del equipo de sanidad. Deberá reconocer, no sólo su propia responsabilidad, sino también los límites de su competencia.

No puede, pues, ejecutar terapéutica alguna sin la prescripción médica, salvo en caso de «urgencia»: en este caso informará lo antes posible al médico responsable.

8. La enfermera deberá respetar las prescripciones médicas, salvo en el caso en que fuesen contrarias a la moral.

10. La enfermera mantendrá buenas relaciones con sus colegas, así como con los miembros de los restantes grupos profesionales con los que está en contacto. En caso de necesidad les prestará siempre asistencia moral y profesional.

Artículos 7, 8, 10 del Código Deontológico 1955 (4)

4. La enfermera y sus compañeros de trabajo

La enfermera mantendrá una relación respetuosa de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores.

La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud.

La enfermera actuará adecuadamente para prestar apoyo y orientar a las personas con las que trabaja, para fortalecer el comportamiento ético.

Código CIE artículo 1 (6)

CONCLUSIONES

Los deberes fundamentales de la enfermera se han conservado a lo largo de la historia y por ende la necesidad universal de la profesión enfermera, que presta servicio a la persona, la familia y la comunidad, manteniendo inherente los valores fundamentales de respeto a la vida y a la dignidad humana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conde FG.D^a María de Madariaga y Alonso (1905-2001). Fundadora de Salus Infirmorum. Cádiz. 2008.
2. Chamorro E, Martínez A. Del ayer al hoy, de María de Madariaga a 'Salus Infirmorum'. V Congreso Nacional de Historia de la Enfermería. Alcalá de Guadaíra, Sevilla; 2001.
3. Fernandes G, Siles J. Antropología y cuidados en el enfoque de San Juan de Dios. Index de Enferm. 2008; 17 (2), 144-148.
4. Salus Infirmorum. Texto del Código de Deontología del Comité Internacional Católico de Enfermeras y Asistentas Médico-Sociales (C.I.C.I.A.M.S). Firmes. 1955; 10, 4-5.
5. Consejo Internacional de Enfermeras. Código de Enfermeras, conceptos éticos aplicados a la Enfermería. Ginebra, Suiza. 1973.
6. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico de CIE para la Profesión de Enfermería. Ginebra, Suiza. 2012.

MOVILIZACIÓN DE JÓVENES VOLUNTARIAS Y FORMACIÓN DE DAMAS ENFERMERAS DE LA CRUZ ROJA DURANTE LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA

MOBILIZATION OF YOUNG VOLUNTEERS AND TRAINING OF NURSES OF THE RED CROSS DURING THE SPANISH CIVIL WAR

José Antonio Sánchez Miura

Instructor de Soporte Vital.

Doctorando en Ciencias de la Salud por la Universidad de Sevilla

Personal eventual del Servicio Andaluz de Salud

Rocío Romero Castillo

Técnico de investigación de la Fundación Pública Andaluza

para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla

Doctorando en Ciencias de la Salud por la Universidad de Sevilla

Personal eventual del Servicio Andaluz de Salud

PALABRAS CLAVE: Historia de la Enfermería, Cruz Roja, Voluntarios, Guerra Civil Española.

KEY WORDS: History of Nursing, Red Cross, Volunteers, Spanish Civil War.

RESUMEN: Los objetivos fueron analizar el fenómeno de movilización de voluntarias en los bandos enfrentados en la Guerra Civil y el papel de la Cruz Roja en la formación enfermera. En este período se produjo un fenómeno de movilización masiva. Las jóvenes republicanas buscaron emancipación y participación activa, mientras que las del bando nacional siguieron las pautas de sumisión promovidas por la Sección Femenina de la Falange. La Cruz Roja se hizo cargo de la formación de las voluntarias de ambos bandos, aunque con diferencias en los planes formativos, siendo más completa la que recibieron las enfermeras del bando nacional.

ABSTRACT: The aims were to analyze the phenomenon of volunteer's mobilization in the two sides faced in the civil war, and the role played by the Red Cross in the nurse training. In this period there was a phenomenon of massive mobilization. The young republicans were mobilized for emancipation and active participation, while those on the national side did it due to the patterns of servitude promoted by the Female Section of the Falange. The Red Cross took charge of the training of these volunteers on both sides, although there were differences in educational plans, being more complete the training received by the nurses of the national side.

INTRODUCCIÓN

Las guerras traen siempre la desolación y la ruina de las sociedades que participan en ellas. En el caso de España, la guerra civil dividió a su población en dos bandos, enfrentándose en un sinfín de cruentas batallas que marcaron irremediamente el devenir de la nación¹. Sin embargo, un periodo tan oscuro como una guerra, paradójicamente, supuso una gran oportunidad de avance para la enfermería, colectivo que si bien no había hecho más que comenzar su andadura profesional en España, no quedó al margen de esta dinámica de cambio que experimentó el país².

Tras el levantamiento de Franco en Melilla daba comienzo uno de los episodios más funestos de la historia de nuestro país, una guerra civil que, si bien preveían rápida, lo arrasó todo durante cuatro sangrientos años³. Cuando la noticia del alzamiento militar del ejército de África se extendió, la península quedó dividida. Algunas regiones como Castilla y León, Galicia, Navarra y Baleares se posicionaron a favor de los golpistas, mientras que el resto seguían siendo fieles a la república⁴.

En el denominado bando nacional (o golpista) el poder quedó en manos de generales del ejército, destacando Mola en Navarra, Queipo de Llano en Sevilla y Cabanellas en Zaragoza. Otros generales intentaron unirse a la sublevación, como Fanjul en Madrid y Goded en Barcelona, aunque sus levantamientos fueron truncados por las fuerzas republicanas¹. Todos estos altos cargos militares, aconsejados por el general Mola, establecieron una jerarquía totalitaria y cerril, aunque no contaban con un líder claro ni un sistema centralizado de mando al comienzo de la contienda. Mientras tanto, en el bando republicano, el gobierno legítimo perdió el control de la situación y no supo adaptarse a la situación de guerra. Delegó gran parte de sus responsabilidades en comités obreros organizados por sindicatos y partidos políticos afines a la república, los cuales tampoco contaban con una estructura centralizada¹.

Ante la incapacidad del gobierno para gestionar de forma eficaz la nueva situación de amenaza para la Segunda República, el 19 de julio de 1936 es destituido el presidente Quiroga, ocupando el puesto José Giral³. Un día más tarde, los generales al frente del bando nacional se reunieron en Burgos para dar forma a un sistema de mando centralizado que permitiese tomar decisiones de un modo más eficaz y tener ventaja en la batalla. De este modo, los sublevados crearon la Junta de Defensa Nacional, presidida por el general Cabanellas en primera instancia.

Con el desarrollo de la guerra y la consecución de combates, las necesidades de cuidados aumentaron exponencialmente, por lo que durante la guerra civil la profesión enfermera jugó un papel de vital importancia, custodiando a los heridos y afectados tanto en el frente como en la retaguardia⁵. Esta necesidad de cuidados que provocó la guerra se tradujo en una necesidad de profesionales que los administraran.

Cuando estalló el conflicto bélico no había suficientes profesionales enfermeras para cubrir los requerimientos de los heridos⁶. Esta situación ocasionó una gran movilización de voluntarias dispuestas a ayudar, que fue gestionada de forma dispar entre los dos bandos enfrentados, dando lugar a diferentes estructuras organizativas y planes formativos para las enfermeras del bando republicano y las del bando nacional.

OBJETIVO

Analizar el fenómeno de movilización de voluntarias en los dos bandos enfrentados en la Guerra Civil, y el papel que jugó la Cruz Roja en la formación enfermera.

METODOLOGÍA

En este estudio se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cuiden, PubMed y Scielo, y en los fondos de revistas especializadas (Híades, Cultura de los Cuidados, Index de Enfermería, Temperamentvm).

Como criterios de inclusión, se fijó seleccionar artículos que versasen sobre la enfermería durante la Guerra Civil e historia de la Cruz Roja Española. Para incluir los artículos se debía tener la posibilidad de acceder al texto completo del mismo. Se excluyeron aquellos artículos en idiomas distintos al castellano y al inglés. No se fijaron filtros para el tipo de diseño ni límites temporales. Se obtuvo un total de 140 resultados, de los cuales se seleccionaron 8 artículos.

RESULTADOS - DISCUSIÓN

La base de datos que más artículos ofreció fue Dialnet (3) y la revista con mayor aportación fue Index de Enfermería (2). Es necesario recalcar el gran número de resultados repetidos que se encontró en la búsqueda (16), así como la no disponibilidad a texto completo (12). La metodología más empleada fue la descriptiva, seguido del análisis documental y de fuentes primarias. En cuanto al contenido, fueron mayoritarios los artículos que versaban sobre formación enfermera.

La movilización de enfermeras y jóvenes voluntarias que quisieron servir en el frente fue masiva y común en ambos bandos, aunque diferían las motivaciones entre las republicanas y las que apoyaban a los sublevados.

En el bando republicano, las jóvenes vieron la oportunidad de romper con los estereotipos sociales impuestos para con las mujeres y salir de sus casas, poder estudiar y trabajar, ayudando a los combatientes y haciéndose partícipes y protagonistas del conflicto⁵. Las jóvenes enfermeras republicanas vieron en la guerra civil una oportunidad de expandir sus horizontes, aunque para autores como González Allende, las motivaciones eran otras. El autor mencionado señala que “la labor de la enfermera durante la guerra se consideró como una trasposición de su función maternal; es decir, como una proyección en el espacio público del papel que la mujer tradicionalmente desempeñaba en el espacio privado” (González Allende, 2009, p.84). Siguiendo a este autor, nada tenía que ver la política y las ganas de libertad para que las jóvenes republicanas prestaran cuidados durante la guerra, sino que este acto no era más que otra forma de servir a los hombres, los cuales fueron los verdaderos protagonistas del conflicto para la historia. El citado autor (que basa sus ideas en escritos de Helen Graham y Mary Nash) señala que la guerra no supuso una oportunidad social ni laboral para la mujer sino que las condujo a realizar los mismos roles del hogar, pero fuera de él.

Las jóvenes del bando sublevado, adoctrinadas bajo el ideario machista del nacional – catolicismo y bajo la influencia de la Sección Femenina de la Falange de Pilar Primo de Rivera, no buscaban un papel protagonista en el conflicto como sus homónimas

republicanas, sino que anhelaban jugar un papel secundario complementario a la figura del soldado, quienes eran los verdaderos protagonistas según sus ideas⁷. Las enfermeras del bando nacional, quienes debían poseer las típicas cualidades de “la buena mujer franquista” (sumisión al hombre, dulzura, cariño etc.) jugaban un papel de meras auxiliares del personal médico. Esta posición de subordinación al médico (como profesión eminentemente masculina), que se mantuvo durante toda la etapa de dictadura posterior a la guerra, puede explicarse atendiendo a los comunicados de la propia Pilar Primo de Rivera para con sus miembros de la Sección Femenina:

“A las secciones femeninas, mientras menos se las vea y menos se las oiga mejor. Que el contacto con la política no os vaya a meter a vosotras en intrigas y habilidades impropias de las mujeres. Nosotras atendamos a lo nuestro y dejemos a los hombres, que son llamados para que resuelvan todas las complicaciones que lleva en sí el gobierno de la nación”.

“Las mujeres nunca descubren nada; les falta desde luego el talento creador, reservado por Dios para inteligencias varoniles; nosotras no podemos hacer nada más que interpretar mejor o peor lo que los hombres nos dan hecho”.

Pilar Primo de Rivera, 1943. (Almansa Martínez, 2003, p.4).

A fin de organizar y formar a las voluntarias, movidas por un exacerbado fervor patriótico, el gobierno sublevado dictó una Orden el 26 de marzo de 1937 con la que creaba su propio cuerpo de enfermeras (BOE nº157, de 26 de marzo de 1937). Este cuerpo sería conocido como Servicio de Enfermería Femenino, y estaría dirigido por la enfermera Mercedes Milá Nolla, quien Franco nombró Inspectora General de los Servicios Femeninos de los Hospitales⁸.

Mientras tanto, el desbordado gobierno republicano se vio incapaz de encargarse de la formación de sus enfermeras y voluntarias por lo que delegó esta tarea en instituciones neutrales. La Cruz Roja Española, que formó a las jóvenes voluntarias como Damas Enfermeras, jugó un papel fundamental en la enfermería republicana durante la guerra⁹. Esta enseñanza se estructuró conforme al plan formativo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja de 1917, ligeramente modificado en 1928. Este programa dividía la enseñanza en dos cursos de cinco meses cada uno, con un total de 35 lecciones.

Debido al recrudecimiento de los combates y al aumento exponencial de los heridos, el Servicio de Enfermería Femenino de Mercedes Milá resultó insuficiente para cubrir la demanda de cuidados. Entonces, la Cruz Roja Española del bando nacional (reconocida oficialmente durante la XVI conferencia internacional de la Cruz Roja en 1938) comenzó a formar Damas Enfermeras para poder cubrir esta demanda⁹.

En un intento por adaptar la formación de estas Damas Enfermeras a los requerimientos de la guerra, los responsables del mando sublevado (bajo la supervisión directa de Mercedes Milá Nolla) realizaron modificaciones en el plan formativo del cuerpo. El nuevo programa, que vio la luz en 1938, estructuraba la enseñanza en dos cursos de ocho meses cada uno, contando con un total de 46 lecciones.

Plan formativo de la Cruz Roja para el bando republicano:

Funcionamiento de la Cruz Roja de España	3 lecciones
Anatomía y Fisiología	10 lecciones
Salud pública	6 lecciones
Procedimientos técnicos y lecciones clínicas	15 lecciones

Plan formativo de la Cruz Roja para el bando nacional:

Organización y funcionamiento de la Cruz Roja de España	4 lecciones
Anatomía, Fisiología, cirugía y patología	11 lecciones
Procedimientos y técnicas	4 lecciones
Salud Pública	10 lecciones

CONCLUSIONES

Se produjo un fenómeno de movilización masiva entre las jóvenes, aunque diferían los motivos atendiendo al bando. Las jóvenes republicanas se movilizaron buscando la emancipación y la participación activa, mientras que las del bando nacional lo hacían siguiendo las pautas de servidumbre promovidas por la Sección Femenina de la Falange. El gobierno sublevado organizó la formación de sus enfermeras, mientras que el gobierno republicano delegó esta tarea en instituciones neutrales.

La Cruz Roja se hizo cargo de la formación de las voluntarias en ambos bandos, aunque con diferencias en los planes educativos, siendo más completa la formación que recibieron las enfermeras del bando nacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comellas J. Historia de España Contemporánea. Madrid: Rialp; 2009.
2. Siles González J. La Construcción Social de la Historia de la Enfermería. *Index de Enfermería*. 2004; 47(1):7-10.
3. García Cárcel R. La construcción de las Historias de España. Madrid: Marcial Pons; 2004.
4. Jackson G. La República Española y la Guerra Civil. Barcelona: Crítica; 2000.
5. Pallarés Martí A. Análisis sociológico del papel de las enfermeras durante la guerra civil española: la voz de sus protagonistas. *Temperamentvm*. 2005; 2(1): 1-10.
6. Hernández J, Segura G. La formación de las Damas Enfermeras de la Cruz Roja durante la Guerra Civil Española (1936-1939). *Index de Enfermería*. 2013; 22(3): 180-6.
7. Almansa Martínez P. La formación enfermera desde la Sección Femenina. *Enfermería Global*. 2005; 7(1): 1-7.
8. Parrilla Nieto M. Más de medio siglo de la mujer en las Fuerzas Armadas españolas. *Damas de Sanidad Militar*; 2008.
9. Casas Martínez F, Miralles Sangro T. Las enfermeras en la Guerra Civil Española. *E.ducare* 21. 2003; 2(1): 1-5.

**INFLUENCIA DE LA I GUERRA MUNDIAL EN LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA.
TÍTULO DE ENFERMERÍA Y PLAN FORMATIVO DE LA CRUZ ROJA**

**INFLUENCE OF WORLD WAR I ON SPANISH NURSING. NURSING DEGREE
AND FORMATIVE PLAN OF THE RED CROSS**

José Antonio Sánchez Miura

Instructor de Soporte Vital
Doctorando en Ciencias de la Salud por la Universidad de Sevilla
Personal eventual del Servicio Andaluz de Salud

Rocío Romero Castillo

Técnico de investigación de la Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en
Salud de Sevilla
Doctorando en Ciencias de la Salud por la Universidad de Sevilla
Personal eventual del Servicio Andaluz de Salud

PALABRAS CLAVE: Historia de la Enfermería, Cruz Roja, Primera Guerra Mundial.

KEY WORDS: History of Nursing, Red Cross, World War I.

RESUMEN: El objetivo de estudio fue conocer la posible influencia de la I Guerra Mundial en la aprobación del título de enfermería en España, así como en la implantación del plan formativo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja de 1917. El gobierno español realizó reformas para preparar al país para la guerra. Entre ellas, se aprobó la petición de las Siervas de María de crear un marco reglamentario para la profesión enfermera, viendo la luz el título de enfermería en España. La Cruz Roja Española creó a su vez un plan formativo para el Cuerpo de Damas Enfermeras.

ABSTRACT: The aim was to know the influence that the World War I could have in the cration of the tittle of nursing in Spain, as well as in the appearance of the first training plan of Red Cross Nurses in 1917. The Spanish government made reforms to prepare the country for war. It was approved the request of the Servants of Mary to create a regulatory framework for the nursing profession, as a result was created the tittle of nursing in Spain. The Spanish Red Cross created a training plan for their nurses corps.

INTRODUCCIÓN

El político americano Henry Kissinger postuló: *“La primera Guerra Mundial fue una guerra que nadie quería y una catástrofe que nadie pudo haberse imaginado”*. La Gran Guerra, como era conocida en la época, fue un conflicto armado que asoló Europa y trajo la desgracia a millones de personas. Sin embargo, en concordancia con autores como José Siles, las guerras suponen momentos de gran crecimiento para la ciencia. En palabras del propio Siles *“a lo largo de la historia la paradoja ha mostrado sobradamente su poder configurador. Un hecho tan deplorable para el hombre como la sucesión interminable de conflictos bélicos ha servido, empero, para desarrollar materias científicas”*¹.

Apesar de la postura neutral de España en el conflicto², la Gran Guerra fue un punto de inflexión para el resto de países vecinos y para sus enfermeras, ya que siguiendo las ideas de Siles la ciencia enfermera evolucionó enormemente durante la contienda. Por ello se hace necesario el estudio de los cuidados en estos periodos de confrontación bélica, en los que se detallen los cambios que sufrió la profesión durante la Primera Guerra Mundial, conflicto que estalló el 28 de junio de 1914 cuando el archiduque Francisco Fernando, heredero al trono Austro – húngaro, muere víctima de un atentado en Sarajevo³.

OBJETIVOS

Estudiar la posible influencia de la I Guerra Mundial, o Gran Guerra, en la aprobación del título de enfermería en España.

Analizar la implantación del primer plan formativo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja Española.

METODOLOGÍA

En primer lugar se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos más relevantes en ciencias de la salud (PubMed, Cuiden, Dialnet, Cinahl, Scopus) con el fin de encontrar bibliografía afín a la temática de estudio. Con 109 resultados, se fijaron como criterios de inclusión la existencia de acceso a texto completo, la calidad metodológica de los artículos, la afinidad temática con los objetivos de este trabajo y que estuviesen escritos en castellano o inglés. Finalmente fueron seleccionados 7 artículos y un libro.

Tras la revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda de fuentes primarias y documentación de la época en los fondos digitalizados del Boletín Oficial del Estado (BOE) y el Ilustre colegio de Enfermería de Madrid, obteniéndose 2 fuentes de interés (Real Orden del 21 de mayo de 1915; Real Orden de 1917).

RESULTADOS – DISCUSIÓN

Efectos de la guerra en la enfermería europea

*“La enfermería fue una de las profesiones que durante el desarrollo de la I Guerra Mundial experimentó una mayor transformación, de tal manera que al finalizar el conflicto bélico la profesión había cambiado de manera radical sus principios y formas de actuar”*⁴.

Fruto de la revolución industrial, la ciencia armamentística se desarrolló enormemente a principios del siglo XX, por lo que durante la primera guerra mundial apareció todo un

nuevo arsenal de destrucción. Ametralladoras, tanques y gases tóxicos causaron heridos a unos niveles desconocidos hasta entonces. Además, los efectos psicológicos de una guerra tan larga y cruenta provocaron también terribles secuelas entre las tropas. Las enfermeras no estaban preparadas para hacer frente a esta maquinaria bélica que producía heridos de toda índole a unos niveles nunca antes vistos, por lo que tuvieron que adaptarse y cambiar su forma de trabajar y actuar ante estas nuevas situaciones que la guerra planteaba⁴.

Desde el comienzo de la guerra se movilizó a un gran número de enfermeras para cuidar a los heridos. Muchas de ellas fueron destinadas a hospitales de campaña, que no eran más que tiendas improvisadas que se trasladaban por todo el frente según las necesidades y la evolución de los combates. En estas tiendas es donde realizaban las técnicas y procedimientos enfermeros, como la administración de la conocida como Solución Dakin para desinfectar las heridas. El uso de clorhídrico de cocaína como anestésico local se extendió, acompañado habitualmente de cloroformo como analgésico y sedante. El manejo de todas estas técnicas, a las que hay que sumar la transfusión sanguínea, requerían de un cuerpo de enfermeras militares bien formadas⁴.

Para llevar a cabo esta tarea, las enfermeras recibían instrucción tanto militar como médica, poniendo especial interés en los cuidados psiquiátricos. El ejército americano, que desplegó a 60.000 enfermeras con el fin de atender a sus heridos, no fue el único que aprovechó la situación de guerra para mejorar su servicio de enfermería militar. El servicio de Enfermería Militar Imperial de la Reina Alexandra (organización fundada en 1902) también amplió su número de efectivos, pasando de 300 a 10.000 enfermeras.

Repercusión en la obtención del título de enfermera

El gobierno de Eduardo Dato mantuvo a España en una posición neutral en el conflicto, pero a pesar de ello la guerra no pasó desapercibida para la sociedad española, que experimentó profundos cambios al igual que el resto de sus vecinos europeos. La posibilidad de que España se viera abocada a participar en la guerra aceleró muchos procesos puestos en marcha años antes del inicio del conflicto, lo que permitió, entre otras muchas sanciones, que en 1915 se aprobara en España el título de enfermera⁴.

Según señalan los autores Amezcua e Iglesias este hito en la profesión fue posible a raíz de una propuesta de la congregación religiosa *Las siervas de María, Ministras de los enfermos*. En palabras de estos autores: “En realidad sólo pretendían legitimar las funciones desarrolladas por sus hermanos, pero con ello lograron dar un gran impulso a la enfermería laica, que ya había comenzado su andadura académica unas décadas antes en la Escuela de Enfermería de Santa Isabel de Hungría de Madrid”⁵.

No obstante, el 21 de mayo de 1915 se publicó en la Gaceta de Madrid la Real Orden en la que se establecían los requisitos para obtener la titulación de enfermera, necesario para poder ejercer la profesión dentro de España⁶ (Véase Anexo nº 1).

Aunque promovido por una orden religiosa como las Siervas de María, el texto deja claro que la profesión enfermera no solo era cuestión religiosa, pudiendo ser ejercida por personal laico siempre y cuando mostrara los conocimientos requeridos y estuviera en posesión del título. Esto se plasma en la Real Orden del 7 de mayo de 1915, que promulgaba lo siguiente: “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 a 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 a bien disponer lo siguiente ... Se aprueba el adjunto Programa de los conocimientos necesarios para habilitar de enfermeras á las que lo soliciten pertenecientes ó no á comunidades religiosas ...” (Gaceta de Madrid, 21 de mayo de 1915).

Plan formativo de las Damas Enfermeras de la Cruz Roja

La crudeza nunca antes vista con la que se iba desarrollando la Gran Guerra hizo que la Cruz Roja Española acelerara la creación de un plan formativo para su cuerpo de Damas Enfermeras, proyecto que llevaba en marcha desde la creación del cuerpo en 1914.

Así, el 28 de febrero de 1917 la Cruz Roja aprueba el plan formativo para sus Damas Enfermeras, complementando la orden de creación del cuerpo tres años atrás⁷. El decreto, cuyo título fue *Real Decreto aprobando las instrucciones generales para la organización y constitución del Cuerpo de Damas Enfermeras de la Asociación de Cruz Roja Española, y el programa anexo para la enseñanza de dichas Damas Enfermeras* (Véase Anexo nº 2) ofrece el marco legal en el que se basó la creación oficial del cuerpo, además de unificar y regular los requisitos que las jóvenes debían cumplir para convertirse en Damas Enfermeras y ejercer la profesión en el seno de la Cruz Roja Española⁸.

Durante ese mismo año, además de la creación del plan formativo de Damas Enfermeras, también se publicaron varios manuales y libros de enfermería. Entre los más importantes cabe destacar la publicación del doctor Antonio Mut titulada *La enfermera, Resumen de Conocimientos*, manual que usaron las alumnas de la escuela laica del hospital Santa Isabel de Hungría. Por otro lado, también se publicó, desde la enfermería religiosa el *Manual de la carrera de enfermeras para el uso de las hijas de la caridad españolas*⁹.

CONCLUSIONES

A pesar de su posición neutral, el gobierno español realizó reformas para preparar al país para la guerra. La posibilidad de que España se viera abocada a participar en la guerra aceleró muchos procesos. Se aprobó la petición de las *Siervas de María* de crear un marco reglamentario para la profesión enfermera, viendo la luz el título de enfermería en España. Basándose en la experiencia bélica de las enfermeras europeas, La Cruz Roja Española creó un plan formativo para el Cuerpo de Damas Enfermeras, el cual sentó las bases de su actuación en posteriores conflictos (Guerra Civil Española).

BIBLIOGRAFÍA

1. Siles González J. Enfermería y conflictos bélicos. Una historia por hacer. *Index de enfermería*. 1997; 15(1): 7-8.
2. Comellas J. *Historia de España Contemporánea*. Madrid: Rialp; 2009.
3. Altrichter H, Walther L. *Historia de Europa en el Siglo XX*. Madrid: Marcial Pons; 2014.
4. García Martínez A, García Martínez M. La enfermería en la I guerra mundial. *Enfermería Facultativa*. 2014; 199(1): 7-11.

- 5. Amezcua M, González Iglesias E. La creación del título de enfermera en España: ¿Cien años de una incoherencia histórica? Index de Enfermería. 2015; 24(2): 1-7.
6. González Iglesias M, Amezcua M, Siles González J. (2010). El título de enfermera en España a través del análisis documental: El caso de las Siervas de María, Ministras de los enfermeros. Temperamentvm, revista internacional de historia y pensamiento enfermero. 2010; 12(1): 1-17.
7. Hernández J, Segura G. La formación de las Damas Enfermeras de la Cruz Roja durante la Guerra Civil Española (1936-1939). Index de Enfermería. 2013; 22(3): 180-6.
8. Rodríguez Maneiro M. Historia de la Cruz Roja de la Corona: desde su creación en 1870 hasta nuestros días. La Corona: Ediciones Cruz Roja Española; 1996.
9. García Martínez M, García Martínez A. La enseñanza de la enfermería urológica en la primera escuela de enfermeras de España. Enfuro, Asociación Española de Enfermería en Urología. 2012; 123(1): 8-14.

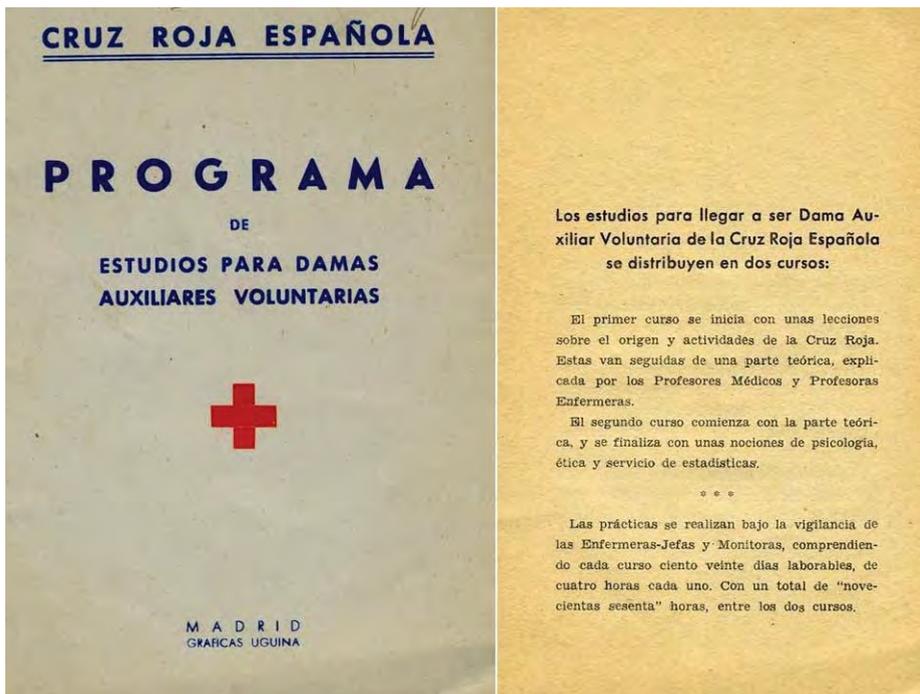
Anexos

Anexo nº 1. Real Orden del 21 de mayo de 1915. Título de enfermería. Extraído del sitio web de la Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.
https://www.boe.es/buscar/gazeta.php

494 21 Mayo 1915 Gaceta de Madrid. - Núm. 141
Real Orden del 21 de Mayo de 1915.
El Sr. D. J. de la Secretaría de Estado...
El Sr. D. J. de la Secretaría de Estado...
El Sr. D. J. de la Secretaría de Estado...

Gaceta de Madrid. - Núm. 141 21 Mayo 1915 495
Aparato generativo y gestación.
Piel y sus anexos.
Calidades físicas, morales e intelectuales de la enfermera en general.
Deberes de la enfermera y obligaciones que ha de cumplir, tanto respecto al trato de enfermos particulares en su domicilio como en el laboratorio que presta a los que atienden en las salas de consulta.

Anexo nº 2. Real Orden de 1917. Formación de las Damas Enfermeras de la Cruz Roja. Extraído del Ilustre Colegio de Enfermería de Madrid. <http://www.codem.es/investigacion>. Portada extraída del blog Digital Enfermería Avanza: <http://enfeps.blogspot.com.es/2013/10/150-anos-de-la-cruz-roja-1863-2013.html>.



EL COMITÉ FEMENINO DE HIGIENE POPULAR Y SU APORTACIÓN A LA ENFERMERÍA

THE WOMEN'S COMMITTEE ON POPULAR HYGIENE AND ITS CONTRIBUTION TO NURSING

M^a Isabel Arandojo Morales

Doctora por la Universidad Complutense de Madrid
Servicio Médico del Colegio de Guardias Jóvenes "Duque de Ahumada"
(Guardia Civil). Valdemoro, Madrid

Josefa Centeno Brime

Enfermera. Colaboradora del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología y Miembro del Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid. PREMAP, Seguridad y Salud. Madrid

PALABRAS CLAVE: Historia Social, Comité Femenino de Higiene Popular, enfermería, prensa.

RESUMEN: El Comité Femenino de Higiene Popular fue una asociación creada en 1911 por un grupo de mujeres intelectuales que pretendían introducir hábitos higiénicos en los hogares de los barrios obreros madrileños, involucrando a las madres y a sus hijos. Esta comunicación tiene como objetivos mostrar las iniciativas de esta asociación para mejorar la educación de las madres en el cuidado de los niños y la familia y ha sido realizada siguiendo una metodología de Historia Social. Se ha utilizado como fuente documental la prensa histórica de los fondos de la Biblioteca Nacional de España y la hemeroteca del diario ABC.

KEY WORDS: Social History, Women's Committee of Popular Hygiene, nursing, press.

ABSTRACT: The women's Committee of Popular Hygiene was an association created in 1911 by a group of women intellectuals who wanted to introduce hygienic habits in the homes of working-class neighborhoods in Madrid, involving mothers and their children. This communication aims to show the initiatives of this association to improve the education of mothers in the care of children and the family and has been made following a methodology of Social History. It has been used as documentary source the historical press of the funds of the National Library of Spain and the newspaper library of the ABC.

INTRODUCCIÓN

El Comité Femenino de Higiene Popular fue una iniciativa desarrollada en los primeros años del siglo XX en Madrid por un grupo de mujeres intelectuales que aprovecharon su formación, talento y contactos para desarrollar diversas iniciativas dirigidas a mejorar la situación sanitaria e higiénica de la infancia en los barrios obreros de Madrid¹. Era una asociación benéfica, cultural y laica, formada y organizada por mujeres que, mediante sencillas prácticas, pretendían introducir hábitos higiénicos en estos hogares, involucrando para ello a las madres y a sus hijos.

En esos años, los graves problemas sanitarios, higiénicos y de mortalidad general e infantil y los cambios socio-políticos, hacen que se desarrollen iniciativas y asociaciones femeninas, de índole eminentemente práctico, para dar solución a los problemas socio-sanitarios planteados en la familia, y así contribuir a la mejora de la salud y de la alimentación infantil y el cuidado de las madres (surgen las primeras médicas de la mujer y el niño) y el aumento de la higiene infantil.

La prensa fue el instrumento que permitió difundir la labor del Comité y la de otros intelectuales, escritores y periodistas comprometidos con la promoción de un cambio cultural y de mentalidades en la España del momento.

OBJETIVOS

Esta comunicación tiene como objetivos:

1. Dar a conocer las iniciativas de esta asociación para mejorar la habitabilidad de las casas y el aseo de los niños en barrios obreros de Madrid.
2. Señalar las actividades desarrolladas por el Comité en relación con la educación de las mujeres y niños en la prevención de enfermedades.
3. Mostrar la contribución de esta asociación a otras iniciativas de prevención como la enfermera de sanidad pública y la enfermera puericultora.

MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio ha sido realizado con fuentes bibliográficas, que han servido para realizar el encuadre socio-histórico de este trabajo, y fuentes documentales de los fondos de la Biblioteca Virtual de Prensa Histórica, de la Biblioteca Nacional de España y la hemeroteca del diario ABC.

Se ha realizado la investigación siguiendo la metodología de Historia Social² y con las puntualizaciones realizadas para la prensa histórica por M. Tuñón de Lara³, F. Braudel⁴ y M. Kircher⁵.

DESARROLLO

Durante la segunda mitad del siglo XIX, se produjo en España una revolución rural y urbana. Un gran número de personas emigró del campo a las ciudades, sobre todo a las industriales, donde la población experimentó un fuerte crecimiento que le llevó a cuadruplicar su número. Las condiciones de habitabilidad y salubridad de las viviendas eran nefastas, sobre todo las de la población trabajadora⁶ y los servicios públicos

precarios, con importantes deficiencias de urbanización y alcantarillado, situación que se hacía más grave en los barrios populares. Estas precarias condiciones de vida, la existencia de brotes epidémicos y la ausencia o escasa existencia de vacunación, junto a escasez de alimentos, fueron los elementos determinantes para la existencia de una elevada mortalidad, sobre todo infantil¹.

En la ciudad de Madrid, surgió una asociación que se preocupó por la salud e higiene de los niños más pobres, el Comité Femenino de Higiene Popular, formado por un grupo de mujeres adelantadas al momento histórico, con niveles culturales elevados y sensibilizadas por la situación que padecían las familias más humildes. En esta línea de acción, la esposa del pediatra Manuel Tolosa Latour, la actriz Elisa Mendoza Tenorio, dedicó todos sus esfuerzos a los niños más débiles, a organizar instituciones de apoyo a las familias más pobres y a realizar actos públicos encaminados a la búsqueda de nuevos asociados a la causa⁷. Debido a sus actividades, conoció a la doctora Concepción Alexandre y también se relacionó con la poetisa Sofía Casanova, mujer comprometida con los problemas de su época y defensora a ultranza de la enseñanza de la mujer.

Estas tres damas, junto con las directoras de la Escuela Normal de Maestras y otras señoras influyentes de la aristocracia, decidieron fundar la sociedad benéfica privada llamada Comité femenino de Higiene Popular. Contaban con el apoyo de la Reina María Cristina, su hija la infanta María Teresa y un largo etcétera de mujeres aristócratas y de alto nivel cultural. Enseñaron medidas básicas de limpieza en el hogar y en los niños de las mujeres obreras, con lo que querían prevenir la tuberculosis y las enfermedades infantiles y disminuir la altísima tasa de mortalidad infantil existente⁷.

La Constitución oficial del Comité tuvo lugar el día 3 de marzo de 1911, en el Ministerio de la Gobernación, bajo la presidencia del Inspector General de Sanidad, Manuel Martín Salazar, y se nombró presidenta a Sofía Casanova. Sus fundadoras quisieron hacer visibles sus actividades buscando apoyo oficializado en mujeres de la aristocracia y burguesía, más o menos comprometidas con labores sociales, como condesas, duquesas, escritoras y mujeres de médicos insignes o de políticos importantes. Pero la prensa fue el instrumento que realmente dio visibilidad a la labor que desarrollaban en relación con la mujer y con la infancia y, con su divulgación.

En la “Gaceta de Instrucción Pública y Bellas Artes” del 15 de marzo de 1911 se publicaron los Estatutos y el Reglamento del Comité⁸, que definían claramente sus objetivos y donde se regulaban sus órganos de gobierno, señalando que los medios económicos se constituirían por las cuotas de las socias de número, socios protectores y por donativos y legados. La cuota se estableció en una peseta mensual como mínimo y diez como máximo para los protectores y cinco para las de número. También se sustentaban con los donativos aportados por personalidades de alto poder económico¹.

Sus actividades se iniciaron con la convocatoria de premios de higiene, con los que ofrecían dinero en metálico para fomentar estos buenos hábitos de vida. Así, con la colaboración del Ayuntamiento de Madrid, días antes de su constitución oficial convocaron los primeros premios en el distrito madrileño de Hospital, entre las familias más humildes y en tres categorías distintas¹:

1. A los niños mejor entoquillados, es decir, a las madres que sabían envolver más

higiénicamente a sus hijos de pecho.

2. A las viviendas de obreros que tuvieran como sueldo máximo tres pesetas diarias y estuvieran más limpias.

3. A los niños de 6 a 12 años que demostraran más cuidado en el aseo general, y en particular de la boca, ojos, manos y pies.

Se ofrecieron diez premios de 50 pesetas a envolturas de niños, trece de 15 pesetas a los niños que demostraron estar más aseados y tres de 50 pesetas y diez de 25 a las viviendas de obreros más limpias. El acto de reparto de premios se realizó en el Salón de sesiones del Ayuntamiento de Madrid el 20 de febrero de 1911, acto público al que acudieron madres y niños pobres, contando para la presidencia de la esposa del primer ministro José Canalejas⁷.

Esta actividad quedó reflejada en la prensa de ese mismo día, como en “El Heraldo Militar”⁹, o también en “La Época (Madrid 1849)” donde se desarrolla una amplia noticia a través de la cual sus lectores pudieron enterarse del desarrollo íntegro del evento y de quienes fueron los asistentes¹⁰, así como los detalles sobre los donativos que hicieron posible ese reparto de premios.

El éxito obtenido entre las clases populares con los premios de higiene fue cada vez mayor. Se convocaron una vez al mes y fueron repartiéndose por los distintos distritos de Madrid. Además de los donativos habituales, se pedía en notas de prensa la colaboración de los vecinos y comerciantes del distrito donde se iban a entregar los premios¹¹.

Cada año se fueron sucediendo las convocatorias y aumentando paulatinamente el número de hogares y niños presentados y los premios se abonaban en metálico o, como en ocasiones, en especie: toallas, esponjas, jabones, etc. Además a los niños, se les regalaba cepillos de dientes, otros útiles de higiene y juguetes, e incluso el Comité, llegó a realizar funciones de Reyes Magos¹².

“Acto seguido la excelentísima señora de Sanz Escartín entregó los premios en metálico, y era de admirar la alegría de los pequeños al recibir, junto con el donativo, los bombones con que la señora del gobernador los obsequiaba y los juguetes que las señoras del Comité, actuando de Reyes Magos, han añadido, por estar en Pascuas, al premio en metálico ... Muñecas, habitaciones modernistas, cajas de costura, rompecabezas, tambores, trompetas, sonajeros para los bebés, etc., etc., han alegrado las caritas de estos niños, ya entristecidas muchas de ellas por las amarguras de la vida”.

En el curso 1914-15, el Comité amplió sus actividades con la organización de conferencias de divulgación de las reglas de salubridad e higiene, dirigidas fundamentalmente a las madres, y buscando sobre todo el desarrollo de su educación¹³. También decidió repartir premios en metálico a las madres que prueben no haber faltado a ninguna conferencia, para lo que las asistentes deben recoger unas tarjetas gratuitas donde registrar su presencia. Esta nueva actividad del Comité tiene tal éxito que las tarjetas se acabaron enseñada, y la noticia publicada en “El Heraldo de Madrid” nos deja

ver un claro ejemplo del uso que el Comité hacía de la prensa como único medio de comunicación con la población¹⁴:

“Hacemos público, para evitar inútiles molestias, que los 400 cuadernos de tarjetas hechos para optar a los premios en metálico por asistencia a las conferencias de este Comité se han terminado; han sido solicitados con verdadera competencia”.

El 16 de enero de 1916, se elige una nueva junta directiva, con Milagros Sanchís de Tolosa Latour, esposa del médico Rafael Tolosa Latour y cuñada por tanto de Elisa Mendoza, como presidenta y como vicepresidenta la oftalmóloga Trinidad Arroyo de Márquez. La nueva dirección intentó cambiar el enfoque de las actividades¹ y en 1918, se suprimieron los galardones en las categorías de envoltorios para niños e higiene en los hogares, manteniendo los premios infantiles y realizando otras actividades higiénicas y de salubridad.

En el último cuarto del siglo XIX, el Dr. Manuel Tolosa Latour había afirmado la necesidad de organizar en España establecimientos marinos para la infancia con el objetivo de curar el raquitismo y superar las tendencias tuberculosas en miles de pequeños con la terapia marina¹. En 1897 inauguró el hospital de Santa Clara en Chipiona y, al inicio de los años veinte, el centro disponía además de pabellones en Sevilla, Cádiz y Madrid. Al centro sanitario acudían colonias escolares enviadas por instituciones benéficas de poblaciones importantes y entidades madrileñas, como el Comité Femenino de Higiene Popular, organizaron colonias al lugar¹. En el año 1917, la entidad citada trasladó al establecimiento gaditano a 24 niños madrileños pobres, debilitados físicamente, de ambos sexos, donde permanecieron durante un mes¹⁵. Para este fin, sólo admitieron solicitudes para los hijos de obreros que cobrasen como máximo cuatro pesetas de jornal¹⁶.

En el año 1918 se eligió el Sanatorio de La Pedrosa, en Santander¹⁷, y en años siguientes eligieron otros destinos, enviando a los niños a unos u otros lugares según sus enfermedades y dolencias. El Comité organizó, sin interrupción, una colonia cada año desde 1917 hasta 1928. Las expediciones se componían de niños de que se caracterizaban por ser de los más pobres entre los necesitados y muchos de los seleccionados estaban enfermos o con una situación física calamitosa¹.

Pero a la directiva del comité todavía le parecía poco lo que estaba haciendo. En el periódico España Médica del 10/08/1918, se publicó una entrevista realizada a la presidenta del Comité, donde expresaba su deseo de ampliar los concursos, centuplicar los premios y crear centros donde poder enseñar las prácticas higiénicas a madres e hijos¹⁸: Con este proyecto en mente, el Comité decidió establecer una “Casa de higiene” en cada uno de los 10 distritos de Madrid, donde los hijos de los obreros pobres y demás clases modestas pudieran aprender prácticamente los deberes de la higiene privada, por lo que dotaron estos establecimientos de baños, duchas y de todo lo necesario para el completo aseo personal y, convencidas de que iban a ser mucho más beneficiosas, suspendieron los concursos de higiene que se venían efectuando en los distintos distritos desde 1911.

La primera Casa de Higiene Benéfica Infantil (llamada Casa del Niño) se inauguró el 29 de diciembre de 1918. A ella podían acudir todos los niños de 3 a 12 años a ducharse, bañarse, arreglarse el pelo, lavarse la cabeza y recibir los cuidados de la dentista, la doctora Landete. Los niños de clases modestas podían aprender gratuitamente los deberes higiénicos y el resto de los niños podía abonarse por una módica cantidad¹.

Para estimular el uso de estos establecimientos, se establecieron premios en metálico para los niños que acudiesen a ellos con más regularidad. En los actos de entrega de premios también se repartían toallas, vasos de aluminio, jabones y otros objetos de uso higiénico, libros, y también juguetes, sobre todo cuando los actos de entrega de premios coincidían con la Navidad. En definitiva, los antiguos premios de higiene para las madres se convierten ahora en premios sólo para niños¹⁹.

“Mediante unas cartillas que se facilitan a las familias, pueden hacer uso de estos servicios los niños en ella inscritos; y como el fin de la institución es estimular a las frecuentes prácticas de aseo, se darán premios en metálico a los niños que tengan mayor número de servicios”.

Dña. Milagros Sanchís comprendió que el inculcar los hábitos de higiene y aseo diario y el cuidar durante unas semanas a los niños raquíticos, por importante que fuese, resultaba insuficiente si esos mismo niños habían de sufrir luego la mala alimentación que les proporcionaban los escasos recursos de sus familias, por lo que decide ofrecer una comida sana a un número determinado de niños durante el invierno, fomentando a la vez en los pequeños la fraternidad, los usos de la educación social y las prácticas de la higiene física²⁰. El 15 de diciembre de 1919, se inauguró en la Casa de Higiene un comedor infantil. Para tal ocasión, se eligieron 24 niños y niñas, de entre los que diariamente acuden a practicar su aseo²¹

“Este comedor se sostendrá, como la Casa de Higiene, con el producto de donativos y suscripciones, pensando el Comité ampliar su labor en cuanto sus medios se lo permitan, y especialmente si consiguiera algún apoyo económico del Estado para esa obra de higienización en un medro en que se desenvuelven, tantos niños descendientes de individuos tuberculosos y desnutridos hasta el punto de que algunos de aquéllos, con once años de edad, registran un peso de 11 a 13 kilogramos”.

Con motivo de la guerra de África, hubo muchas familias cuyo sostén era el hijo mayor o el esposo que, tras marchar al frente, dejaron a las mujeres en el mayor de los desamparos, por lo que la Junta decidió abrir el comedor infantil en octubre de 1921 a los niños a quienes la guerra dejó sin sostén, hecho que mereció un extenso artículo de Margarita Nelken en el periódico “Nuevo Mundo”²²:

La Casa de Higiene Benéfica Infantil continuó desarrollando sus actividades hasta finales de los años veinte. No se ha encontrado constancia de que en la siguiente década continuase funcionando.

CONCLUSIONES

1. La prensa del momento, como medio de comunicación mayoritario, mostró a esta institución y ayudó a difundir la labor de estas mujeres comprometidas con un proceso de cambio higiénico, educativo y social.

2. A principios del siglo XX, periódicos y revistas sirvieron para informar de ésta y otras iniciativas, llegando a mujeres de clases bajas y medias para promover en ellas un cambio de mentalidad para ser mejores madres y criar mejor a sus hijos.

3. Lo novedoso de esta institución es que era de iniciativa femenina, privada y se costeaba y apoyaba por personas de diferente ideología, profesión y condición social. Fue una de las iniciativas más importantes y con mayor proyección social.

4. Las mujeres del Comité entendieron la educación como un instrumento de reforma y regeneración social, y fueron el germen de iniciativas importantes como la enfermera de sanidad pública o la enfermera pediátrica, ya que sus iniciativas de cuidados desembocaron en el ejercicio de una enfermería "preventiva" y laica, que más tarde tomarían la enfermera visitadora y la enfermera a domicilio como parte de sus funciones.

5. Esta asociación se puede encuadrar en un movimiento más global, vinculado al reformismo social y los movimientos de mujeres desarrollados en Europa occidental y América del norte a principios de siglo XX, con asociaciones e individuos que entendían la necesidad de mejorar los problemas sociales con la participación activa y con educación de las mujeres en el mundo. Era un paso de la caridad a la filantropía en la línea de Concepción Arenal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Pérez JF. Las colonias escolares municipales madrileñas (1910-196) [Tesis]. Madrid: Universidad Complutense; 2001.
2. Bernabéu Mestre J. La actualidad historiográfica de la Historia Social de la Enfermedad. *Revista de Demografía Histórica*. 1989;7(3):23-36.
3. Tuñón de Lara M, Elorza A, Pérez Ledesma M. Prensa y sociedad en España (1820-1936). Madrid: EDICUSA;1975.
4. Braudel F. Las ambiciones de la historia. Barcelona: Crítica; 2002.
5. Kircher M. La prensa escrita: actor social y político, espacio de producción cultural y fuente de información histórica. *Revista de Historia*. 2005;10:115-22.
6. Vázquez Librero MJ. Orígenes del Trabajo Social. Contexto social, político, económico e ideológico. Exposición Bibliográfica "Los Pioneros del Trabajo Social, una apuesta para descubrirlos" V Congreso de Escuelas de Trabajo Social. 19 al 30 de abril de 2004; Huelva: Universidad de Huelva; 2004.
7. 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* [Internet]. 2014 [Acceso 14/02/2017]; 5:355-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14516/fdp.2014.005.001.014>.

8. Gaceta de Instrucción Pública y Bellas Artes 15/03/1911; nº 1.069 pág. 2.
9. El Heraldo Militar (Madrid). 20/02/1911; nº 5.577 pág. 3.
10. La Época (Madrid 1849). 20/02/1911; nº 21.662 pág. 3.
11. ABC (Madrid). 22/12/1911; nº 2.385 pág. 9.
12. La Correspondencia de España (Madrid). 06/01/1915; nº 20.783 pág. 7.
13. El Heraldo de Madrid (Madrid). 14/02/1915; nº 8.841 pág. 4.
14. El Heraldo de Madrid (Madrid). 15/02/1915; nº 8.842 pág. 3.
15. El Día (Madrid 1916). 05/08/1917; nº 13.421 pág. 4.
16. Heraldo de Madrid 19/06/1917; nº 9.696 pág. 5.
17. La Acción (Madrid 1916). 12/04/1918; nº 774 pág. 3.
18. España Médica (Madrid 1911). 10/08/1918; nº 272 pág. 8-10.
19. Mundo gráfico (Madrid). 08/01/1919; nº 376 pág. 21.
20. La Voz (Madrid). 07/01/1921; nº 164 pág. 6.
21. El Sol (Madrid 1917). 17/12/1919; nº 735 pág. 10.
22. Nelken M. Para los hijos de los combatientes. Nuevo Mundo (Madrid). 28/10/1921; pág. 16.

ESTUDIO SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL DEL MAR DE BARCELONA. DANDO VISIBILIDAD ENFERMERA

STUDY ON THE EVOLUTION OF NURSING CARE IN THE HOSPITAL DEL MAR DE BARCELONA. GIVING NURSES VISIBILITY

Carmen Vila-Gimeno

Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. Universitat Ramon Llull.
Enfermera del Hospital del Mar de Barcelona

Pilar Villavieja Bueno

Enfermera (jubilada) del Hospital del Mar de Barcelona
Grupo FEBE*

PALABRAS CLAVE: Historia, Enfermería, Hospital infecciosos, Cuidados.

KEY WORDS: History, Nursing, Infectious Hospital, Care.

RESUMEN: Este trabajo es un protocolo de investigación que tiene como objetivo dar visibilidad al personal de enfermería, personal formado por monjas y frailes, enfermeras y enfermeros, auxiliares, camilleros y otros subalternos que han escrito una larga historia llena de dedicación, sacrificio y seriedad, en el Hospital del Mar de Barcelona.

La Metodología será de tipo cualitativo, siguiendo la fenomenología hermenéutica

Los resultados del estudio serán, dar visibilidad a los cuidados enfermeros y a su evolución a lo largo de la historia.

Nuestras aportaciones serán sencillas, dar visibilidad a los cuidados enfermeros y colaborar al crecimiento del conocimiento enfermero.

ABSTRACT: This work is a research protocol that aims to give visibility to the nursing staff, staff consisting of nuns and friars, nurses and nurses, auxiliaries, stretchers and other subordinates who have written a long history full of dedication, sacrifice and seriousness, in The Hospital of the Sea of Barcelona.

The methodology will be qualitative, following hermeneutic phenomenology. The results of the study will be to give visibility to nursing care and its evolution throughout history.

Our contributions will be simple, to give visibility to the nursing care and to collaborate to the growth of the nursing knowledge.

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL

A finales del 2015 se clausuraba la celebración del centenario del Hospital del Mar de Barcelona, se realizaron diferentes actos y exposiciones a lo largo de un año y finalmente, se publicó un libro dónde se reflejaba la trayectoria de la entidad, des de su origen (1), des de los lazaretos hasta la actualidad, pero esta publicación provocó la queja de muchas personas que se sintieron olvidadas, por un lado hay personas del barrio de la Barceloneta, trabajadores, pescadores,..., por otro lado están los trabajadores del propio hospital, cuidadores y cuidadoras, que dedicaron sus vidas (2) al cuidado de los enfermos infecciosos ingresados de todos los barrios de la ciudad.

Para dar visibilidad a estas personas se decidió realizar un trabajo de investigación dando más énfasis a la evolución de los cuidados enfermeros a partir de su contratación como profesionales de la salud.

La historia del hospital del Mar de Barcelona está directamente vinculada con la historia y el desarrollo de la ciudad i a la vez con la evolución de la medicina que, estando estancada durante milenios en la era hipocrática, des de hace unos trescientos años, empezó con una carrera en su desarrollo y en el tratamiento de las enfermedades, gracias a la incorporación en los centros sanitarios del desarrollo de las tecnologías iniciada con la revolución industrial a mediados del S.XVIII en Europa, hecho que comportó cambios en el concepto de hospital, pasando de ser asilos para pobres a convertirse en los centros de diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades infecciosas (3).

Los retos de la primera revolución industrial burguesa, tendría consecuencias de todo tipo, no solamente en el desarrollo social, político y económico, sino también en el sanitario. Sus efectos influyeron hasta en la configuración de la red hospitalaria catalana y en la ideología y la política de su gestión, que sin abandonar su condición asilar y de beneficencia, se adaptaron también a las nuevas condiciones terapéuticas y diagnósticas (4).

La revolución industrial aumentó la frecuencia y la gravedad de las enfermedades sociales que afectaban predominantemente a las clases más desfavorecidas. Éste fenómeno, juntamente con el aumento del nivel de vida de la burguesía industrial y la tecnificación de la medicina, incrementó la demanda de servicios sanitarios y naturalmente su consumo (4).

Las inversiones necesarias para cubrir las necesidades sanitarias de la población, irían a cargo de entidades públicas y privadas, pero fueron básicamente las administraciones locales, las que fueron construyendo los servicios sanitarios en función de las necesidades de salud de la población que, con un déficit importante de ingresos, no tenían ningún tipo de cobertura sanitaria, eran los pobres de solemnidad. Además en Cataluña, se habían desarrollado durante los siglos XVIII y XIX, les hermandades, estas derivaban de las instituciones medievales denominadas *Pía Almoina (pía limosna)*, unas instituciones que se preocupaban de proporcionar asistencia médica y social a las comunidades gremiales, tenían un papel más económico que de servicios sanitarios. Estas hermandades después evolucionarían hacia las mutualidades, mutuas y cooperativas tan desarrolladas en el territorio catalán (5-7).

A finales del Siglo XIX, siendo alcalde D. Joan Coll i Pujol, se declaró como permanente el Servicio médico-sanitario de la Ciudad de Barcelona, siendo publicadas sus normativas de funcionamiento el 30 de junio de 1885 (9). Este dispositivo, tenía la obligación de atender a la población en caso de urgencia médica, heridos o accidentados. Con los Ayuntamientos liberales del siglo XIX, el Estado había otorgado al Municipio de Barcelona competencias limitadas en salud pública y asistencia benéfica socio-sanitaria, entonces el Ayuntamiento de Barcelona, junto con otros ayuntamientos de Cataluña, asumiría con gran responsabilidad, sus competencias sanitarias para poder satisfacer las necesidades de la ciudadanía (10). La responsabilidad sanitaria del Ayuntamiento de Barcelona y la responsabilidad de la red sanitaria catalana, era diferente de la responsabilidad sanitaria que tenían el resto de consistorios de España (6,7,9,11).

A lo largo del Siglo XX, el Hospital de los infecciosos pasó de ser un hospital especializado en las patologías infecciosas y centro de referencia estatal en esta especialidad, a convertirse en un hospital general de tercer nivel con todas las especialidades médicas existentes (6). A lo largo de este siglo, también desarrollaron su carrera profesional, el personal de enfermería llegando a ser pionero en muchos momentos a lo largo de su historia.

La planificación de este trabajo, se comenzó a elaborar por el interés de la realización de una investigación de carácter histórico que comenzaría con una mirada atrás, tan atrás como se pudo o dicho de otro modo hasta que se empezaron a encontrar datos sobre lo que había en el lugar donde actualmente se encuentra el recinto hospitalario. Para ello fue necesario ir hasta el Archivo Histórico de la Ciudad de Barcelona, donde se comenzó a buscar información sobre lo que eran los lazaretos, para que servían, donde se ubicaban y quien trabajaba, se encontró mucha información, lo que supuso varias visitas a este archivo. Así se plantearían nuevas cuestiones, ¿Cómo eran controlados los marineros de las embarcaciones que venían de lugares exóticos y que podían ser portadores de enfermedades infecciosas? La llegada de los borbones a España nos daría la respuesta (3), a la vez que nos surgieron otras preguntas, ¿Cuál era el lazareto de Barcelona, que salía en todos los documentos, y Dónde estaba ubicado realmente?, pues a través de diferentes documentos se encontró que había más de un lazareto, pero el llamado de Barcelona, no se tenía claro dónde estaba ubicado. Por casualidad se encontró una bibliografía donde se hablaba, pero sólo estaba en la biblioteca de la Facultad de Farmacia de la UB, por tanto, habría que desplazarse hasta allí.

Mientras, se iría a hacer una consulta en el Archivo contemporáneo de Barcelona, donde se encuentran documentos reales de obras y edificaciones de la ciudad, para ver que se encontraba. También habría que ir al Archivo del Obispado de Barcelona para encontrar información sobre las órdenes religiosas que dedicaban sus vidas a los cuidados de las personas enfermas, tanto en hospitales, como asilos, como a los propios conventos. Aunque es sabido que las monjas que dedicaron sus cuidados a los enfermos del Hospital de los infecciosos, eran de la congregación de las Franciscanas de la Natividad de Nuestra Señora (Darderas) (12,13,14), también hubo otras congregaciones que estuvieron implicadas en estas tareas.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Dar visibilidad al personal de enfermería, aquel personal formado por: Monjas y Frailes, Enfermeros y Enfermeras, auxiliares, camilleros y otros subalternos que han escrito una larga historia llena de dedicación intensa, sacrificio y seriedad, dedicando toda su vida al Hospital.

OBJETIVOS

Principales:

- Describir origen, evolución y antecedentes del actual Hospital del Mar de Barcelona.
- Dar visibilidad a los cuidados enfermeros a través de la historia del Hospital del Mar de Barcelona.

Específicos:

- Analizar el origen de los lazaretos
- Relacionar los lazaretos con el hospital de los infecciosos de Barcelona y su conversión en hospital general.
- Conocer el origen de los primeros cuidadores y su evolucionado a lo largo de la historia hasta la actualidad.

METODOLOGÍA

Teniendo en cuenta los objetivos que se quieren obtener, se hace necesaria una búsqueda de tipo cualitativo, porque los estudios cualitativos dan acceso a la experiencia subjetiva de los seres humanos, permitiendo conocer el mundo del otro interactuando con él, con el fin de comprender su discurso. A su vez, el investigador debe tener en cuenta el enfoque ético que le permite estudiar la realidad desde una visión lo más objetiva posible.

La investigación cualitativa tiene como finalidad comprender y profundizar en los fenómenos. Se elige este tipo de investigación cuando lo que se busca es entender la perspectiva de los participantes frente a los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad. También es recomendable seleccionar un enfoque cualitativo cuando el tema de estudio ha sido poco explorado, o no se ha hecho ninguna investigación al respecto en algún grupo social específico.

Dentro de la metodología cualitativa, en este trabajo se ha escogido la fenomenología hermenéutica de Heidegger (1889-1976). La fenomenología hermenéutica busca la comprensión de la realidad con el fin de ser consciente. Es un método de concepción historicista y dinámica, que tiene en cuenta al ser humano desde su contexto biológico, psicológico y social. La fenomenología hermenéutica toma como referencia lo que las personas dicen con sus palabras y el significado que éstas tienen.

En historia, el método científico utilizado debe dirigirse a responder cuestiones, probar hipótesis a través de la evaluación y de la interpretación de los fenómenos estudiados mediante la evidencia histórica, que tiene relación con el pasado. La recogida de datos

debe ser sistemática y su interpretación requiere exactitud para favorecer la correcta reconstrucción de los hechos. El investigador debe comprobar la autenticidad de las fuentes y aclarar el significado del texto siguiendo la metodología hermenéutica.

Es por este motivo que la metodología utilizada para la realización de esta investigación debe ser la fenomenología hermenéutica dado que, a través del análisis documental y de entrevistas abiertas se espera poder triangular toda la información y poder elaborar el discurso resultante

Aplicabilidad de los resultados del estudio / Aportaciones previstas

De los resultados del estudio se pretende dar visibilidad a los cuidados enfermeros y su evolución a lo largo de la historia, explicando que había antes en los terrenos del actual Hospital del Mar de Barcelona, qué servicios había, como se controlaban las entradas a la ciudad y qué cuidados se realizaban.

Nuestras aportaciones serán sencillas, dar visibilidad a los cuidados enfermeros realizadas a lo largo del centenario de la creación del Hospital y si es posible los cuidados que se realizaban antes del nacimiento del centro y colaborar así en el crecimiento del conocimiento enfermero.

Plan de trabajo

Nuestro plan de trabajo se inició el noviembre de 2016 buscando fuentes, posibles informantes i iniciando la recogida de datos, seguidamente se inició el protocolo de investigación, se buscaron informantes difíciles de encontrar i se iniciaron las entrevistas, que se van transcribiendo a medida que se van realizando.

BIBLIOGRAFÍA

1. Venteo D. Barcelona i l'Hospital del Mar. Barcelona: Parc de Salut Mar. Amics de l'Hospital del Mar; 2015.
2. Bosch i Monegal E. L'Hospital del Mar en la historia de Barcelona. Barcelona Ajuntament de Barcelona I.M.A.S. 1986.
3. Bonastra Q. La importància sanitària de Barcelona en el sistema portuari espanyol en el segle XVIII. A: Grau R. Coord. Barcelona i el mar. Homenatge a Antoni de Campmany, 1742-1813. Barcelona: Barcelona Quaderns d'Història; 2014. p.287-296.
4. Vila C. El servei d'urgències de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona (1967-1986) [Tesi]. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona; 2013.
5. Castillo,S. (Dir) Solidaridad desde abajo. Trabajadores y Socorros Mutuos en la España Contemporánea. Madrid. Centro de estudios históricos de la UGT. 1994.
6. Reventós i Conti, J. *Els hospitals i la societat catalana*. Barcelona. Hacer editorial 1996.
7. Reventós i Conti, J. *Els hospitals de Barcelona i el barcelonès*. Barcelona. Viena edicions 2003.
8. Placer Galan, J. y Urkia Etxabe, J. M. *El cuarto de socorro de San Sebastian. Origen y desarrollo (1881-1936)*. San Sebastian. Instituto Dr.Camino. Obra social de la Caja Gipuzkoa San Sebastian 1993.

9. Ajuntament de Barcelona. *Servicio medico-sanitario permanente de la ciudad de Barcelona*. Barcelona, Establecimiento tipográfico de los sucesores de N. Ramirez y C^a. 1885.
10. Grabuleda Teixidor, C. Salut pública i creixement urbà. Política i acció social en el sorgiment de la Barcelona contemporània [Tesi]. Universitat Pompeu Fabra. Institut d'Història Jaume Vicens i Vives 2003.
11. Puig i Alfonso, F. *Beneficència. Recull d'articles, conferències i informes*. Barcelona. Impremta de la Casa de la Caritat 1927.
12. Martí J.M, Lander A.M. Congregación de la Natividad de Nuestra Señora (Darderas). Documentos y Comentarios (años 1599-1790). Vol I / 1. Barcelona: Instituto de las Hermanas Franciscanas Misioneras de la Natividad de Nuestra Señora (Darderas); 1981.
13. Martí J.M, Lander A.M. Congregación de la Natividad de Nuestra Señora (Darderas). Documentos y Comentarios (años 1599-1790). Vol I / 2. Barcelona: Instituto de las Hermanas Franciscanas Misioneras de la Natividad de Nuestra Señora (Darderas); 1983.
14. Fargues I, Tey R. Sis segles d'assistència hospitalària a Barcelona: de Santa Creu a Sant Pau. Barcelona: Fundació privada de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2015.

BIBLIOGRAFÍA METODOLÓGICA

1. Olavarrieta, S. Aspectos metodológicos en la investigación cross-cultural. *Academia* 026. Revista Latinoamericana de la Administración. 2001, 55-78.
2. Adrián, J. El joven Heidegger y los presupuestos metodológicos de la fenomenología hermenéutica. *Thémata.2011 Revista de Filosofía*. 44, 213-238.
3. Sandín Esteban, M. P. *Investigación Cualitativa en Educación. Fundamentos y tradiciones*. Madrid. McGraw-Hill/Interamericana de España S.A.U. 2003.

**PARTICIPACIÓN DE “SALUS INFIRMORUM” EN EL COMITÉ
INTERNACIONAL CATÓLICO DE ENFERMERAS Y ASISTENCIA MÉDICA Y
SOCIAL**

**PARTICIPATION OF “SALUS INFIRMORUM” IN THE INTERNATIONAL
CATHOLIC COMMITTEE OF NURSES AND MEDICO-SOCIAL ASSISTANTS**

**Isabel Lourdes Lepiani Díaz
María José Carranza Naval
Ángel Martínez Ávila**

Docentes en el Centro universitario de Enfermería "Salus Infirmorum" adscrito a la Universidad de Cádiz. Grupo de Investigación CTS 966 HSI (Historia de Salus Infirmorum)

PALABRAS CLAVE: Salus Infirmorum, Enfermeras, Congresos Mundiales.

KEY WORDS: Salus Infirmorum, Nurses, World Congresses.

RESUMEN: El presente estudio tiene como objetivo dar a conocer la participación activa de "Salus Infirmorum" en diferentes Congresos Mundiales y Regionales desde 1947, destacando entre estos los del Comité Internacional Católico de Enfermeras y Asistencia Médica y Social (CICIAMS). Para ello se realizará un recorrido histórico a través de las comunicaciones realizadas en el mismo. Hemos utilizado como fuente primaria el Archivo Histórico de la Asociación Ntra. Sra. "Salus Infirmorum" de Cádiz, analizando el material del archivo para recopilar toda la información concerniente a la participación de "Salus Infirmorum" en el CICIAM y en Congresos Mundiales y regionales así como las aportaciones realizadas a los mismos por esta institución.

ABSTRACT: The aim of this study is to publicize the active participation of Salus Infirmorum in different World and Regional Congresses since 1947, especially among those of the International Catholic Committee of Nurses and Medico-Social Assistants (CICIAMS). For this reason, a historical look over will be made through the communications done in it. We used as a primary source the Historical Archive of the Association "Salus Infirmorum" of Cadiz, analysing the archive material to gather all the information concerning the participation of "Salus Infirmorum" in CICIAMS and in World and Regional Congresses, as well as the contributions made for them by this institution.

SALUS INFIRMORUM Y CICIAMS

La Escuela de Enfermeras Salus Infirmorum nace en 1942 (Madrid) para cubrir las necesidades sanitarias y de formación en un momento determinado y lejos de extinguirse en el tiempo, es capaz de adaptarse a la realidad social de nuestros días.¹

A lo largo de la historia, la enfermería ha adquirido y transmitido el conocimiento de diferentes maneras, una mezcla de tradición y cientificismo. Los profesionales sanitarios tienen entre sus cometidos el desarrollo y la potenciación de la especialidad o área de trabajo de las mismas, para lo cual establecen actividades relacionadas con la divulgación y el crecimiento científico de la enfermería.² En este sentido La Asociación Católica nacional de enfermeras “Salus Infirmorum” tiene entre sus principios fundacionales “la actualización, revalorización y especialización de las enfermeras” y es por ello su incorporación como miembro adherido al CICIAMS (Comité Internacional Católico de Asistencia Médico Social) en abril de 1.947 en Roma. Desde entonces ha estado representado en todos los congresos mundiales que se celebran cada cuatro años, aportando y compartiendo los valores y la formación científico-técnica que siempre ha caracterizado a esta institución sanitaria española.³

New Associate Member Group

CICIAMS welcomes *Nuestra Señora de Salus Infirmorum de Cadiz*, Spain, as Associated Members of CICIAMS. Their application for membership was approved by the Executive Board at its meeting in January. This college of nursing had a long association with CICIAMS in the past through *D^a María de Madariaga y Alonso* (1905 – 2001) who was a staunch member and the founder of Salus Infirmorum. Many CICIAMS members will recall her with fond memories and look forward to making the acquaintance of the current generation of members.



Reactivation of Association au Service de la Vie, Cote d'Ivoire

It was with great joy that CICIAMS was informed at Easter that this member association had reformed on a local basis. A very warm welcome is extended to the members whom we hope to meet in the future.

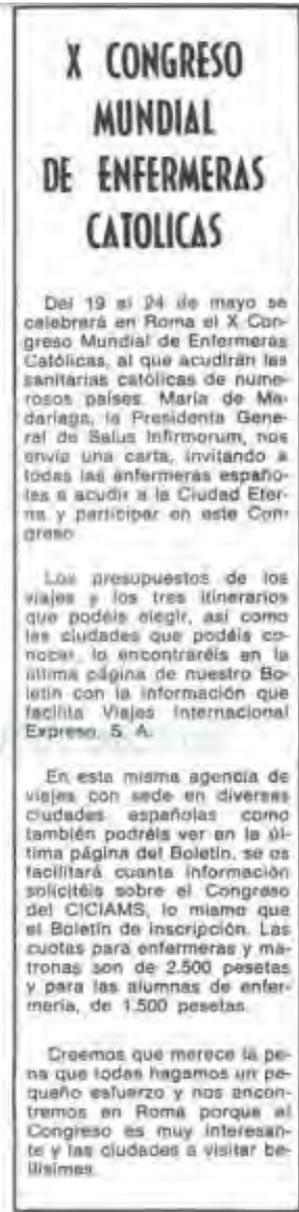
Noticia de ingreso como miembro asociado de Salus Infirmorum de Cádiz (Asociación de la Diócesis de Cádiz y Ceuta) en el CICIAMS

RELACION DE LA PARTICIPACIÓN DE “SALUS INFIRMORUM” EN LOS SIGUIENTES CONGRESOS MUNDIALES DEL CICIAMS

1947 (abril): En Roma “Salus Infirmorum” representa a España en el primer encuentro Internacional de los dirigentes, después de la II Guerra mundial, evento académico de unión entre la Sanidad Católica Mundial.

1950 (septiembre): En Roma. Se otorga la vicepresidencia Internacional a España (en la persona de D^{ña}. María de Madariaga y Alonso). La temática del congreso se centró en el Progreso Técnico (Tema: “Frente al Progreso Técnico”)

1954 (septiembre): En Quebec (África del norte). Tema: “Nuestra Profesión y la



Evolución del Mundo Actual”.

1958 (julio): En Bruselas (Europa) La Presidenta General de “Salus Infirmorum” en España es elegida responsable de la Comisión Permanente de Moral Profesional y preside la comisión sobre: Servicios de Libre Contratación.

1962 (septiembre): En Buenos Aires (América del Sur). Tema: Los Progresos Técnicos y la Persona Humana”.

1966 (junio): En Brighton (Europa). Tema: “La Enfermera frente a la Unidad del Mundo”.

1974 (mayo): En Roma (Europa). Tema: “Profesiones de salud Pública y Salud de la Población “Las alumnas de la Escuela de Enfermería “Salus Infirmorum” presiden un encuentro de estudiantes con Francia, Alemania, Italia, Bélgica e Inglaterra

1978 (julio): En Abidjam (África). La Conferencia Magistral en este congreso fue realizada por los representantes Españoles y el tema: “Responsabilidad Personal de Nuestras Profesiones”.

1982 (marzo): En Melbourne (Oceanía). Las profesionales Españolas disertarían sobre el tema: “Responsabilidad, Presencia e Integridad de la Enfermera en el Mundo Moderno”.

1957: Buenos Aires. La Presidenta es Miembro de Honor del Congreso y Delegada del CICIAMS en el mismo.

1962: Irlanda. Asistencia de la Presidenta General que pronuncia una Conferencia Magistral y la Vicepresidenta (Dña. Carmen Alonso Martín de Eugenio).

1964: Lisboa. Participación de España en los distintos grupos de trabajos.

1968: Munich. Congreso por la región Europea. A este Congreso asisten la secretaria de extranjero (Dña. María Rosa Cardenal), las jefas de los diferentes departamentos y un grupo de alumnas que participaron en las primeras jornadas para estudiantes organizadas por el CICIAMS

1971: Santiago de Compostela. España organiza unas Jornadas Nacionales a las que asiste el comité del CICIAMS.

1972: Madrid. Se celebra el Congreso Regional Europeo, presidido por S.M. La Reina Dña. Sofía, entonces Princesa de España. La conferencia Magistral estuvo a cargo de la Presidenta General que disertó sobre el tema “la Espiritualidad y sus Valores”. Dña. Fernanda Castillo Ferratges (alumna de la escuela de Madrid), presidió la mesa y llevó la ponencia del Trabajo de las Alumnas de Enfermería.



Congreso CICIAMS/1972 Madrid. Foto de la H. Mayor D^a María de Madariaga y Alonso con S.A.R. D^a Sofía de Grecia en aquellos momentos "Princesa de España", a partir de 1975, Reina.

1976: Dublín. Con el Tema general "Al Servicio de la Vida: fe y profesión". Una alumna de Madrid D^{ña}. Yemina López Ozores, pronunció una Conferencia Magistral en la Jornada dedicada a las estudiantes sobre "La Vida Espiritual de los alumnos de Enfermería" (presidió la mesa).

1980: Panamá. Congreso regional con la participación de la Presidenta General.

1981: Strasburgo. Participación e intervención de la Vicepresidenta (D^{ña} Carmen Cavestany) sobre el tema "Los Cuidados de Salud: Derecho Humano. Cuidados de Salud Primaria: Una Solución".

1984: Londres. Congreso Regional Europeo. Asistencia de varios miembros de "Salus Infirmorum".

2001: Bangalore (India). Congreso Internacional al que asisten varios miembros de "Salus Infirmorum". 3, 4, 5, 6

OTROS CONGRESOS

La Institución "Salus Infirmorum" estuvo también presente en numerosos Congresos Aconfesionales: Atlanty City, New York, Filadelfia, Boston y en frecuentes Reuniones y Jornadas Internacionales:

En 1974: Amsterdam; en 1952: Lisboa y Roma (en el Congreso de Apostolado Seglar); en 1957: Munich (en la Reunión de Trabajadores Católicos); en 1959 y 1961: Ginebra (Reunión de los Apostolados Internacionales) y en 1963 en Beyruth (Congreso de UNICEF).³

CONCLUSIÓN

"Salus Infirmorum" ha estado presente en numerosos Congresos desde sus comienzos, pronunciando Conferencia Magistrales en los cinco Continentes, siempre con la misma preocupación: Destacar y transmitir los valores Espirituales y Éticos que conlleva la profesión de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miralles Sangro, María Teresa, et al. "Historia de la escuela de enfermeras «Salus Infirmorum» de Madrid." *Cultura de los cuidados*, Año I, n. 2 (2. semestre 1997); pp. 15-20 (1997).
2. Mondéjar, J. R., Lara, M. C., Romero, T. H., Soler, J. R., Amorós, Á. L., Hernández, F.P., ... & Huescar, M. M. (2008). Análisis de las comunicaciones admitidas en los congresos nacionales de la SEEIUC en 8 años (1998-2005). *Enfermería intensiva*, 19(4), 179-192.
3. Archivo Histórico de Salus Infirmorum de Cádiz (AHSIC).
4. Rebollo, Elena Chamorro. La influencia de María de Madariaga y de Salus Infirmorum en la Enfermería española en la última mitad del siglo XX. Diss. Universitat d'Alacant-Universidad de Alicante, 2016.
5. CONDE MORA, F.G.: D^a María de Madariaga y Alonso (1905-2001). Fundadora de Salus Infirmorum. Cádiz, 2008.
6. CHAMORRO REBOLLO, E. y MARTÍNEZ DE MANUEL, A. : "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) , pp. 1151-1163.

ASOCIACIONES ENFERMERAS EN LA FILATELIA MUNDIAL

NURSING ASSOCIATIONS IN WORLD PHILATELY

Txaro Uliarte Larriketa

Enfermera. Profesora Titular de Escuela Universitaria. Universidad del País Vasco. Filatélica

José Eugenio Guerra González

Doctor Enfermero. Urgencias Hospital Ntra. Sra. de Valme (Sevilla). Filatélico

Marisol Uliarte Larriketa

Enfermera Emergencias. Osakidetza / Servicio Vasco de Salud. Bilbao. Filatélica

PALABRAS CLAVE: Asociación, Historia Enfermería-Enfermeras, Filatelia

KEY WORDS: Association Nursing-Nurses History. Philately

RESUMEN: La Filatelia e Historia Postal es una válida y relevante fuente de investigación para la construcción Disciplinar de la Enfermería. Esta investigación pretende identificar, ilustrar y describir su reconocimiento al movimiento asociacionista profesional. El objeto de estudio, el ejemplar filatélico mundial (1840-2016), con este motivo de emisión. Los resultados, existen sellos de asociaciones enfermeras en los cinco continentes y en más de una treintena de países. Estas emisiones filatélicas hacen referencia a Homenajes al colectivo, a Asociaciones enfermeras, a Congresos y Escuelas de enfermería etc. Así, Filatelia e Historia Postal confirman su contribución al conocimiento y expansión de acontecimientos vinculados al asociacionismo profesional y al cuidado del ser humano.

ABSTRACT: Philately and Postal History is a valid and relevant source of research for the construction of Disciplinary Nursing. This research aims to identify, illustrate and describe its recognition to the professional associationist movement. The object of study, the world philatelic copy (1840-2016), with this motif of emission. The results, there are stamps of nurses associations in the five continents and in more than thirty countries. These philatelic issues refer to Tributes to the collective, to Nursing Associations, to Congresses and Nursing Schools, etc. Thus, Philately and Postal History confirm their contribution to the knowledge and expansion of events linked to professional associationism and the care of the human being.

INTRODUCCIÓN

El movimiento asociacionista, se origina con el ser humano, desde tiempos remotos. Podemos comprobar cómo a lo largo de la Historia, se ha visto reflejado en todas las artes, incluyendo las representaciones surgidas en la Filatelia. Esta investigación surge fieles al objetivo del presente 'X Congreso Internacional de Historia de Enfermería' en cuánto a saber de la función social e institucional, de las Asociaciones profesionales enfermeras, indagamos en este caso sobre el conocimiento de la Filatelia en este ámbito.

La Filatelia^a e Historia Postal^b es una válida y relevante fuente de investigación para la construcción disciplinar de la Enfermería. De aquellas primeras investigaciones en España algo más de una década que vieron la luz pública en forma de artículos en revistas, ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾ libros



1.- 1964 Sudáfrica 50 th
Asociación

⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

o eventos científicos de la profesión, a esta otra realidad. Escenario eso sí, muy distinto por el nivel alcanzado, pero igual de relevante, la realización de Tesis Doctorales en el último quinquenio defendidas por Enfermeras en las Universidades Complutense de Madrid ⁽¹¹⁾ y de Alicante ⁽¹²⁾ respectivamente. Estos amplios enfoques en el estudio de esta fuente, la Filatelia y la Historia Postal hacen posible que puedan abordarse otras visiones más específicas de la fenomenología enfermera, es el caso del asociacionismo profesional.



2.- 2012 Noruega. Centenario
Asociación NK

El *objetivo general* de la investigación pretende identificar, ilustrar y describir mediante ejemplares filatélicos y postales, el reconocimiento otorgado a la profesión Enfermera por la Filatelia mundial. Mientras que los *objetivos específicos* se centran en el estudio de aquellos con expresa referencia a Asociaciones Enfermeras y Aniversarios; Reuniones Científicas; Escuelas de Enfermería; Enfermeras Voluntarias y Sociedades de Cruz Roja y Creciente Rojo; Enfermeras de la Comunidad y Enfermeras Especialistas.

a **Filatelia** se refiere a coleccionar y estudiar todo lo relacionado con los sellos y el mundo del correo. La filatelia es la afición por coleccionar y clasificar documentos postales, así como estudiar la historia postal. En los sellos queda representada parte de la historia nacional o regional de los países mediante figuras de personajes ilustres, monumentos, pinturas, flora, fauna, historia postal, etc., asuntos de interés para los coleccionistas y las personas involucradas en esta materia, en nuestro caso la Enfermería y sus Asociaciones

b **Historia Postal** se refiere al estudio y funcionamiento del sistema postal como una colección de materiales relacionados que ilustran episodios históricos de los diferentes sistemas de correo



3. 1985 Australia Centenario Enfermeras de Distrito

A partir de un estudio observacional descriptivo con el ejemplar filatélico y postal cómo *objeto de estudio* y *motivo de emisión* *Asociaciones Enfermeras* surge esta investigación centrado en una *fuentes* como es la Filatelia e Historia Postal mundial y en el *periodo* 1840-2016. Se utilizan *técnicas de estudio* tales como la observación, análisis y estudio documental de publicaciones especializadas en Filatelia y Enfermería y las colecciones privadas de los autores contemplándose así mismo las *variables* o categorías antes mencionadas. El *tratamiento estadístico de los resultados* se realiza mediante la *estadística descriptiva* y el *tratamiento gráfico* con tablas y fotografías. El *método* seguido es el del visionado, localización, descripción, análisis y estudio de ejemplares filatélicos y postales con motivo de emisión *asociacionista profesional* y finalmente su registro en tablas y fotografiado posterior.

Los motivos de estas emisiones filatélicas, agrupados en categorías, representan esencialmente el *HOMENAJE AL COLECTIVO DE ENFERMERAS* siendo:

- **ASOCIACIONES ENFERMERAS.** Emisiones filatélicas y otros efectos postales que corroboran el reconocimiento público en diversas onomásticas - Cincuenta, Ochenta, Cien aniversario etc.-, de la existencia y quehacer de estas Asociaciones profesionales de enfermeras, tanto locales, nacionales como internacionales.

-**REUNIONES CIENTÍFICAS.** Confirman la celebración de eventos científicos profesionales -Jornadas, Congresos, Reuniones, Seminarios, etc.-, de distintas naturalezas.

-**ESCUELAS DE ENFERMERÍA.** Constatan relevancia de tales centros académicos.

-**ENFERMERAS VOLUNTARIAS Y SOCIEDADES DE CRUZ ROJA Y DEL CRECIENTE ROJO.** Prueban la gran labor humanitaria mundial del voluntariado y de esta prestigiosa ONG y de quienes la integran, sea cual fuere la denominación que adquiera.

-**ENFERMERAS DE LA COMUNIDAD.** Ejemplares referidos a quienes, en el marco de la Salud Pública, desarrollan y aplican los cuidados al individuo, la familia y la comunidad en el proceso salud-enfermedad.



4.- 1973 Corea del Sur 50 th Asociación de Enfermeras



5.- 1963 Corea del Sur Tarjeta max. Lucha TBC

Su marco de actuación es la Atención Primaria de Salud -APS-, comprende la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, junto a la prevención de enfermedad. Las reconocemos como de Salud Pública, Visitadoras, de Distrito, de la Orden Victoria etc.

-**ENFERMERAS ESPECIALISTAS.** Verifican el grado de especialización de la profesión con una formación teórica y práctica específica en un ámbito de ejercicio profesional determinado. Matronas, Enfermeras militares, y de la Armada de Salud-

RESULTADOS

Tras minuciosa revisión de aproximadamente unos **580** ejemplares postales, más o menos, - sobres y matasellos conmemorativos, viñetas, sellos, enteros postales, hojas bloque, tarjetas maxicard etc., del correo terrestre, marítimo y aéreo con el fenómeno objeto de estudio, las Asociaciones Enfermeras, se ha seleccionado una muestra de **118** ejemplares. El **36%** de los países del mundo (**70** países) contemplan emisiones en este sentido en sus Filatelias nacionales.



6.- 1969 Fiji Inauguración Universidad Pacífico Sur

Así pues, este fenómeno postal de enfermería y viceversa está presente en los cinco continentes siendo Europa el más asiduo en emisiones postales (**21 países**) seguido de Asia (**17 países**).



7.- 1957 Argelia.
Dispensario Escuela de Cruz Roja

Atendiendo a las categorías diferenciadas hemos identificado en Asociaciones Enfermeras -nacionales e internacionales-, en sus diversos aniversarios un total de **36** ejemplares (**27** países); De Reuniones Científicas - Congresos, Jornadas etc.-, se registran **36** ejemplares filatélicos (**23** países): En Escuelas de Enfermería, un

total de **22** ejemplares filatélicos (**19** países); En la categoría Enfermeras Voluntarias y Sociedades de Cruz Roja y del Creciente Rojo, **34** ejemplares filatélicos (**28** países); De Enfermeras de la Comunidad -Visitadoras, de Salud Pública, de Distrito, de la Orden Victoria etc.-, se identifican **5** ejemplares (**5** países) y por último el grupo de las Enfermeras Especialistas -Matronas, Enfermeras militares, del Ejército y/o la Armada o de la Armada de la Salud-, **23** ejemplares filatélicos (**20** países).

De Enfermeras de la Comunidad -Visitadoras, de Salud Pública, de Distrito, de la Orden Victoria etc.-, se identifican **5** ejemplares (**5** países) y por último el grupo de las Enfermeras Especialistas -Matronas, Enfermeras militares, del Ejército y/o la Armada o de la Armada de la Salud-, **23** ejemplares filatélicos (**20** países).



8. 2001 Guyana First Aid Nursing Yeomanry (FANY) fundada por Captain Eduward (1907)

Aunque hemos encontrado otras publicaciones que tienen cabida en este trabajo, consideramos tratarlas en posteriores estudios dada la magnitud de imágenes y la extensión exigida para del trabajo.



9. 2008 Canadá 100th Anv CNA

Por otro lado, las tipologías de estas emisiones filatélicas son desde un único sello, a una serie de sellos. Es importante señalar que existen otros materiales postal como fajas, telegramas y también matasellos, sobres de primer día, tarjeta postal etc. Aportamos las

ilustraciones de algunos de ellos.

CONCLUSIONES

Sintetizamos los espacios significativos mostrados en este trabajo:

1.- Asociaciones e Instituciones Enfermeras, donde estas unen y aglutinan sus esfuerzos, aparecen de manera expresa en la Filatelia.

2.- Las publicaciones filatélicas identificadas muestran acontecimientos y contextos sociales y de salud diversos, (categorizados en seis grupos).

3.- Los países encontrados con mayor emisión del fenómeno asociacionista son: Australia -6-; Canadá -6-; Corea del Sur -6-; GB -6-; Sudáfrica -5-.

4.- Los sellos de ‘Asociaciones y aniversarios’ es el grupo más simbolizado y centran su reconocimiento en el homenaje institucional y público de la sociedad a este colectivo por su contribución y la aportación singular.

5.- La ‘Cruz Roja’ es la Organización con mayor representación filatélica desde su fundación en 1863.

6.- La Lámpara es símbolo que más aparece en los logos de las asociaciones.

7.- El símbolo del CIE/ICN aparece en dos series postales, Taiwán y Emiratos árabes, y en una tarjeta postal del Centenario del CIE/ICN.



10.- 1998 Finlandia 100th Sindicato Enfermeras



13.- 1964 RSA 50th Asociación Enfermeras



11.- 1924 Bélgica Visitadoras Infirmieras



12.- 2010 Italia Centenario Enfermeras Voluntarias de Cruz Roja. Consejo Nacional de Asoc. Enfermeras Italianas CNAI

8.- África emite sellos más ilustrativos y educativos sobre las enfermeras.

9.- El mayor número de emisiones es en Europa.

10.- Imagen enfermera y de cuidados aparece desde 1897.



15 1945 Haiti Asociación Haitiana de Cruz Roja



16 2011 India 100th Anv. Enfermeras capacitadas



17 1950 Guatemala. Salud Pública y Asistencia Social



14 1999 Taiwan Centenario del ICN / CIE. (1899-1999)



11.- El estudio de los sellos que representan el Cuidado en la cabecera del enfermo, nos lleva a una explicación objetiva del énfasis de las 5 características propias del CUIDAR: Compromiso, Confianza, Competencia, Conciencia, y Compasión.^c

12.- Los documentos filatélicos son testigos de la Historia dónde queda reflejada la existencia cultural de las enfermeras.

Para concluir la filatelia es una fuente a considerar en la investigación para la construcción Disciplinar Enfermera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ballesteros Álvaro, A.M. La enfermería y los cuidados en los sellos de España. Cultura de los Cuidados. 2002; VI 11:24-29.
2. Guerra González, J.E. La Beneficencia onubense en el sello durante la Guerra Civil Española. Parte II. Cultura de los Cuidados 2003; 14:16-20; 19: 4-6.
3. Guerra González, J.E. Historia de la Enfermería. Reflejo de la filatelia mundial. Híades: Revista de Historia de la Enfermería 2008; 10: 781-803.
4. Luna Gálvez, S. La enfermería en la filatelia. Híades: Revista de Historia de la Enfermería 2004; 9: 465-499.
5. Uliarte Larriketa, Tx. et al. El sello postal como fuente de información de los cuidados de las enfermeras en las grandes pandemias. En González Canalejo, C. y Martínez López, F. Editores. La transformación de la Enfermería. Nuevas miradas para la Historia. P. 415- 446. Granada. Ed. Comares. 2010.
6. Bello Hernández E. Las Ciencias Médicas en la filatelia cubana. Cuaderno Historia Salud

^c Simone Roach 1987. The human Act of Caring: A blueprint for the health professions.

Pública; La Habana 1970 (49).

7. Encarnación, J.F. Souvenir: nurses and nursing on postage stamps. 1ª edición NY. Hardcover. 1984.

8. Miralles MT. La enfermería a través de los sellos. Madrid. DAE.1ª ed; 2008.

9. Ritchie Margaret B. A History of Nursing through Philately. Published by Teragram 3 Charles Way South, Limekilns, Fife 2007

10. Sterpellone L. La medicina nei francobolli. Quando la filatelia racconta la Scienza. Roma. Edizioni Essebiemme. 2002 (Cap III. La Croce Rosa: una storia da raccontare).

11. VVAA La filatelia como fuente del conocimiento. Madrid. Anfil SA Biblioteca filatélica. 1997.

12. La imagen enfermera a través de los documentos filatélicos desde el año 1840 hasta el 2000. Una contribución a la Historia de la Enfermería (2014).

13. Filatelia e Historia Postal en España (1830-2015). Fuente histórica, líneas de investigación y abordajes metodológicos para la construcción disciplinar de la Historia de la Enfermería (2016).



19. 2000 Filipinas 50th Enfermeras Ocupacionales



18 1982 Ciskei Nursing Association Cover. Homenaje a la enfermera Cecilia Makiwane Sobre. Cover.



Capítulo 5

Biografías para la Historia de la Enfermería



INVESTIGACIÓN ENFERMERA: PRIMERA ENFERMERA EN ADMINISTRAR LA VACUNA DE MANERA INTERNACIONAL: “ISABEL ZENDAL”

NURSING RESEARCH: FIRST NURSE TO ADMINISTER A VACCINE INTERNATIONALLY: ISABEL ZENDAL

Elena María Cruz Morales

Servicio Andaluz de Salud

Beatriz Valdayo Rosado

Servicio Andaluz de Salud

Rocío Martín Almenta

Servicio Andaluz de Salud

PALABRAS CLAVES: vacunas viruela; Isabel Zendal, enfermería, historia de la enfermería.

KEY WORDS: *Smallpox Vaccine, Isabel Zendal, Nursing, Nursing History.*

RESUMEN: Isabel Zendal, fue la primera enfermera de la historia en administrar la vacuna de la viruela, de manera gratuita e internacional, por los continentes de Asia y sobre todo de América. Esta profesional nació en tierras gallegas, más concretamente en Ordes, A Coruña. Isabel, realizó la famosa expedición de Balmis, en la que se trataba de trasladar 22 niños derivados de orfanatos españoles a tierras de América, con el único objetivo de su llegada con la máxima supervivencia de los niños y el traslado interno de la vacuna inyectada previamente de la viruela en ellos como medio de transporte óptimo para usar esos anticuerpos como medio de vacunación para salvar las vidas de la sociedad del continente Americano castigada por esta cruda enfermedad. Consiguió su objetivo y salvó muchísimas vidas a lo referente de esta enfermedad. Isabel Zendal se trata de una gran enfermera, de poco reconocimiento a nivel histórico-científico, aun realizando una acción maravillosa y un gran paso en la técnica, contribuyó a la defensa del organismo frente a la viruela mediante la vacunación (técnica empleada en nuestra actualidad), y con ello trajo la salvación de miles de vidas de aquellas sociedades americanas castigadas por esta cruel enfermedad. Sin su figura, no hubiese habido este gran avance en la sociedad y se hubiera producido grandes muertes en las que se demostró que había solución para ello.

ABSTRACT: Isabel Zendal was the first nurse in history to administer the smallpox vaccine, free of charge and internationally, across the continents of Asia and especially America. She was born in Galicia, specifically in Ordes, A Coruña. Isabel was part of the famous Balmis expedition, in which 22 children from Spanish orphanages were transported to America. The sole objective was to reach America with as many children alive as possible and the internal transportation of the smallpox vaccine. The vaccine was previously injected in the children as the optimal method of transport in order to use the antibodies as an alternative means of vaccination to save the lives of American society punished by this cruel disease. Isabel achieved the objective as she saved many people's lives from this disease. Isabel Zendal was a great nurse and has had little recognition at a historic-scientific level, even though she achieved a great accomplishment and it was a big step in the development of the technique. She contributed to the defense of the body against smallpox through vaccination (technique used today), and with it she brought the salvation of thousands of lives in American society punished by this cruel disease. Without her contribution, this great advance in society may not have taken place and there may have been many otherwise preventable deaths.

INTRODUCCIÓN

Está preciosa y descubridora historia está compuesta por varios ejes. Ejes que dieron un paso en el descubrimiento de la acción de las vacunas y de los resultados más óptimos; estos ejes estaban compuestos por el médico Balmis, nacido en Alicante el 2 de diciembre de 1753, cirujano y médico militar que había servido en diversos hechos de armas antes de ser enviado a ultramar, donde residió en La Habana y Ciudad de México, antes de regresar a España, dio con un tratamiento novedoso contra las enfermedades venéreas a base de extractos de cactus y de begonia, enfrentándose a la medicina oficialista, que emitió dictámenes desfavorables al nuevo tratamiento(). Perseguidor y luchador contra la viruela, Jenner, el descubridor de la vacuna contra la viruela, los 22 niños huérfanos coruñeses que transportaron la vacuna hasta otro continente y nuestra gran conocida enfermera Isabel Zandal, primera enfermera del mundo dedicada a la administración de vacunas, su acción fue muy importante para la expedición realizada.

En 1980 la Organización Mundial de la Salud declaró el planeta Tierra “zona cero de viruela”. La lucha contra esta epidemia trajo numerosas muertes en la historia de la Humanidad. Todo arrancó en A Coruña, el 30 noviembre de 1803, cuando la corbeta María Pita zarpa para América. El mérito de esta Expedición, fue demostrar que su actuación contra la viruela funcionaba, y es más conseguir con ello exterminar una malvada epidemia.

El éxito de todo esto no sólo lo tuvo gracias a los profesionales en esta materia, sino los 22 niños que participaron en dicha Expedición cediendo su cuerpo como mecanismo transportador de dicha vacuna. Cuatro de ellos eran de la Casa de Desamparados de Madrid y 18 eran gallegos: 5 salieron de la inclusa del Hospital de los Reyes Católicos de Santiago y 13 formaban parte de la Casa de Expósitos de A Coruña. Pero la responsable directa de estos pequeños en el cuidado, asistencia y aseo de los niños portadores era la gallega Isabel Zandal, considerada como la primera enfermera de salud pública en misión internacional. La coruñesa Casa de Expósitos era parte del Hospital de Caridad, institución iniciada en 1796 con los fondos legados por Teresa Herrera. La dirección y gestión del Hospital correspondían a la Cofradía de Dolores, entidad civil-religiosa aún hoy activa en la parroquia de San Nicolás.

La expedición viajó en la corbeta María Pita, de Manuel Tavarena. La tripulación estaba formada por ciudadanos de A Coruña.

Centrándonos un poco en la vida de Isabel, dicha mujer nació el 31 de julio de 1796. Isabel es la segunda de nueve hermanos. Los datos de defunción de la madre y del padre permiten entender la causa de la emigración de Isabel a A Coruña: son enterrados de caridad por ser “quasi pobres de solemnidad”. (López,A; Hernández, C.M; Ventureira,R. 2016).

Ella, llega a utilizar tres firmas diferentes, se desconocen las razones, pero las firmas estas son las siguientes: Isabel Sendala y Gómez, D^a Isabel Zandal y Gómez, y Isabel Gómez Sendalla.

Toda la documentación apunta que ella pertenece a Santa María de Parada.

Isabel Zandal Gómez comenzó a trabajar en La Casa de Expósitos de La Coruña el 24 de marzo de 1800, como rectora, sustituyendo a Lucía Pérez, que había sido despedida el 24 de marzo de 1800. Con el paso del tiempo, la misma iría percibiendo mayores beneficios por su trabajo demostrándose así la labor que hacía ella.

Una de las circunstancias más oscuras descubierta en la biografía de Isabel Zandal Gómez es la existencia de un hijo que fue uno de los 22 niños que embarcaron en la María Pita. Se llamaba Benito Velez . No hay referencias de su casamiento y el origen de Benito es discutido por los distintos autores. Se considera un hijo fuera del matrimonio, para otros es adoptado, incluso hay quien lo considera un hijo de viuda.

La presencia de Isabel era fundamental, ya que, además de sus funciones como enfermera, tenía que dar confianza y repartir caricias maternas y cariño entre los niños. Estos, fuera de su hábitat, permanecían confinados en el estrecho recinto de la corbeta, con numerosos cambios climáticos, pasando de un otoño lluvioso y frío de La Coruña al calor del Ecuador y los territorios de ultramar. Presentaban mareos, diarreas y vigilando, al mismo tiempo, que los dos que habían recibido la vacuna no estuviesen en contacto con los demás para evitar el contagio y conseguir llevar la vacuna en las mejores condiciones y realizar las vacunaciones de inmediato. (De la Gala Sánchez, F. 2016).

OBJETIVOS

Analizar cuál fue la acción de la conocida Isabel Zandal y que beneficios trajo su presencia en la sociedad.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos académicos procedente de las bases de datos científicos e históricos en la base de datos de Proquest y Cuiden, seleccionando los estudios actualizados en los últimos 10 años con los descriptores: vacunas viruela; Isabel Zandal; enfermería; historia de la enfermería.

RESULTADOS

Isabel Zandal, está considerada hoy en día considerada como la primera enfermera de la sanidad pública, reconocida así por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aunque no se muy reconocida la importancia de su labor en la enfermería y el avance que tuvo su acción en nuestra sociedad, ya comienza a haber movimientos por parte de los colectivos, organizaciones y medios de comunicación para colocar a esta gran mujer en el lugar que se merece. Ella, se trataba de una mujer muy luchadora, que superó la difícil época que vivía la sociedad como el hambre y la miseria.

Su oficio en tierras gallegas, era cuidar y dar afecto a los niños que vivían en su pueblo, de tal forma que a lo largo de su desempeño laboral fue llamada para formar parte de la Real Expedición Filatrópica de la Vacuna, organizada por el rey Carlos IV y dirigida por el médico militar Francisco Xavier Balmis. Esta expedición estuvo formada por una serie de expertos y profesionales de la época para una misión, financiada por la Real Hacienda, cuyo objetivo era de hacer llegar de forma gratuita a todos los rincones de los territorios de la corona española la vacuna contra la viruela. Zandal fue la elegida para que se integrara en el grupo para la labor de llevar por territorios de la corona española, como

una buena parte del continente americano y las islas Filipinas, la vacuna de la viruela, que tantas muertes ocasionó durante siglos a toda la humanidad, sin excepción de zonas, clases sociales o sexos.

“María Pita”barco que zarpó a esta increíble expedición, comenzó su navegación el 30 de Noviembre de 1803 hacia el continente americano. La acción que tenía que desempeñar Isabel durante la expedición, era de cuidar a los pequeños huérfanos perteneciente a diversos hospicios prestados a realizar dicha prueba, vacunación viruela. En total, había unos 22 niños, todos en edades comprendidas entre los 3-9 años, niños que no habían pasado la enfermedad de la viruela, y en el que se lee había inyectado durante 9-10 días dicha vacuna. Entre todos esos pequeños se encontraba su único hijo, llamado Benito Vélez. Una vez zarpados, llega a Santa Cruz de Tenerife y pasan allí un mes aproximadamente vacunando a pequeños. El día 6 de Enero de 1804, salen de Canarias a Puerto Rico, llegando un 9 de Febrero. Un año mas tarde, se dirigen a Filipinas con un grupo de 26 niños mexicanos, llegando hacia Manila un 15 de Abril de 1805, regresando a Acapulco un 14 de Agosto de 1809. Una vez ahí, Isabel no regresaría a España, se quedaría en tierras latinas viviendo con su hijo Benito.(Lendinez Cobo, J.F.2011).

El itinerario exacto del viaje fue: A Coruña, Islas Canarias, Puerto Rico, Venezuela donde se divide en dos: una parte se dirige al sur (Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia) organizada por Salvany y otra hacia el norte (Cuba, México y el suroeste de EE.UU.) regida por Balmis; desde México la expedición partió a Filipinas, Macao y China.

Para transportar la vacuna se inmunizaba un niño y a los 10 días, cuando madurara la pústula, se extraía material de la misma y luego era inoculada mediante incisiones en el brazo de otro niño; así se traspasaba de uno a otro, de forma que la mantenía activa hasta llegar a tierra firme en donde se vacunaba a los nativos para que sirvieran para distribuirla a tantos como se pudiera y para seleccionar a otros niños que la llevaran al próximo destino. A parte de esto, la vacuna también era preservada y distribuida entre láminas de vidrio donde el virus mantenía su actividad por meses. Balmis llevó en el viaje 2.000 pares de vidrio para este propósito. Así fue como la vacuna fue enviada a Panamá, Guatemala, Nicaragua y Costa Rica. (Pérez Schael, I. 2015).

Con esta expedición hizo que la historia de la enfermería se diferenciase en dos mitades, una antes del hecho de aplicar la vacuna y otro el después de aplicarla. Es muy asombroso el hecho de que el antídoto utilizado para la salvación de vidas y para la evolución de la sociedad fuese en la última escala social, es decir, es niños abandonados.

Durante la expedición, murieron dos niños de tres y cinco años, y un tercero antes de llegar a tierras del Caribe. En todo este tiempo, la tripulación tuvo que hacer frente a fatales situación existentes como guerras, naufragios, temporales, ataques de piratas. Pero aún así, fueron capaces de ser valientes y conseguir el objetivo que llevaban, comprobar que la vacuna de la viruela tenía sus efectos positivos y así disminuir el índice de mortalidad provocada por dicha enfermedad.

CONCLUSIONES

Isabel Zandal, primera vacunóloga, fue una mujer valiente, adelantada a su tiempo y enfermera con ansias de conseguir unos objetivos junto a un equipo, sabiendo aún así, que se marcharía a tierra lejanas con condiciones extremas, dónde tenía que estar a cargo de muchos pequeños, junto a la responsabilidad de la aplicación de la vacuna, todo de manera gratuita, no percibía ingresos por su actividad. Consiguió junto a la tripulación transportar la vacuna de la viruela por mar, gracias a los pequeños de los que solamente ella se hacía cargo. Vacunó a miles y miles de niños, obteniendo buenos resultados y disminución de muertes por la enfermedad de la viruela. Pero a pesar de todo, en la actualidad Española, no tiene reconocimientos por su labor, es una figura poco conocida en España a pesar de la importancia de su actividad junto a los otros componentes de la expedición en la sociedad. Si hay, algunas organizaciones coruñesas encargadas de dar a conocer su papel en la enfermería, y sobre todo de dar reconocimiento de ello.

En México, si fue homenajeadada como “la primera enfermera de la historia de la salud pública”.

También se reconoce su figura por un libro que acaba de publicar Javier Moro “A flor de piel”, dónde resalta su vida en la travesía de la Real Expedición Filántropica de la Vacuna, dónde el objetivo de Isabel era de vacunar a los súbditos de la corona española.

BIBLIOGRAFÍA

Sandoval Vereza, F. Isabel Zandal, una mujer de novela. Archivo histórico provincial de Ourense. *Temperamatum* 2015; 21.

Ramirez Martin, S.M; Tuells, J. Doña Isabel, la enfermera de la Real Expedición Filántropico de la Vacuna. *Vacunas*, 2007;8 (3): 160-6.

López, A; Fernández, C.M; Ventureira, R. A Real Expedición Filantrópica da Vacina. Asociación Isabel Zandal, C.2071, 2016.

Ramírez Martín, S; Tuells, J. Doña Isabel, la enfermera de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna. *Revista Vacunas*, 2007; 8 (3):160-6.

De la Gala Sánchez, F. La primera Enfermera de la Historia en Misión Internacional. Universidad Pontificia de Salamanca, 2016.

Lendinez Cobo, J.F. Isabel Zandal, la primera enfermera. Ilustre Colegio Oficial Enfermería de Jaen, 2011.

Valdivia, M. Mujeres para la Eternidad: Isabel Zandal. *Diario XYZ*. Octubre 2016.

Pérez Schael, I. Isabel Zandal Gómez, la primera vacunóloga “a flor de piel” del mundo, es recuperada del olvido. *Mirador Salud*. Con lupa 2015.

LAS OTRAS FUNCIONES DE LA MATRONA, MÁS ALLÁ DE LA ASISTENCIA MÉDICA. EL CASO DE VICTORIA CAMPOS (1814)

THE OTHER MIDWIFE 'S FUNCTIONS, BEYOND MEDICAL CARE. THE CASE OF VICTORIA CAMPOS (1814).

Laura Gutiérrez Chicote

Matrona, Sanidad Castilla y León (SACYL), Valladolid

PALABRAS CLAVE: matrona, funciones matrona, historia de matronas.

RESUMEN: Las competencias de la matrona a lo largo de la historia no se limitaban al área asistencial, que es el más conocido. Desde la Edad Media, la matrona ha desarrollado otras actividades, algunas bastante desconocidas, como son la función jurídico-legal y la función religiosa. El objetivo principal de este estudio consiste en poner el foco para iluminar esas otras funciones, que generalmente suelen permanecer en la sombra. Para ello, procediendo desde una metodología propia de la microhistoria, analizamos una documentación procesal: el juicio contra Victoria Campos, vecina de Burgo de Osma (Soria), en 1814.

KEY WORDS: Midwife, midwife's functions, midwife's history

ABSTRACT: The midwife's functions throughout history were not limited to the area of care, which is the best known. Since the Middle Ages, the midwife has developed other functions, some quite unknown, such as legal function and religious function. The main objective of this study is to focus on these other functions, and for this purpose, the judgement of Victoria Campos, who lived in Burgo de Osma (Soria) in 1814, is analyzed. This analysis aims to better understand the profession.

INTRODUCCIÓN

¿En qué consiste el oficio de matrona? Incluso a día de hoy, esta pregunta resulta difícil de responder de forma correcta, pues, tradicionalmente a la matrona se le asocia con embarazo y parto desde el principio de los tiempos. Pocas personas responderían que se trata de una profesión que abarca la atención integral durante todo el ciclo vital de la mujer, incluida una etapa tan importante como la maternidad. Es una profesión regulada, con un perfil competencial específico y cuya formación de especialista está reconocida a nivel internacional, tanto por la Organización Mundial de la Salud, como por la Unión Europea.^a

En el Programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) del BOE 28 Mayo 2009 (nº 129) se reconoce a la matrona como un profesional que ha adquirido las competencias necesarias para atender a la mujer a lo largo de todo su ciclo vital, y, no sólo a ésta, sino también a la familia y a la comunidad, y que puede desarrollar sus funciones en cualquier ámbito. En dicho programa se define el perfil competencial y las actividades profesionales mínimas, para dar respuesta a las demandas de la sociedad actual.^b

Las funciones de la matrona se agrupan en cuatro funciones básicas: asistencial (la más desarrollada, sin duda), docente, administración-gestión e investigación. Son muy parecidas a las que ha venido desarrollando a lo largo de la historia. Una ojeada a nuestro pasado nos revela que desde la Edad Media, la matrona viene desarrollando también cuatro funciones, unas más conocidas que otras: asistencial, docente, jurídico-legal, y religiosa.^c

El pleito contra Victoria Campos nos sirve de hilo conductor para recordar esas otras funciones que la matrona ha realizado en el pasado, a lo largo de todo el Antiguo Régimen. Ello nos permite apreciar que sus tareas abarcaban más campos que el ámbito asistencial. A través de un breve recorrido por el juicio de Victoria Campos, en 1814, me he marcado como objetivo dar mayor visibilidad a estos aspectos relacionados con la profesión de matrona en el pasado, con el fin de que no caigan en el olvido, y reconocer así la dedicación de estas profesionales.

METODOLOGÍA

Se trata pues fundamentalmente de un trabajo de investigación histórica, que toma como fuente un documento del Archivo de la Real Chancillería de Valladolid (ARCHV): el pleito contra Victoria Campos a comienzos del siglo XIX, en 1814. El estudio de este caso concreto nos permite revisar el carácter variado que tenía la función de la matrona, sin reducir nuestro trabajo a una sola persona, pues

^a BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO B.O.E. Núm. 129 Jueves 28 de mayo de 2009 Sec. III. Pág. 44697.

^b Ibidem.

^c García Martínez MJ, García Martínez AC. Fechas claves para la historia de las matronas en España. *Híades* 1999; 5-6: 246.

ayudados de la generosa bibliografía que ya es posible consultar sobre esta materia, intentaremos dar el salto del caso particular a la realidad general.

ANÁLISIS Y RESULTADOS

En el pasado, la matrona viene desarrollaba cuatro funciones, unas más conocidas que otras: asistencial, docente, jurídico-legal, y religiosa.

Uno de los aspectos menos conocidos de esta profesión es la función jurídico-legal. La partera actuaba con capacidad pericial y su palabra era válida ante la Ley con carácter testifical. Diversos documentos escritos, de carácter legal, dan fe del testimonio de la partera en el momento del parto. En 1533, Carlos V promulgó la *Constitutio criminalis carolina* que establecía que el parecer de médicos, cirujanos y comadres, poseía un valor reconocido para declarar ante los tribunales en cuestiones relacionadas con sus respectivas especialidades: «*La opinión de médicos, cirujanos y comadronas tenga un valor decisivo en las cuestiones referentes a sus respectivas profesiones, siempre que fueran llamadas a declarar ante los tribunales de justicia.*»^d Esta medida reconoce el importante valor social del oficio de matrona pues su labor resultaría importante a la hora de resolver pleitos del más alto nivel y trascendencia en los que estaban en juego herencias, derechos de primogenitura, etc.^e

En el del Archivo de la Real Chancillería de Valladolid (ARCHV) se halla un documento que recoge la causa criminal contra Victoria Campos a comienzos del siglo XIX, vecina de la localidad Burgo de Osma, en Soria. En enero de 1814 se abre la causa contra Victoria Campos a la que se le acusa de intentar abortar: “*habiendo formado causa contra Victoria Campos, moza soltera, con objeto de asegurar la prole de que se hallaba embarazada ha resultado que esta, intentó el aborto a principio del embarazo.*” El motivo es: “*Por quejas dadas y a fin de evitar escándalos se ha formado causa de oficio por este Tribunal contra Victoria Campos, de estado soltera, de esta naturaleza, con el objeto de asegurar la prole de que se hallaba embarazada y muy próxima al parto, intentaron el aborto, y después de aquello dio a luz*”.

Históricamente el aborto siempre estuvo tipificado como delito en España. El aborto y el infanticidio se recoge como delito en la Novísima Recopilación en el apartado de niños expósitos: *Modo de evitar infanticidios, y castigo del que abandona al expósito.* (§§. 23.y 24. ley 5).^f

Victoria Campos en un primer momento *negó el estado de preñez en que notoriamente se hallaba al tiempo de formación de la causa.* En una nueva confesión declara que, al principio de este último embarazo, había tomado “[...]una taza de agua cocida con simiente de zanahorias [...], pero dijo haberle sabido mal y no volvió a beberlo”. En esta segunda confesión refiere haber negado estos acontecimientos anteriormente por

^d García Martínez, Manuel Jesús; García Martínez, Antonio Claret: “Las funciones de la matrona en el mundo antiguo y medieval. Una mirada desde la historia”, 2005, Sevilla.

^eIbidem.

^f Novísima Recopilación de las Leyes de España. Madrid. 1805-1807.

“rubor, cobardía y temor a sus padres”. Y afirma que, aunque es cierto que bebió el agua, *“no tuvo la menor novedad y continuó con el embarazo”*.

A continuación se mandó comparecer *“a los Físicos”*. Se cita a declarar como peritos a Manuel Bernal, médico titular, a Domingo Pérez, boticario, y también al Prior de la Santa Iglesia de Osma, y para explicar entonces el uso médico de la *simiente de zanahoria* y sus virtudes por su aplicación en forma de cataplasma. También se llama a declarar como perito a la matrona, pero a ella no se la cita con nombres ni apellidos, pero que se refieren a ella de esta manera:

“Por este motivo se encargó a la matrona que le reconociese y registrase con el sigilo correspondiente, lo que ejecutó, y habiendo declarado por la turgencia de los pechos, la flojedad de vientre, y evacuación que se advertía, consideró que estaba recién parida”.

A la matrona se le vuelve a citar a declarar en una segunda ocasión para reconocer y explorar nuevamente, a la acusada Victoria Campos. En esta ocasión se cita: *“a consecuencia de lo cual compareció otra vez la matrona diciendo que Victoria se hallaba reestablecida del sobre parto.”*

El juicio sufre varios retrasos, debido a la situación política de la época en que se desarrolla el juicio. Cuando se retoma la causa, finalmente, Victoria ya ha dado a luz. Se le acusa, por ello, de que dio a luz sin haber dado parte a las autoridades. Por ese motivo se cita a declarar a los padres de Victoria Campos, quienes declararon bajo juramento *“ser cierto que en la madrugada del 20 del mismo mes de enero, había dado a luz Victoria una niña que su padre habría llevado a la cuna General envuelta un pañuelo blanco y una mantilla de jerga, y que no había dado parte”* de este acontecimiento. El padre expresó que no lo hizo por *“mirar por el honor de su hija y que llevaron a la criatura a la Cuna de Niños Expósitos”*; aunque, no sin antes bautizarle con el nombre de Sebastiana. Se cita de nuevo a una matrona (sin nombre ni apellidos) a la que se le pregunta por la administración del sacramento del bautismo (que le administra porque pensaban que la criatura no iba a sobrevivir).

Se describe así otra de las atribuciones que las matronas tenían, como es la función religiosa. Esta consistía en administrar el denominado *bautismo condicionado o de urgencia* en aquellos casos de niños que, tras un parto difícil, se preveía la muerte, o bien, que no iba a sobrevivir mucho tiempo. La matrona no sólo puede, sino que debe echarle el agua de socorro, por el peligro inminente en que se halla de perecer.

A comienzos del siglo XV, la función religiosa de bautizar a los recién nacidos en peligro de muerte es recogida en diversos textos. San Vicente Ferrer (1350-1419), predicador dominico, recuerda en uno de sus sermones a las parteras-"madrinas" la importancia de administrar el Bautismo correctamente.⁸ También se recoge en los documentos exigidos para la instrucción del oficio. En el *Examen y Cartilla de Parteras teórico Práctica*, escrita por el Dr. Domingo Rosafín en 1824 dice así:

⁸ García Martínez, Manuel Jesús; García Martínez, Antonio Claret: *“Las funciones de la matrona en el mundo antiguo y medieval. Una mirada desde la historia”*, 2005, Sevilla.

“[...]por la necesidad, en que frecuentemente se hallan las comadres de bautizar a los recién nacidos, es preciso se instruyan en la; forma, condiciones y demás circunstancias que debe observar en la administración del bautismo, en aquellos casos en que puede y aún debe bautizar & la criatura, o como dicen comúnmente echarle el agua de socorro, por el peligro inminente en que se halla de perecer, me ha parecido conveniente insertar al fin de esta cartilla las advertencias siguientes[...].”^h.

Las matronas son aliadas de la Iglesia en cuanto a administrar el sacramento del bautismo, aunque después tuviera que ser ratificado por un sacerdote. Sería una relación de alianza y colaboración aunque no dejaran también de surgir situaciones de conflicto y mutua desconfianza.

Un apunte más sobre la función religiosa. La obtención del Título de Matrona o Partera de manera oficial se reguló mediante la Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857. Esta ley fue promulgada por el ministro Claudio Moyano, por lo que popularmente se conoció como Ley Moyano y determinaba el reglamento y condiciones necesarias para obtener el título de matrona; los estudios se impartían en las Facultades de Medicina (sólo existentes en Madrid, Barcelona, Granada, Santiago, Sevilla, Cádiz, Zaragoza, Salamanca, Valencia y Valladolid). En el Reglamento se recoge que estas profesionales deben conocer el modo de administrar el sacramento del bautismo en aquellos casos que el niño nacía con dificultades o no llegaba a nacer. Esta titulación se suprimió en 1866.ⁱ

En el juicio contra Victoria Campos se finalmente se dicta sentencia y se condena a Jacinto Campos, padre de la citada Victoria, a los preceptos y mandatos judiciales por no haber dado parte el día en que su hija dio a luz a la criatura. También se manda orden de que Victoria Campos sea considerada presa por delitos de incontinencia^j a las primeras y haber faltado los demás a la fidelidad y custodia que prometieron de las susodichas. Se firma en Valladolid a 10 abril 1815 y se firma por el “Alcalde del crimen”.

CONCLUSIONES

En el documento de la causa criminal contra Victoria Campos en 1814 salen a relucir claramente dos funciones del oficio de matrona, además de las que ya se le presuponen, que son la función jurídico-legal y la función religiosa. Gracias a este breve y ameno paseo por la vida de Victoria Campos nos podemos aproximar al oficio que la matrona ejercía en el siglo XIX. La causa criminal seguida contra ella pone de manifiesto las diversas responsabilidades que tenía por el ejercicio de su oficio y, en consecuencia, lo que le exigía la sociedad.

^h Rosain, Domingo. “Examen y cartilla de parteras. Teórico Práctica”.1824.

ⁱ García Martínez MJ, García Martínez AC. Fechas claves para la historia de las matronas en España. *Híades* 1999; 5-6: 246.

^j Ortega Gil,P. Estadística y control de la labor judicial del siglo XIX. Editorial Dyckinson. Madrid. 2015.

Delitos de incontinencia son tales como adulterio, estupor, incesto, bigamia, sodomía, prostitución, bestialidad.

Estas funciones mencionadas destacan el papel clave que desarrollaban en actividades religiosas y legales, lo que las convertía en figuras centrales de la vida comunitaria y sujetos con un considerable poder social. Y sin embargo la imagen que llega a nuestros días es de mujeres analfabetas que realizan prácticas más oscuras, incluida la brujería.

Con la información obtenida del juicio podemos tener una pequeña aproximación a la vida cotidiana de estas mujeres, y así contextualizar y reconstruir la figura de la matrona que es más compleja de lo que se piensa. Estudios futuros deberán ampliar el análisis y completarlo.

Su oficio, era un oficio femenino, y en esa sociedad jerárquica y patriarcal, la matrona encontró un papel destacado, y un respeto y autoridad en las sociedades en que se desenvolvía, sobre todo entre las mujeres. Pero también era escuchada como testigo de referencia en los procesos y la Iglesia católica le investía con la posibilidad de administrar un sacramento. Esto demuestra una importante contribución de la matrona a la sociedad además de poner en relieve un prestigio social que rompe con estereotipos que todavía subsisten.

BIBLIOGRAFÍA

- B.O.E. Núm. 129 Jueves 28 de mayo de 2009 Sec. III. Pág. 44697.
- García Martínez MJ, García Martínez AC. Fechas claves para la historia de las matronas en España. *Híades* 1999; 5-6: 246.
- García Martínez, MJ; García Martínez, AC. Las funciones de la matrona en el mundo antiguo y medieval. *Una mirada desde la historia*”, 2005, Sevilla.
- Laín Entralgo, P. *Historia de la Medicina*. Barcelona. Elsevier/Masson, 2006.
- *Novísima Recopilación de las Leyes de España*. Madrid. 1805-1807.
- Ortiz Gómez, Teresa: “Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía”, 1995.
- Ortega Gil, P. *Estadística y control de la labor judicial del siglo XIX*. Editorial Dyckinson. Madrid. 2015.
- Rosain, D. *Examen y cartilla de parteras. Teórico Práctica*. 1824
- Ruiz Berdún, MD; Gomis, A. *Modelos para la enseñanza de la obstetricia a lo largo de la historia*, Barcelona, 2013.
- Serrano, I. *La formación de la matrona a lo largo de la historia*. Pamplona, 2002.
- Torremocha Hernández, Margarita. *La Mujer Imaginada. Visión literaria de la mujer castellana en el barroco*. Editorial abecedario. Badajoz. 2010.
- Valle Racero, JI. *El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957*. Sevilla. 2002.

SOR MARÍA ESPERANZA BLANC, PIONERA DE LA FORMACIÓN COMPETENCIAL DE LA ENFERMERÍA LERIDANA

SOR MARÍA ESPERANZA BLANC, PIONEER OF THE COMPETENCIAL FORMATION OF THE LERIDAN NURSING

Lorena Lourdes Tejero Vidal

Hospital Universitario de Santa María, Universitat de Lleida, FEBE

Carmen Torres Penella

Universitat de Lleida, FEBE

PALABRAS CLAVE: Formación competencial, Enfermería, Gestión.

RESUMEN: Visibilizar la figura de Sor María Blanc pionera en la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para la práctica profesional. Estudio cualitativo con un enfoque interpretativo y sociocrítico que comprende el siglo XVIII y mediados del siglo XIX. La recogida de datos se ha realizado en archivos nacionales. Resultados: Fue una de las hermanas que se establecieron en el HSM en 1792. Encargada de los cuidados de los enfermos del hospital, de la distribución tareas, de formación interna o de la gestión económica. Conclusiones: Contribuyó a profesionalizar la enfermería aplicando técnicas basadas en la evidencia, y una autonomía profesional regulada por la administración y su Congregación.

KEY WORDS: Competencial formation, Nursing, Management

ABSTRACT: To make the figure of Sr. María Blanc a pioneer in the acquisition of knowledge, skills and attitudes necessary for professional practice. Qualitative study with an interpretative and sociocritical approach that includes the eighteenth and mid nineteenth century. Data collection has been done in national archives. Results: She was one of the daughters who settled in the HSM in 1792. In charge of the care of the sick of the hospital, the distribution of tasks, internal training or economic management. Conclusions: She contributed to professionalize nursing by applying evidence-based techniques and professional autonomy regulated by the administration and her congregation.

INTRODUCCIÓN

A finales del siglo XVIII, el Visitador de la provincia de España, el Sr. D. Fernando Nualart consiguió enviar a seis jóvenes españolas para que fueran formadas como Hijas de la Caridad en Francia. Estas jóvenes eran Josefa Esperanza Antonia Miquel, María Esperanza Ignacia Blanc, María Theresa Manuela Lezina, Ana María Antonia Andreu, Catharina María Lluçia Raventos y Theresa Antonia Francisca Cortés.

La idea era que a su regreso se iniciase un proceso de implantación de la congregación en consonancia a la corriente que Carlos III había fomentado con respecto a la beneficencia pública en España y a las nuevas ideas ilustradas que estaban surgiendo (1–6).

OBJETIVO

El objetivo del estudio es el de visibilizar la figura de Sor María Esperanza Blanc como pionera en la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para el desarrollo de la práctica profesional.

FUENTES

Las fuentes utilizadas para el estudio han sido históricas escritas no narrativas de documentos y bibliografía de referencia. Comprendiendo éstas: ordenanzas y estatutos, libros de contabilidad, capbreus o libros de patrimonio hospitalario, protocolos notariales, testamentos y legajos, libros de expósitos y libros de óbitos.

METODOLOGÍA

Es una investigación histórica fundamentada en la visión de la Escuela de los Annales, desde una doble perspectiva paradigmática, interpretativa y sociocrítica.

El estudio comprende el periodo que va desde finales del siglo XVIII hasta mediados del siglo XIX. El objeto a estudio han sido Sor María Blanc como una de las hermanas formadas en Francia y que implementó lo aprendido a su regreso a España, en el antiguo Hospital de Santa María de Lleida.

La recogida de datos se ha llevado a cabo en archivos de ámbito internacional, nacional y municipal, seleccionando los documentos que hacían referencia al objeto a estudio, con ayuda de un ordenador y escáner portátil y una cámara fotográfica digital.

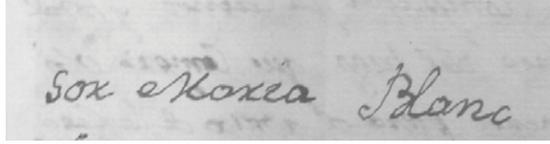
El posterior análisis de la documentación obtenida se llevó a cabo mediante el traspaso de la información a un ordenador personal, se analizaba el contenido y se clasificaba cronológicamente por años. Las técnicas empleadas han sido la lectura en profundidad, análisis de texto y de contenido.

RESULTADOS

El establecimiento de las Hijas de la Caridad en el Hospital de Santa María fue una casualidad. Sor Manuela Lecina y Sor María Esperanza Blanc emprendieron camino hacia Barbastro tras abandonar el Hospital de Santa Creu en junio de 1792. A su paso por la ciudad de Lleida, el Obispo de Lleida D. Jerónimo María de Torres, inició el proceso para su establecimiento sabedor de los beneficios que aportaban a los cuidados y conocedor de las graves carencias que tenía el hospital en aquellos momentos (6–9).

Sor María Blanc junto a Sor Rosa Grau, Sor María Paula Puig y Sor Antonia Burgon fueron las cuatro primeras hermanas en establecerse, siendo la primera elegida como Superiora (8,10–13).

Imagen 1: Firma de Sor Maria Blanc, Superiora de las Hijas de la Caridad del Hospital de Santa Maria en 1793.



Fuente: A.D.L. Llibre de depòsits del Hospital iniciado el 23 de julio de 1746. Sección Sortides iniciadas en 1793. Registro del 11 de junio de 1793.

Como Superiora, se encargaban del régimen y cuidados de los pobres enfermos del hospital siguiendo sus propias reglas. Era la encargada de distribuir tareas diarias, de formar a las probandas, de la gestión de los salarios mensuales de las hermanas, de la gestión del gasto ordinario de la casa así como del dinero que el establecimiento recibía de la administración.

La misma Junta del Hospital llegó a considerar que fuera ella la que decidiera destinar hermanas o mujeres para elaborar el pan del centro.

“[...] se deliberó, que en lo sucessivo no se le subministre pan alguno, y que se deja á la discrecion de Sor Maria Blanch superiora de las Hermanas de la Caridad destinar las hermanas, ó mujeres que se necessiten para las fahenas del Horno”¹

Las tareas administrativas y de gestión desarrolladas por Sor María fueron de índole diversa como puede verse en el hecho de que se le recriminara el no haber facilitado las fes de bautismo de los expósitos ingresados en el Hospital² en el año 1796.

Tres años más tarde, recibió 100 libras³ con el encargo de comprar mantas para las camas de los enfermos, y a finales de ese mismo año, recibió dinero para la compra de lana para 24 colchones y para las telas necesarias para cubrirlos; se le entregaron en ese momento 255 libras para dicho gasto⁴.

Durante la Guerra de Independencia atendió a soldados españoles y franceses, siendo pionera en cuidados quirúrgicos, aplicando las técnicas aprendidas en el Hospital Militar de Gros Caillou que atendía a los soldados enfermos y oficiales de la Guardia Real francesa, seguramente con las mejores técnicas de enfermería de la época.

¹ CAT AML. Fons Pia Almoina, VOL 107/347. Deliberacions de la Junta de 1793-1794. f.62v.

² A.D.L. Llibres parroquials del Hospital Santa María. Libro òbits 1796. Sin foliar.

³ A.D.L. Llibre de depòsits del Hospital iniciado el 23 de julio de 1746. Sección Sortides iniciadas en 1793. Registro del 11 de junio de 1793.

⁴ A.D.L. Llibre de depòsits del Hospital iniciado el 23 de julio de 1746. Sección sortides iniciadas en 1793. Registro del 5 de agosto de 1799. No foliado.

CONCLUSIONES

Sor María Blanc contribuyó a profesionalizar la enfermería leridana, desarrollando unos cuidados enfermeros basados en el servicio a la sociedad, llegando a aplicar técnicas basadas en la evidencia del momento, y una autonomía profesional, que en su caso, estaba regulada por la propia administración del centro y por las Reglas tanto Comunes como Particulares de la Congregación de San Vicente de Paúl.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arias Bautista M. Palomas blancas entre el amor y el dolor. El cuidado, las Hijas de la Caridad y el Hospital Gómez Ulla. *Sanid Mil.* 2011;67 supleme:141–76.
2. Hernandez H.C. MC. Las Hijas de la Caridad Llegan a Barcelona. In: CEME, editor. *Las Hijas de la Caridad en España 1782-1856 Documentos.* Salamanca; 1988. p. 17–64.
3. Fargues García I, Tey Freixa R. El segle XVIII: del Decret de Nova Planta al 1808. In: *Fundació Privada de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, editor. *Sis segles d'assistència hospitalària a Barcelona: de Santa Creu a Sant Pau.* Barcelona; 2015. p. 73–95.
4. Yetano Laguna A. Con toca. Mujeres y trabajo hospitalario, avances en tiempos convulsos. *Las hermanas de la caridad. Manuscrits.* 2009;27:113–39.
5. Daydi L. Origen de la fundación en España. In: Casa Editorial de Arte Católico. José Vilamala, editor. *BL de Marillac y SUS HIJAS.* Barcelona; 1920. p. 229–38.
6. Tejero Vidal LL, Torres Penella C. La profesionalización de la enfermería en Lleida a partir de las Hijas de la Caridad. *Cult Cuid 3er Cuatrimestre 2011 Año XV N° 31.* 2011;
7. Daydi L. Las primeras fundaciones. In: Casa Editorial de Arte Católico. José Vilamala, editor. *BL de Marillac y SUS HIJAS.* Barcelona; 1920. p. 285–94.
8. Hernandez H.C. MC. Las Hijas de la Caridad en Lérida. In: CEME, editor. *Las Hijas de la Caridad en España 1782-1856 Documentos.* Salamanca; 1988. p. 93–121.
9. Massons JM. La Guerra de la Independencia. Hospitales de la Guerra de la Independencia. In: Ediciones Pomares-Corredor, editor. *Historia de la Sanidad Militar Española Tomo li.* Barcelona; 1994. p. 53.
10. Infante MÁHC. Llegada de las Hijas de la Caridad a Madrid: 3 de septiembre de 1800. *Somos Vivencianos [Internet].* 2013; Available from: <http://somos.vivencianos.org/blog/sembraron-con-amor/?output=pdf>
11. Sánchez i Carcelén A. Capítol 9. La formació d'una nova junta patriòtica a Lleida. In: Pagès Editors, editor. *La Guerra del Francès a Lleida La insurgència lleidatana contra Napoleó i les seves conseqüències (1808-1814).* Lleida; 2007. p. 131–48.
12. Mas NCM. Expansión de las hermanas en el país. Hospital de Lérida, antes llamado de Santa María y ahora Hospital Provincial de Santa María. In: Jomogar, editor. *Fundación de las Hijas de la Caridad en España.* Madrid; 1958. p. 44–55.
13. Villanueva J. Carta CXV. Noticia de las parroquias, conventos, hospitales y cofradías de la ciudad de Lérida y sus inmediaciones. In: Imprenta de la Real Academia de la Historia, editor. *Viaje literario a las Iglesias de España Tomo XVII Viage á Lérida y Barcelona.* Madrid; 1851. p. 94–5.

**EL PRACTICANTE, RECUERDO U OLVIDO.
HISTORIA DE JOSEP CABÚS**

**THE PRACTITIONER, REMEMBER OR FORGET.
HISTORY OF JOSEP CABÚS**

Carmen Torres Penella

Universitat de Lleida, Grupo Febe

Lorena Lourdes Tejero Vidal

Hospital Universitario de Santa María, Universitat de Lleida, Grupo Febe

PALABRAS CLAVE: Practicante, formación, trayectoria; profesión.

RESUMEN: Josep Cabús nació en 1921 en Lleida. Su juventud se vio truncada por la Guerra Civil que le obligó a interrumpir sus estudios. El segundo año de guerra realizó los estudios de Practicante en la Universidad de Barcelona. Consiguió cumplir con las clases, prácticas, exámenes y revalidación de la carrera en seis meses. Fue cabo practicante en el Servicio Militar y durante la invasión de los maquis en el Pirineo. Desarrolló su trabajo de practicante desde 1947 a 1991 en su consulta, en empresas privadas y públicas siendo considerado precursor de la enfermería comunitaria y de la empresa en Lleida.

KEY WORDS: Practitioner, training; career; working.

ABSTRACT: Josep Cabús was born in 1921 in Lleida. His youth was truncated by the Civil War that forced him to interrupt his studies. In the second year of war, he completed his studies as a Practitioner in the University of Barcelona. He managed to complete the classes, practices, exams and revalidation of the race in six months. He was a corporal practitioner in the Military Service and during the Maquis invasion in the Pyrenees. He developed his work as a practitioner from 1947 to 1991 in his consultation, in private and public companies, being considered as a forerunner of the nursing community and the companies of Lleida.



Josep Cabús 1940



Josep Cabús 2016

INTRODUCCIÓN

Al inicio del siglo XX, el personal de enfermería en nuestro país lo formaba el Practicante, la Matrona y la Enfermera. El proceso de unificación de las tres titulaciones, por el de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), llevado a cabo a mediados del mismo siglo, supuso la pérdida de denominación de Practicante y de Enfermera, manteniéndose la Matrona como especialidad del ATS. En el último tercio de siglo, se sustituye la denominación de ATS por el de Enfermería (enfermera y enfermero). Hoy en día existen como profesionales de enfermería, las matronas, las enfermeras y los enfermeros. El Practicante ha desaparecido. Esta es la razón por la que queríamos rememorar la figura profesional del Practicante.

A propuesta de nuestra compañera Isabel Fargues, excelente historiadora de la enfermería, conocimos a Josep Cabús, practicante de Lleida. Josep nos abrió la puerta de su casa, de su historia y revivió con nosotras su vida con mucha emoción y gratitud.

OBJETIVO

Conocer la trayectoria personal y profesional del practicante Josep Cabús Pedrol y sus aportaciones a la enfermería de Lleida.

FUENTES Y METODOLOGÍA

Se han utilizado fuentes orales directas del protagonista y documentales personales del archivo particular del Sr. Josep Cabús y del archivo del *Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers* de Lleida. Se trata de un estudio histórico de investigación cualitativa enmarcado en el paradigma fenomenológico utilizando la historia oral, la observación y el análisis documental (1,2).

Para la presente publicación se expone una síntesis en tercera persona del relato biográfico.

Relato

Una juventud truncada por la Guerra Civil

Josep Cabús nació en 1921 en Lleida hijo de esterero, un oficial del Ayuntamiento y de la Diputación muy trabajador y responsable al que Josep admiraba profundamente, él le inculcó la importancia de abrirse camino en la vida. Su infancia fue feliz, era buen estudiante y participaba de la vida asociativa cultural de su ciudad. Estaba realizando quinto de bachillerato cuando estalló la Guerra Civil viéndose obligado a interrumpir sus estudios. En noviembre de 1937, vivió de cerca el bombardeo que afectó Lleida donde hubo casi 700 afectados, entre los cuales 50 niños del Liceo Escolar murieron. El mismo mes de noviembre, la familia salió de Lleida para refugiarse en el campo por un tiempo, allí Josep enfermó gravemente de tifus exantemático. Recuperado meses más tarde la familia inició su éxodo hacia Barcelona a pie y en tren acompañados por otras personas entre las cuales María del Carmen, una niña de 11 años.

Estudios de practicante en Barcelona en tiempo de guerra

Después de trabajar unos meses en un Casal de recogida de refugiados en Cabrils - Vilassar de Mar, se planteó iniciar estudios de practicante en la Facultad de Medicina de Barcelona situada en el Hospital Clínico. Su motivación era intelectual, le gustaba la fisiología y la higiene que había estudiado en el bachillerato, además, era un gran aficionado a los libros del Dr Vander sobre higiene y enfermedades como la sífilis que en aquel momento despertaban mucho interés. Así que se matriculó el segundo semestre de 1938. Los estudios comprendían dos cursos y revalida. Contaba como libros de texto los dos tomos del Manual del Practicante y de la Enfermera del Dr Lorenzo G Tornel. Las clases principalmente consistían en la observación, observar intervenciones, curas y tratamientos. Tenía establecido un mes de prácticas por curso que Josep al no trabajar, realizó durante tres meses seguidos en el Clínico. Salía con el equipo de urgencias del Clínico a socorrer a las víctimas de los bombardeos, aunque la mayoría de veces se encontraban a más muertos que heridos. La visión que tiene Josep de los bombardeos en las Ramblas es aterradora.

Durante los seis meses del segundo semestre realizó los estudios de primero, segundo y revalida de practicante. El 4 de enero de 1939 ya estaba colegiado al Colegió Oficial de Practicantes de Medicina y Cirugía de Cataluña con el nº 2975.

La postguerra en Lleida. Trabajo y amor

Al Abril de 1939 volvió a Lleida, su decisión era la de ejercer su profesión de practicante. Lo primero que hizo, fue convalidar el título de los *rojos* por los *nacionales*, consiguió el certificado de Aprobado el 30 de agosto de 1939 Año de la Victoria. De nada le sirvió, el Jefe de Sanidad de la época, le preguntó si tenía el título de Practicante, él le contestó que sí, le mostró el certificado, pero en el dorso había una nota escrita a lápiz en catalán sobre el coste de dicho certificado. ¡Rojo de mierda exclamo! el jefe de Sanidad. Este incidente echó por tierra su incorporación al trabajo como practicante por *rojo*. Así que tuvo que buscarse la vida en otro campo profesional. Por suerte, en febrero de 1940 con 19 años fue admitido como administrativo en la Cámara de la Propiedad Urbana,

entonces Organismo Autónomo del Estado. Este trabajo, conllevó que realizase estudios de mecanografía, taquigrafía, teneduría de libros y escritura redondilla. En el curso de un año pasó de administrativo a Jefe de Negociado y Contable, y más tarde a Finanzas, siendo el responsable de la elaboración de los presupuestos. Conservó el trabajo durante 50 años hasta su jubilación en 1991.

Al año de regresar a Lleida, casualmente se encontró con María del Carmen la niña con quien compartió viaje a Barcelona. Ahora era toda una mocita de casi 14 años, sin embargo parecía mayor. A partir de su reencuentro no se separaron nunca más. El la llamó siempre Maruja, por su origen maño. Maruja estudiaba Corte y Confección, Josep iba a buscarla cada día a la salida del taller para dar un paseo. Iniciaron una relación de seis años como novios primero y de casados después que duró hasta 2007 a causa del fallecimiento de Maruja. Fue su compañera de vida, la mejor secretaria cuando más tarde Josep se dedicó a trabajar por cuenta propia como practicante.

Ejerciendo la profesión de practicante en el Servicio Militar y en la Invasión de los Maquis en los Pirineos

Esta parte de su vida tuvo mucho impacto en Josep. Ya que era la primera vez que le permitieron ejercer de practicante. Era de la quinta del 42 y con 21 años realizó la mili en Lleida como cabo practicante del Batallón Navarra número 1. Era el único practicante titulado del regimiento, antes esta figura lo ocupaba un barbero enfermero. Organizó el botequín, realizaba el reconocimiento físico, administraba vacunas y cumplimentaba un registro sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual de los soldados. Librado de tropa y arma, tenía un horario de 8 a 9 de la mañana que le permitía compaginarlo con su trabajo en la Cámara de la Propiedad Urbana. La mili duró 25 meses en Lleida pero tuvo, lo que él llama una segunda parte de la mili, cuando los maquis llevaron a cabo la operación Reconquista por los Pirineos, de nuevo, en junio de 1944 lo movilizaron como cabo practicante del botequín.

Los primeros destinos fueron Tremp, Sort y Rialp en el Pallars. El 19 de octubre se produce la invasión de los maquis en el Valle de Aran y Josep es requerido para ir a buscar en ambulancia a tres heridos en el hospital de Viella. Bloqueados en el puerto de la Bonaigua a causa de la nieve, no llegan a Viella hasta la noche del siguiente día, recogen a los heridos, un soldado y dos tenientes, uno de ellos grave por una amputación de pierna, y regresan a Sort donde son atendidos y evacuados a Lleida.. Nuevamente Josep, vuelve al Valle de Aran con el batallón y monta el botequín en la calle Mayor de Viella. Hasta ahora cuentan con 10 muertos, no por la guerra sino por el tifus propiciado por las condiciones higiénicas. Aparte de los enfermos de tifus, hay que sumar la atención y cura de congelaciones en las extremidades que podían acabar en amputaciones de los miembros, intoxicaciones etílicas y ahogamiento de los soldados. El Capitán médico don Evaristo López Sánchez estaba muy satisfecho de contar con un practicante titulado y en su ausencia, Josep era el responsable sanitario.

De Viella se traslada con el botequín al pueblo de Les Bordes, allí permanecerá hasta mayo de 1945 que termina la invasión. El regreso es por la Bonaigua e instala el botequín en Sort. Después de unas maniobras de 6 días en octubre, le anuncian que lo licencian después de 41 meses de mili.

Formando una familia y ejerciendo la profesión de practicante

Maruja y Josep se casaron con 20 y 25 años respectivamente, a lo largo de su vida en común fueron muy felices consiguiendo formar una gran familia con su hija, yerno y la multitud de nietos y bisnietos que tuvieron la suerte de conocer.

Cuando nació su hija en 1947, Josep tomó la decisión de ejercer la profesión, esta vez no encontró ningún impedimento. Se dio de alta en el Colegio de Lleida con el nº 065, ejerció en su consulta privada y como practicante en las empresas: MADE, una empresa metalúrgica durante 9 años (1955-1964); otros 9 años en Autotractor (1974-1983) y en la San Miguel de 1977 a 1991. Ocupó también una plaza interina como APD del Seguro durante unos meses en 1979. Trabajó principalmente por las tardes como practicante, manteniendo su trabajo de mañana en la Cámara de la Propiedad Urbana.

Jubilado desde de 1991, su vida fue de una intensa dedicación a la profesión. Cuando debía administrar penicilina cada 3 horas en los domicilios, llegó a quedarse a dormir en casa de los pacientes con el fin de asegurar el tratamiento. Le encantaba ir a visitar los enfermos a sus domicilios, torres y casa de payes, primero iba con bicicleta y más tarde con su moto-vespa. Las prácticas más usuales eran las de administrar medicación intramuscular y venosa; tomar la tensión arterial; hacer curas y vacunar. Eran tratamientos encaminados a las enfermedades más frecuentes de la época: tuberculosis con las consiguientes hemoptisis, el tifus y las enfermedades venéreas. Como persona inquieta por su profesión y por su experiencia contable, Josep formó parte de la Junta del Colegio de Lleida como tesorero de la sección de Practicantes entre 1954 a 1958.

CONCLUSIONES

El análisis del relato del Sr. Josep Cabús nos aporta luz sobre la formación y desarrollo profesional del Practicante en un periodo convulso de nuestro país. Después de profundizar en su recorrido profesional, desde su experiencia como practicante militar y ejerciendo amplia e intensamente su profesión a partir de 1947 hasta la década de los 90 que se jubiló, podemos concluir, que su participación activa en el desarrollo de la enfermería, merece reconocerlo como uno de los precursores de la enfermería del trabajo y de la empresa, así como de la enfermería familiar y comunitaria en Lleida.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Pujadas J. El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales. 2ª ed. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1992; 59-84.
- 2 Amezcua M, Hueso C. Cómo elaborar un relato biográfico. Arch Memoria, 2004; 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/metodologia.php> Consultado el 13 de Marzo de 2017.

NICOLÁS BARAJUÁN, PRESIDENTE DEL COLEGIO DE PRACTICANTES DE ÁLAVA ENTRE 1907 Y 1918

NICOLÁS BARAJUÁN, PRESIDENT OF THE COLLEGE OF PRACTITIONERS OF ÁLAVA (SPAIN) BETWEEN 1907 AND 1918

Manuel Ferreiro Ardións

Comisión de Historia y Humanidades del Colegio de Enfermería de Álava
Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea

Juan Lezaun Valdubieco

Comisión de Historia y Humanidades del Colegio de Enfermería de Álava
Osakidetza/Servicio Vasco de Salud

PALABRAS CLAVE: Practicante, Colegio de Practicantes, Enfermera, Álava.

KEY WORDS: Practitioner, College of Practitioners, Nurse, Álava.

RESUMEN: Se ha pretendido documentar la actividad del Colegio de Practicantes de Álava entre su fundación y la "Gran Asamblea" (1902-1921) a partir de su presidente Nicolás Barajuán. El Colegio participa activamente en las Asambleas Nacionales y en la prensa profesional con demandas y quejas similares a las de otras provincias: caciquismo e intrusismo como problemas principales y llamamiento a la unidad de acción como respuesta. En ausencia de una unión nacional, el colegio alavés logra al menos una asociación supraregional. Su continuidad, frente al cierre guipuzcoano y vizcaíno, se debe a un grupo mínimo de practicantes que ejercen en la misma localidad, Vitoria.

ABSTRACT: It has been intended to document the activity of the College of Practitioners of Álava between its foundation and the "Great Assembly" (1902-1921) since its president was Nicolás Barajuán. The College participates actively in the National Assemblies and in the professional press with demands and complaints similar to those of other provinces: caciquismo and intrusismo as main problems and call for unity of action as an answer. In the absence of a national union, the College of Álava achieves at least one supraregional association. Its continuity, Bearing in mind the closure of Colleges of Guipúzcoa and Vizcaya, Thanks to a minimum group of practitioners who practice in the same locality, Vitoria.

INTRODUCCIÓN

El 4 de marzo de 1902, quizá en relación con la convocatoria de la 1ª Asamblea Nacional de Practicantes que se celebró en mayo de ese año¹, se presentaron los estatutos del “Colegio Provincial de Practicantes de Álava” teniendo como objeto el “*Fin colectivo y auxilio*”²; esto es, la defensa de la profesión y el auxilio mutuo.

No se conserva documentación directa de ese primer Colegio, pero su activa participación en las Asambleas Nacionales y en las publicaciones periódicas de aquellos años nos permitieron identificar a 28 colegiados alaveses entre 1902 y 1910 que, a tenor de sus hechos y sus escritos, dieron fe de cumplir adecuadamente con la defensa colectiva de su profesión. Como dejó escrito Ángel Caro, practicante en un pequeño pueblo alavés, “*si llegase el día de la derrota, podremos exclamar: Hemos sido vencidos, pero no por nuestra culpa*”³.

Este espíritu indómito es aún más sorprendente por cuanto el panorama de su profesión se describía, en las mismas publicaciones en que Caro se expresaba, de una manera totalmente desoladora y profundamente pesimista. Y fue quizá ese ánimo el que permitió la continuidad del Colegio alavés frente al cierre de otros próximos, como el vizcaíno y guipuzcoano, en aquellas primeras décadas del siglo XX.

Así pues, cómo no preguntarse por quiénes fueron aquellos practicantes de principios del siglo XX que pusieron en marcha el Colegio alavés, especialmente ese puñado que más activamente participa en la vida del Colegio alzando la voz en defensa de una profesión agónica.

OBJETIVO

Documentar la actividad del Colegio de Practicantes de Álava en el periodo comprendido entre su fundación y la Gran Asamblea de Practicantes (1902-1921) a partir de la figura de Nicolás Barajuan.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica y documental del periodo 1875-1925 acotada a los 28 colegiados identificados. Las fuentes primarias han provenido de los diferentes archivos de la provincia de Álava: Archivo Municipal de Vitoria (A.M.V.), Archivo del Territorio Histórico de Álava (A.T.H.A.), Archivo Histórico Provincial de Álava (A.H.P.A.), Archivo Histórico Diocesano de Vitoria (A.H.D.V.) y Fundación Sancho el Sabio (F.S.S.); así como de prensa local: *El Anunciador Vitoriano* y *Heraldo Alavés*; y profesional: *Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía*, *La Cirugía Menor*, *Federación Sanitaria*, *Medicina y Cirugía Auxiliar*.

La búsqueda inicial solo produjo resultados más allá del nombre y profesión en 14 de los 28 practicantes identificados como colegiados (un 50%). Y de ellos, solo en 5 casos documentamos una participación activa y continuada en el Colegio, entre los que sobresalía Nicolás Barajuán. Por este motivo se decidió vertebrar los resultados de la vida del Colegio alavés a inicios del siglo XX sobre sus retazos biográficos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Nicolás Barajuán San Vicente se bautizó en Vitoria el 5 de mayo de 1879⁴, realizó estudios de bachiller y, al menos, aprobó el primer curso de preparatorio de Medicina, estudios que no llegó a culminar pero que en cualquier caso destaca como mérito en su ficha personal del Ayuntamiento de Vitoria⁵.

Ya titulado como practicante de medicina y cirugía no es hasta 1906 cuando empezamos a tener noticias profesionales del mismo. En marzo aparece como secretario del Colegio de Practicantes de Álava⁶ y en abril accede a una plaza de practicante municipal supernumerario en el Ayuntamiento de Vitoria.

Aquel año -no sabemos desde cuándo- figura como presidente del Colegio Gabriel López, de 52 años, practicante que había trabajado en el Hospital de Santiago de Vitoria hasta 1879, momento en que lo abandona para ejercer por cuenta propia según hace constar en su renuncia (al menos en 1898 se anuncia como callista)⁷. En realidad, muy probablemente dejó el hospital al ver truncadas sus posibilidades de promoción en el mismo, ya que la Junta de Gobierno del hospital decide aquel año y tras la muerte de su inmediato superior, el Practicante Mayor Manuel Garmendia, ocupar esa plaza con un médico en lugar de hacerlo con un practicante, condenando a los dos Practicantes Segundos del hospital a seguir como tales el resto de su carrera con un salario misérrimo⁸. Situación que fue temporal pero que anticipa el malestar de los practicantes por el intrusismo médico.

Al año siguiente, el 28 de abril de 1907, festividad de San Prudencio patrono de la Provincia, se elige una nueva Junta Directiva en el Colegio siendo elegido presidente Nicolás Barajuán⁹, quién ocupará ese puesto hasta 1918. La elección se realiza en un local externo -el Real Ateneo de Vitoria- ya que el Colegio desde su creación carecía de sede, siendo frecuente a partir de entonces la realización de las Juntas en casa del propio presidente.

Como vocal de esa nueva Junta aparece Fausto Ruíz Cerro, otro practicante histórico que como López también había abandonado el hospital de Santiago. En este caso al casarse en 1881, ya que los practicantes debían estar entonces solteros para trabajar en el hospital⁸, muestra igualmente de la penosa situación de la que venían los practicantes que afrontaron la creación del Colegio. La obligación de soltería se anularía en 1901.

Constituida la nueva Junta, el Colegio de Álava envía a un representante a la Asamblea Nacional de Practicantes -Celso Quintana, vocal en la Junta cesante- y se suma a la iniciativa de crear un órgano de expresión con aspiración nacional que derivará en la publicación mensual *Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía*. El boletín no logra ni mucho menos una adhesión generalizada de los Colegios españoles y, quizá por ello, destaca en su cabecera a quienes sí participan: *“los Colegios unidos de Valencia, Málaga, Álava, Teruel y Orgaz, de Toledo; y en oficio también y en las mismas condiciones, pero sin ser propietarios por consideraciones económicas, de los Colegios de Barcelona, Valladolid, Palencia, Benavente, Murcia y Toledo”*. La implicación del Colegio alavés va más allá de la aportación económica -cuestión que como vemos fue importante condicionante en la movilización de los distintos Colegios- designándose como altavoz de

las inquietudes del mismo a un redactor, Sergio Crespo Muro -de 20 años e hijo del practicante Bruno Crespo quien había sido miembro de la anterior Junta de Gobierno del Colegio-, que acababa de lograr el título de practicante¹⁰.

Por su parte, Nicolás Barajuán asegura su plaza en el Ayuntamiento pasando a ser Practicante municipal efectivo el 22 de marzo de 1907⁵, si bien complementa ese trabajo con otras actividades privadas. Como su predecesor en el cargo de presidente, anuncia en la prensa local una consulta de callista en una importante calle de Vitoria¹¹ y participa también en la Cruz Roja, donde es nombrado junto a otros compañeros como practicante de dicha organización “*para dos camillas organizadas*”¹⁰ en 1908.

Debido a la existencia de un redactor del Colegio para el *Boletín* de Practicantes no encontramos más firma que la de Sergio Crespo en los artículos desde Álava, pero es de suponer un cierto consenso y aquiescencia en cuantos temas se envían al *Boletín* desde la provincia. De entre las temáticas, sobresalen por recurrentes la referente al papel del practicante como auxiliar médico, la de los bajos salarios y la del llamamiento a la unidad y movilización del colectivo ante una situación presente de la profesión “*tan negra para nosotros, tan preñada de nubarrones*”¹⁰.

Respecto a la primera, la posición del Colegio alavés no difiere de la mantenida por los distintos órganos de expresión de la profesión a nivel nacional y es clara su posición defendiendo el papel de los practicantes como auxiliares de médicos y cirujanos, aspirando -como proponía *La Cirugía Menor* en boca de su Director- a ser “*el primer escalón de la medicina*”¹². Esta aspiración se exterioriza en Álava en 1908 al cambiar el nombre del Colegio y sus estatutos a “*Colegio de practicantes de medicina y cirugía (sic) de Vitoria y su provincia*”¹³, expresión que por otra parte era la que adoptaba el *Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía* y defendía en sus páginas: “*Realmente; el nombre de Practicante nada dice y menos significa y, al definirle, la ley expresa y nos califica de Auxiliares del Médico y Cirujano; nada más exacto y en armonía con la verdad*”¹⁴. Más chocante resulta el cambio de Álava por Vitoria, si bien es cierto que 20 de los 28 colegiados identificados ejercían en la capital.

Respecto a la segunda temática, la pobreza de los salarios está referida al empleo municipal que cubría la asistencia benéfica, un mal general en toda España que obliga al pluriempleo como hemos señalado para el propio Barajuán. En el caso que nos ocupa es curioso que la denuncia la firme el redactor Sergio Crespo, ya que va a confirmar una advertencia que hizo Carlos Chies, fundador de *La Cirugía Menor*, en el número del 20 de febrero de 1908: “*Fuera de la Armada, donde logra consideración y tiene un porvenir que conquistar con su aplicación y su trabajo, no hay sitio en que el practicante pueda vivir con decoro y holgura*”. En julio de 1909 anuncia su marcha a la Armada a Ferrol¹⁵.

Finalmente, respecto a la tercera temática, el Colegio de Álava achaca fundamentalmente al caciquismo y el intrusismo la penosa situación de la profesión. Males generales que se denuncian también desde otros muchos colegios, pero desde Álava se circunscribe el caciquismo al ámbito rural -aunque nos parece que desligar Vitoria del caciquismo en pleno “*Datismo*” resulta inverosímil- y el intrusismo se ciñe al ejercido por los estudiantes de medicina.

Las tres temáticas transmiten la impresión de encrucijada vital para la profesión. A la

expectativa de formar parte de la carrera médica -infructuosa desde la Ley de Instrucción Pública de Moyano medio siglo atrás- se le contraponen la usurpación laboral en un contexto de bajos salarios que obliga al pluriempleo. Que desde Álava no se mencione a las enfermeras -lo que sí se hace desde Madrid en *La Cirugía Menor*- podría explicarse por la inexistencia de Escuelas o tituladas en Vitoria, si bien los vizcaínos señalan acusativamente a las Hermanas de la Caridad¹⁶ y dicha congregación también está presente en Vitoria. Por su parte, señalar a médicos y estudiantes de medicina -a pesar de que no será hasta 1929 cuando en el hospital Santiago se cree el "cuerpo de alumnos ayudantes"⁸- podría tener su explicación en el antecedente reseñado de sustituir al Practicante Mayor por un médico ayudante de otros médicos. Lo que opinarían de estas cuestiones Barajuán, médico frustrado, y López, su antecesor en la presidencia y víctima del intrusismo, es parte seguramente también de ese momento crítico de indefinición de la profesión.

El penoso panorama que dibuja mes a mes el *Boletín* promueve diversas manifestaciones en pos de la unidad de acción y, en el caso del Colegio alavés, la búsqueda de esa acción unitaria será precisamente la tarea de los siguientes años bajo la presidencia de Barajuán.

Las primeras noticias son de junio de 1909 cuando a instancias del Colegio alavés se pretende crear una *Unión Regional* con Guipúzcoa, Vizcaya y Navarra siguiendo el ejemplo médico que había creado una asociación vasco-navarra. La iniciativa que al parecer es bendecida desde Madrid, especialmente porque hasta entonces guipuzcoanos, vizcaínos y navarros se habían desentendido de todos los movimientos asociativos y asamblearios realizados, a pesar -dice el *Boletín de los Colegios...*- que "*debieron encontrarse en primer término por contar disponibles más medios que otros muchísimos compañeros*"¹⁷ no progresa desde los primeros contactos. No están claros los motivos, sin embargo, excepto el Colegio de Álava, el resto irá cerrando sus puertas en los años siguientes.

¿Por qué cierran unos y el de Álava se mantiene? La cuestión económica no parece explicarlo por sí sola. No hay duda de su importancia, pensemos en cómo lo subraya en su encabezado el propio *Boletín de los Colegios*, pero no parece razonable pensar que guipuzcoanos y vizcaínos -y así lo acabamos de remarcar en boca del *Boletín*- padecieran más penurias económicas que los alaveses (por ejemplo, frente a los 28 colegiados de Álava, el Colegio de Guipúzcoa contaba en 1904 con 80 socios)¹⁸. De ahí que nos planteemos otros elementos a tener en cuenta como la cohesión del grupo:

Carecemos del censo total de practicantes que ejercían en Álava a primeros del XX, pero teniendo en cuenta que localizamos a algunos en pequeñas localidades, podría aventurarse que los 28 colegiados identificados representaban menos del 50% de los practicantes alaveses. Además, que 20 de los 28 ejerzan en Vitoria apunta a un carácter urbano que, además, desean reforzar con el cambio de denominación en 1908 de "Álava" a "Vitoria y su provincia". Si 28 es ya un número reducido, apenas es un tercio el que documentamos -en algún momento de los veinte años que estudiamos- vinculado directamente con la actividad del Colegio o sus iniciativas. Número que rebajamos a cinco si buscamos algo de continuidad en esa participación. Por tanto hablamos de un grupo mínimo, aparentemente cohesionado, que se intercambia en los puestos de las Juntas y

en los que el liderazgo de Nicolás Barajuán parece claro. Cabe preguntarse cuánto debe el mantenimiento del Colegio en esos primeros años a ese compadreo entre cinco practicantes de Vitoria, la única gran población en la provincia, frente a la desaparición de los colegios vizcaíno y guipuzcoano, provincias más pobladas y con varias poblaciones grandes además de sus capitales que, tal vez, generara grupos de intereses contrapuestos.

En cualquier caso, y pese al mantenimiento del Colegio alavés, da la impresión de ser mera supervivencia nominal habida cuenta de las informaciones sobre su actividad, que son muy esporádicas y circunstanciales. La cuestión de la asociación regional no se retoma hasta 1917, reabiertas las puertas del Colegio vizcaíno el año anterior, en que vuelve a plantearse la posibilidad de una federación regional incluyendo al Colegio de Logroño, donde se celebra la primera asamblea. Una de las primeras acciones propuestas fue la de impulsar la reapertura de los colegios en Guipúzcoa y Navarra, en la que los alaveses Nicolás Barajuán y Simón Grizuela tuvieron un papel destacado¹⁶. Al año siguiente, tras la asamblea celebrada en Álava el 21 de mayo y tras aprobarse un proyecto de este Colegio, el 24 de septiembre de 1918 se constituía la “Unión Regional de Practicantes del Norte de España”, teniendo como miembros los colegios de Álava, Guipúzcoa, Logroño, Santander, Navarra y Vizcaya, asumiendo la representación de la Unión para ese año y el siguiente el Colegio alavés¹⁶.

Sería la última acción por parte de Barajuán desde la presidencia del Colegio, ya que ese año la cede a Bruno Crespo. Se mantenía por tanto la endogamia.

El cese no parece casual y se explicará en breve por otra despedida más dramática para la profesión. Al año siguiente, en 1919 y tras la dura prueba de la epidemia de gripe en Vitoria -donde Barajuán aparece en las brigadas de desinfección que puso en marcha el ayuntamiento en octubre de 1918-, Barajuán aprovecha las oportunidades de movilidad dentro del Ayuntamiento para dejar su puesto de practicante municipal y pasar al cuerpo de la guardia municipal, lo que es sin duda una nueva muestra de la precariedad de la profesión de practicante. Permanecerá en el cuerpo hasta diciembre de 1923, llegando a ser jefe de la misma en claro paralelismo a su faceta de líder en el Colegio. Posteriormente ejercerá de inspector de obras interino y de escribiente en las oficinas centrales del Ayuntamiento para, finalmente, volver como practicante de la Beneficencia Municipal en 1932 -quien sabe si movido por las expectativas profesionales de la República que truncaría la guerra civil- donde permanecerá hasta su jubilación, con 70 años, el 7 de junio de 1949⁵.

Nicolás Barajuán San Vicente fallece en 1962 a los 83 años de edad¹⁹.

CONCLUSIONES

La activa participación desde el inicio del Colegio alavés en los movimientos asociativos nacionales de los practicantes, sugiere una íntima relación entre estos movimientos y su creación en 1902.

Su constitución tiene visos de ser un movimiento impulsado por practicantes urbanos de Vitoria, más que general de la provincia.

La dirección del Colegio en su primera década depende de un grupo mínimo de colegiados que se intercambia los puestos de la Junta y en el que Barajuán tiene un

indiscutible liderazgo, lo que tal vez favoreció la continuidad del Colegio frente al cierre de otros Colegios cercanos.

Las aspiraciones y quejas manifestadas no difieren de las expresadas por otros Colegios: caciquismo e intrusismo como problemas principales y llamamiento a la unidad de acción como respuesta.

El papel del Colegio de Álava en la “Unión Regional de Practicantes del Norte de España” le sitúa como líder regional en aquellos años.

La trayectoria profesional de Barajuan apuntala la idea de precariedad del Practicante a principios del siglo XX.

REFERENCIAS DOCUMENTALES Y BIBLIOGRÁFICAS

1. González García A, Cerrillo Patiño, JR. Orígenes de la colegiación de los practicantes en Cuenca. Notas de una primera aproximación. En: Álvarez Nebreda CC, Hernández Martín FJ. (Ed). El asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión: 150 años de historia del Colegio de Enfermeras de Madrid (1862-2012). Madrid: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid; 2013. p. 509.
2. A.H.P.A. 27467. Registro de asociaciones, fol. 74 r. Inscripción nº 163.
3. Caro A. La Cirugía Menor. 1905 Abr;8.
4. A.H.D.V. 08933/002-00.
5. A.M.V. Personal. EP/2-26.
6. La Cirugía Menor. 1906 mar;30.
7. El Anunciador Vitoriano. 21 Abr 1898.
8. Ferreiro Ardións M, Lezaun Valdubieco J, Pradell González A. La enfermería y el Hospital Santiago en la Vitoria del S.XIX. Vitoria: Colegio Oficial de enfermería de Álava (ed.). 2006. 144 p.
9. La Cirugía Menor. 1907 May;57.
10. Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía. 1908 May.
11. Herald Alavés. 9 Mar 1908.
12. La Cirugía Menor. 1905 Sep;5.
13. Reglamento del Colegio de practicantes de medicina y cirugía de Vitoria y su provincia. Vitoria: Imprenta de Domingo Sar; 1908. Hay copia en la Fundación Sancho el Sabio de Vitoria.
14. Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía. 1908 Abr.
15. Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía. 1909 Jul.
16. Federación Sanitaria, Órgano Oficial de las Asociaciones Sanitarias Regionales. 1919 Mar;16(II):21-25.
17. Boletín de los Colegios de Practicantes de Medicina y Cirugía. 1909 Jun.
18. Colegio Oficial de Enfermería de Guipúzcoa [Internet]. [citado 12 Ene 2017]. Disponible

en: <http://www.coegi.org/Contenidos/Ficha.aspx?IdMenu=72cade68-f0b2-4f19-82da-633cde05bc72&Idioma=es-ES>

19. Medicina y Cirugía Auxiliar. Boletín cultural e informativo del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios de España (Sección Practicantes). 1962 Oct;(XXIII):12.

**ANÁLISIS PROSOPOGRÁFICO DE MERCEDES MILÁ Y CARMEN
CAVESTANY: SU PARTICIPACIÓN EN LOS ÓRGANOS COLEGIADOS**

**PROSOPOGRAPHIC ANALYSIS OF MERCEDES MILÁ AND CARMEN
CAVESTANY: ITS PARTICIPATION IN COLEGIATEORGANS**

María del Mar Gómez Sánchez

(Grupo de Investigación CTS 966 HSI (Historia de Salus Infirorum))

Rodrigo Gutiérrez López

(Grupo de Investigación CTS 966 HSI (Historia de Salus Infirorum))

Francisco Glicerio Conde Mora

(Grupo de Investigación CTS 966 HSI (Historia de Salus Infirorum))

PALABRAS CLAVES: Prosopografía,
Colegio, Enfermería, Salus Infirorum

KEY WORDS: Prosopography, Board of
Nursing, Nursing, Salus Infirorum

RESUMEN: En la presente trabajo realizaremos un estudio prosopográfico de dos enfermeras, D^a Mercedes Milá y D^a Carmen Cavestany. Ambas fueron referentes en la enfermería española. En esta comunicación profundizaremos en su gestión al frente de órganos colegiados de la enfermería como el Consejo Nacional de Enfermería y el Colegio de Enfermería de Madrid.

ABSTRACT: In this work we will carry out a prosopographical study of two nurses, Ms. Mercedes Milá and Ms. Carmen Cavestany. Both were referents in Spanish nursing. In this communication we will deep in their management in front of professionals associations bodies of the nursing like the National Board of Nursing and the Nursing Council of Madrid.

OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio es el análisis prosopográfico de dos enfermeras destacadas por su trabajo a través del Colegio de Enfermería y Salus Infirmorum. Nos referimos a D^ª Mercedes Milá y Carmen Cavestany, además de fundadora de las Damas Auxiliares de la Sanidad Militar, Presidenta la primera del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarias (Sección Enfermeras) y la segunda del Colegio de Enfermeras de Madrid desde el año 1967.

FUENTES

Las fuentes hemerográficas nos permiten conocer gran cantidad de datos que ponen de relieve el esfuerzo que realizaron. También consultamos las revistas especializadas en enfermería y los Boletines de los Colegios de ATS.

METODOLOGÍA

La selección de una bibliografía científica y de calidad se ha realizado gracias a las siguientes Bases de Datos como CINDOC del CSIC, Dialnet o PUBMED. La bibliografía seleccionada complementa y contextualiza las fuentes que hemos encontrado en diversos archivos y hemeroteca de la prensa española de los años cincuenta, sesenta y setenta, años clave en la evolución de la enfermería.

RESULTADOS

Las fuentes consultadas ponen de relieve como estas enfermeras vinculadas a la Hermandad de Enfermeras Salus Infirmorum, permitieron la evolución de la profesión enfermera a través de su trabajo en los órganos colegiados de la profesión

CONCLUSIONES

En conclusión podemos afirmar tras el análisis de las fuentes consultadas:

- De especial relevancia la aportación tanto de Mercedes Milá como de Carmen Cavestany a la evolución colegial en enfermería
- Proyección de su labor profesional enfermera en la vida pública
- Su labor al frente de los Colegios fue importantísima en la dignificación de la profesión.

Análisis prosopográfico de Mercedes Milá y Carmen Cavestany: Su participación en los órganos colegiados.

Hasta el siglo XIX, las funciones que ejercen los profesionales que practicaban la enfermería, podríamos clasificarlas en tres ramas: asistentes a partos, dentistas y callistas.

Es en 1896, cuando un médico gaditano, Rubio y Gali, crea en un hospital privado, la primera escuela de enfermeras. En 1904, se decreta la necesidad de que se posea un título oficial, para poder trabajar en una institución sanitaria. Con la Ley de Instrucción Pública, permitiendo creando las bases necesarias, en materia de políticas sanitarias.

Pero no es hasta el 7 de Mayo de 1915, cuando el ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, D. Saturnino Esteban Miguel y Collantes, del gobierno de Eduardo Dato, firma la Real Orden por la que la enfermería deja de ser una práctica del cuidado de mujeres, religiosas o no, y se convierte en una profesión. Por supuesto con la reacción adversa de los practicantes, aunque posteriormente la profesión de unos y de otras se complementarían (1).

Para hablar de la colegiación enfermera en España y su historia, se debería reivindicar y difundir entre las nuevas generaciones las figuras de Mercedes Milá y Carmen Cavestany, además de Salus Infirmorum y su fundadora María de Madariaga y Alonso.

El 22 de Septiembre de 1895, en la ciudad de Barcelona, nace Mercedes Milá Nolla, hija de un Comandante de Marina en Ceuta, fue en ese tiempo cuando su familia crea lazos con el Teniente Coronel de la Legión Francisco Franco.



(2) http://www.fnff.es/Mercedes_Mila_Nolla_la_abnegacion_913_c.htm

En 1921, ya en Madrid Mercedes Milá obtiene el carnet como Dama de primera clase de la Cruz Roja el día 3 de Julio. En 1927, cursó los estudios de dirección de escuelas y hospitales, con una beca de la Fundación Rockefeller, en el Belford College de la Universidad de Londres, lo que la posibilita para la gestión hospitalaria (2).

Son los siguientes años, los comprendidos entre 1923 y 1930, durante la Dictadura de Primo de Rivera, donde se produce un gran avance en la colegiación de profesionales no facultativos con la creación de la Escuela Nacional de Sanidad (1924).

También se aprueba el Reglamento de Sanidad Municipal y Provincial en 1925. Esto hace que las profesiones de los Practicantes, matronas y enfermeras se consoliden.

El gobierno de esta época, y después de la V Asamblea General de Colegios de Practicantes de España, conceden poder jurídico a los colegios oficiales mediante la Real Orden de 28 de diciembre de 1929, de esta manera los profesionales sanitarios que quieran ejercer como practicantes deben colegiarse (3)

Un año más tarde, en 1930 se aprueba la Real orden de 7 de Mayo, obligando así a las matronas a colegiarse. No es hasta 1931, cuando se va consolidando las funciones y labores propias del cuidado de la enfermería.

Durante la II República, Mercedes Milá fue nombrada el 1 de Julio de 1934 Presidenta de la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias, unos meses más tarde el 9 de Septiembre de este mismo año fue nombrada Secretaria de la Escuela de Instructoras de Sanidad. (B.O.E. n 256).

En este año se aprueba en España la Ley de Coordinación de los Servicios Sanitarios, que más adelante dará origen al Ministerio de Sanidad, ley de gran importancia para la estabilización en la Sanidad española. En 1935, sale a la luz el Reglamento que regula el trabajo de los practicantes, que será decisivo para los cuidados en la contienda que tendrá lugar en nuestro país entre los años 1936-1939, La Guerra Civil Española (4).

Durante 1935 Mercedes Milá crea la Escuela de Enfermeras Sanitarias, que depende de la Dirección General de Sanidad y en la que ella será profesora.

Ya durante la Guerra Civil será la encargada de organizar el personal de enfermería en el Hotel Ritz, transformado por el bando Republicano en Hospital de campaña para ayudar a los heridos. Alertada de que estaba siendo perseguida se pone en contacto con la secretaria del Congreso Internacional de Enfermeras de la Cruz Roja, Anna Schwarzenberg, quien la reclama inmediatamente para que se incorpore a trabajar en Suiza.

Posteriormente regresa a Francia y pasa la frontera a España, para ponerse en contacto con el Caudillo, el cual la nombra directora de la enfermería de los hospitales. Tal es el éxito de la organización de los servicios que será nombrada el 24 de mayo de 1937

Inspectora General de los Servicios Femeninos de los Hospitales, desempeñando esta función durante toda la Guerra (B.O.E. n 157 de Agosto de 1937). Es en esta época donde inicia su relación con María de Madariaga y Alonso, a la que nombra el 15 de Abril de 1937, Inspectora Delegada de los Servicios Femeninos de Hospitales (5).

Más tarde apoyará a ésta en la creación de la Hermandad Salus Infirmorum, así como a los abundantes proyectos en pro de la enfermería española que María de Madariaga y Alonso realizó a lo largo de su vida.

En el año 1940, es nombrada Regidora de Enfermeras de FET y de la JONS y en 1947, va como representante al Consejo Internacional de Enfermeras, pero no es hasta 1956 cuando consigue el ingreso como miembro activo en Franckfurt. En 1952 crea la Asociación de Enfermeras que después, se convierte en Colegio Oficial de ATS femenino, sección de Enfermeras.

Esta diferenciación entre ATS masculinos y femeninos, se manifiesta con las declaraciones del presidente del Consejo Nacional de ATS, el Sr. Riudavents, cuando dice que: "Nosotros no somos ayudantes, porque en el 98 o 99 por ciento de las veces no ayudamos nadie en el ejercicio de nuestra función, sino que la realizamos solos" (6).

A lo que Carmen Cavestany, presidenta del colegio de enfermeras de Madrid, le contesta que a las enfermeras no les ofende el uso de la palabra "ayudante" para denominar lo que para ella era en ese momento una profesión auxiliar a la del médico. Las enfermeras se consideraban colaboradoras y ayudantes, y se sentían orgullosas de colaborar con sumisión y respeto (7).

Carmen Cavestany Pardo-Valcárcel nace en Madrid y cursa estudios en España y Francia. En 1950 pasa pertenecer a la Renfe, en el servicio de enfermeras visitadoras, del que era fundadora Mercedes Milá. Realiza curso de especialización en 1955, en Turquía, becada por la OMS, sobre tuberculosis. Curso que posteriormente le vale para hacerse cargo como Delegada General de Enfermeras del Patronato Nacional Antituberculoso (8).

Forma parte de la Hermandad Salus Infirmorum, e incluso ejerce por un tiempo de



D^a Carmen Cavestany y D^a Isabel Resille en un Congreso del CICIAMS Fuente: Archivo personal D^a Isabel Resille Bernal

presidenta en funciones en el año 1996. Así lo recoge la profesora Elena Chamorro en sus tesis doctoral. Para concluir debemos recalcar cómo, dentro de la Hermandad Salus Infirmorum y en el marco de su relación con María de Madariaga y Alonso, Carmen Cavestany instó a las enfermeras a que tomaran conciencia de que la vejez debía ser un tema de estudio de su labor profesional, proponiendo la inclusión de la geriatría en los planes de estudios.

Estas mujeres, D^a Mercedes Milá, D^a Carmen Cavestany y D^a María de Madariaga, contribuyeron a que otras mujeres consiguieran el derecho a la participación en la sociedad, a la cultura y a la formación. Un colectivo, el de las enfermeras, que se veía relegado a practicar cuidados sin una adecuada formación e información. María, Mercedes y Carmen profesaron la capacitación profesional de las enfermeras desde los cargos dentro de las escuelas y colegios de enfermería. Han sido pioneras, un tanto olvidadas, de la enfermería española, que abrieron la posibilidad de conseguir más metas de forma distinta a lo que estaba establecido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calvo-Calvo MA. 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.
2. FNFF: Fundación Nacional Francisco Franco [Internet]. Madrid: FNFF; c2005 [citado 5 feb 2017]. Disponible en: http://www.fnff.es/Mercedes_Mila_Nolla_la_abnegacion_913_c.htm
3. Ángel PR. Del sangrador y la partera al Colegio Oficial de ATS (1804-1955). *Apunt Cienc*. 2016; 6(1):17.
4. Quintairos Domínguez S. Del practicante a la enfermera. 150 años de desarrollo profesional: El papel de los Colegios Profesionales. Tesis doctoral. Universidad de A Coruña. Departamento de Ciencias de la Salud, 2008.
5. Conde Mora FG. El archivo histórico de la Asociación Salus Infirmorum de Cádiz: un referente para la investigación en la Historia de la Enfermería. C.U. Salus Infirmorum. 2012.
6. Riudavets E. *Revista avanza*. 1971;(26).
7. Cavestany C. El Colegio de Enfermeras y Ayudantes Técnico Sanitario (Sección Enfermera) de Madrid, opina. *Caridad, Ciencia y Arte*. 1971;(25):5-6.

8. Garrido M. Carmen Cavestany, Delegada General de Enfermeras del Patronato Nacional Anti-tuberculoso. *Caridad, Ciencia y Arte*. 1972;(4):4.
9. Chamorro Rebollo E. La influencia de María Madariaga y de Salus Infirmorum en la Enfermería española en la última mitad del siglo XX. Universidad de Alicante. 2015.

**D^a MARÍA ABAURREA, RECTORA DE SALUS INFIRMORUM DE CÁDIZ. SU
RECONOCIMIENTO POR EL CONSEJO NACIONAL**

**D^a MARIA ABAURREA, "SISTER SUPERIOR" OF SALUS INFIRMORUM (CÁDIZ).
RECONIGNITION OF GENERAL COUNCIL NURSING**

Francisco Glicerio Conde Mora

Grupo de Investigación CTS 966 HSI (Historia de SalusInfirmorum)

Concepción Mata Pérez

Grupo de Investigación CTS 966 HSI (Historia de SalusInfirmorum)

Isabel Lepiani Díaz

Grupo de Investigación CTS 966 HSI (Historia de SalusInfirmorum)

PALABRAS CLAVE: Consejo Nacional de Enfermería, Salus Infirmorum, Enfermeras.

KEY WORDS: General Council Nursing, Salus Infirmorum, Nurses.

RESUMEN: En el presente trabajo analizamos la vida de D^a María Abaurrea Álvarez-Osorio. Desde sus orígenes hispalenses, estudiaremos su participación junto a D^a María de Madariaga y Alonso en la Hermandad de Enfermeras Salus Infirmorum, centrándonos principalmente en su gestión como Rectora de la Escuela de Enfermería Salus Infirmorum de Cádiz.

ABSTRACT: In the present work we analyze the life of D^a Maria Abaurrea Álvarez-Osorio. From his sevillian origins, we will study his participation close to D^a Maria de Madariaga and Alonso in the Brotherhood Salus Infirmorum, principally on his management as Sister Superior of "Salus Infirmorum" Nursing School of Cádiz.

OBJETIVOS

El propósito de esta trabajo es analizar la vida y obra de la Hermana D^a María Abaurrea Álvarez Osorio, enfermera, Rectora de Salus Infirmorum de Cádiz.

FUENTES

Las fuentes inéditas del Archivo Histórico de Salus Infirmorum de Cádiz permiten profundizar en la figura de D^a María Abaurrea. Los documentos que hemos utilizado son las Actas de la Escuela y su correspondencia personal. Además hemos podido tener acceso a fuentes orales, testimonios de personas que la conocieron directamente.

METODOLOGÍA

Las fuentes inéditas conservadas en el Archivo Histórico de Salus Infirmorum nos ha permitido realizar un análisis prosopográfico de María Abaurrea, describiendo su vida dedicada a la enfermería a través de Salus Infirmorum.

Para la búsqueda de una bibliografía específica para este trabajo hemos utilizado diversas fuentes, principalmente bases de datos como: Dialnet, Pubmed, Medline, Teseo, Google Scholar, Scopus, Scielo... El uso de estas bases de datos para seleccionar una bibliografía científica

RESULTADOS

Tras analizar sus inicios en Sevilla en la Juventudes de Acción Católica Femenina, analizamos su destacada presencia en la Hermandad de Enfermeras Salus Infirmorum. Desde su llegada a Cádiz en los años cincuenta del pasado siglo XX desempeñó un papel indiscutible en la formación de enfermeras en el ámbito gaditano.

FAMILIA E INFANCIA DE D^a MARÍA ABAURREA ÁLVAREZ OSORIO

Nacida en Sevilla en 1904. Hija de D. Luis Abaurrea Cuadrado, Catedrático de Física de la Universidad de Sevilla y de D^a Antonia Álvarez Osorio y Fernández Palacios. Fue la mediana de tres hijos de este matrimonio afincado en la capital hispalense (1).

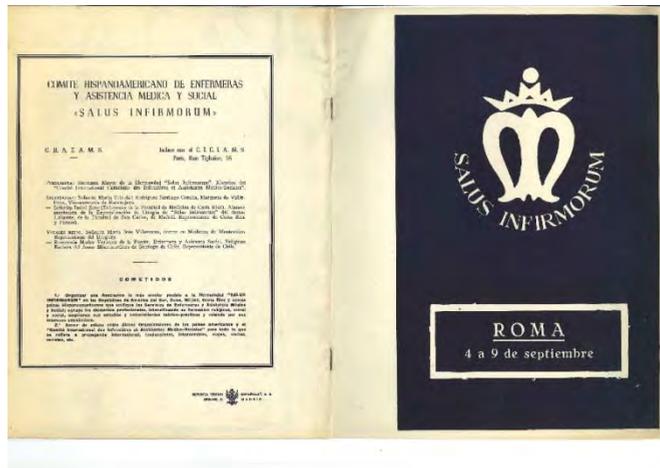
JUVENTUD EN ACCIÓN CATÓLICA DE SEVILLA

Tanto ella como su hermano mayor Francisco se destacaron en la primera mitad del siglo XX por su defensa del apostolado católico D^a María Abaurrea fue Presidenta de la Junta Femenina de Acción Católica en Sevilla los tiempos en que D^a María de Madariaga y Alonso era Presidenta de las Juventudes Femeninas de Acción Católica a nivel nacional. Son tiempos convulsos. Reinado de Alfonso XIII, II República y Guerra Civil. Las fuentes hemerográficas acreditan su participación en numerosos actos organizados por las Juventudes de AC, dando un testimonio en la vida pública de sus fe.

FORMACIÓN ENFERMERA

Tras finalizar la Guerra Civil, D^a María Abaurrea obtuvo su título de Enfermera en el año 1945, completando sus estudios en Lovaina (Bélgica) (2).

Asistió al IV Congreso del CICIAMS en Roma en septiembre de 1950 figurando en el listado de participantes a las sesiones de Matrona junto a otras enfermeras como D^a María Rosa Cardenal. (3)



MATRONAS

ENCARNACIÓN MONTANER.—Hermana Consejera de la Sección de Matronas.—Enfermera oficial.—Dama de la Cruz Roja.—Dama de Sanidad Militar.—Practicante.—Matrona.

PILAR SOCASTRO.—Secretaria de la Diócesis de la Hermandad "Salus Infirmorum", Diócesis de Madrid-Alcalá.—Enfermera oficial.—Dama de Sanidad Militar.—Instructora. Servicios de Caridad.

GUADALUPE SÁNCHEZ TORRADO.—Hermana Vicesecretaria de la Diócesis.—Enfermera oficial.—Diplomada en Cirugía de "Salus Infirmorum".—Enfermera de Caridad.

MARÍA ABAURREA.—Enfermera oficial.—Dama de Sanidad Militar.—Instructora.—Domiciliaria de los Servicios de Caridad.—Secretaria de las Hermandades Diocesanas de España.—Servicios de Caridad.

MARÍA ROSA CARDENAL.—Enfermera oficial.—Hermana Secretaria de Extranjero.—Dama de Sanidad Militar.—Diplomada en Ciegos.—Domiciliaria de los Servicios de Caridad.—Jefa de la Escuela de "Salus Infirmorum".—Servicios de Caridad.

EXCELENTÍSIMA SEÑORA MARQUESA DE VALDELEITOS.—Hermana Vicesecretaria de Extranjero.—Enfermera oficial.—Diplomada en Cirugía de "Salus Infirmorum".—Dama de Sanidad Militar.—Auxiliar del Departamento de Caridad.—Servicios de Caridad.

CARMEN GARCÍA VICTORIA.—Jefe de la Escuela Superior de Especializaciones de "Salus Infirmorum".—Enfermera oficial.—Diplomada en Cirugía de "Salus Infirmorum". Visitadora Médico Social de la R. E. N. F. E.

MARÍA CEPEDA.—Enfermera oficial.—Dama de Sanidad Militar.—Instructora de Sanidad. Visitadora Médico Social de la R. E. N. F. E.

MARÍA VICTORIA MARTÍNEZ AVIAL.—Enfermera oficial.—Dama de Sanidad Militar.—Visitadora de la R. E. N. F. E.

PALOMA ESPINOSA.—Hermana Delegada de "Salus Infirmorum" en el Instituto Nacional de Previsión.—Enfermera oficial.—Auxiliar del Servicio Médico Escolar.—Enfermera Visitadora del Seguro de Enfermedad.

Ese mismo año, gracias a la Revista Salus Infirmorum Tomo I Vol XV (1950) la encontramos en La Coruña a dar una conferencia a 80 enfermeras recién aprobada la Hermandad Salus Infirmorum en La Coruña por el Arzobispo de Santiago de Compostela D. Fernando Quiroga Palacios. (4)

Un año más tarde, en 1951 (6-26 de mayo), encontramos a D^a María Abaurrea en un Cursillo sobre Formación Misionera para Sanitarias Seglares impartiendo la materia "Enfermera y Catequista" como Secretaria de Diócesis.(5)

SU LLEGADA A CÁDIZ

Un artículo publicado en Diario de Cádiz el 4 de junio de 1953 recoge la venida a Cádiz de María Abaurrea acompañando a la Hermana Mayor D^a María de Madariaga y Alonso. Esta fuente de hemeroteca recoge un acto en el que participa la Hermana Mayor de Cádiz en esas fechas D^a Carmen Varela Iglesias.

En 1955 se incorpora a la Escuela de Cádiz D^a. María Abaurrea Álvarez-Osorio para asumir las reformas de la Escuela de A.T.S. (que ya estaba aprobada) y sobre todo, por la necesidad de incorporar un internado obligatorio para las alumnas, sustituyendo a D^a Isabel García de Polavieja y Derqui que había sido la Rectora de la Escuela en esos primeros años.



D^a María Abaurrea Álvarez-Osorio con alumnas de la Escuela de Enfermería

Fuente: AHSIC (Archivo Histórico de Salus Infirorum de Cádiz).

D^a. María Abaurrea Álvarez-Osorio, es nombrada Rectora de la Escuela en 1956. Con el nombre de la "Rectora" será conocida el medio siglo siguiente. Con esta nueva misión afronta la puesta en marcha del internado, acorde con la legislación vigente, estableciendo dicho internado en un piso de la Plaza de España de Cádiz, donde las alumnas podían cursar la carrera de ATS un total de 15 alumnas internas. Posteriormente más adelante se adquiere una casa en la calle Delicias. En esta ubicación permanecerá la Escuela hasta finales del siglo XX.

Durante la segunda mitad del pasado siglo, y bajo la dirección de María Abaurrea, Salus Infirorum seguirá formando en sus aulas a enfermeras en el carisma de Salus Infirorum. Por la documentación que se conserva en el Archivo Histórico Salus Infirorum de Cádiz, sabemos que en 1958 se aprobó la Especialidad de Asistencia Obstétrica (Matronas) y en 1970 se fue aprobada la Especialidad de Pediatría y Puericultura. La Escuela se adaptó a los nuevos planes de estudios.

**Directiva de Salus Infirmorum
Curso de 1967-1968**

Presidenta General: María de Madariaga y Alonso

Secretaría General: María Rosa Cardenal

Escuela de Madrid: Mercedes de Porras Isla-Fernández

Escuela de Cádiz: María **Abaurrea** Álvarez Osorio

Escuela de Salamanca: Dolores Méndez

Escuela de La Coruña: Concepción Torrado

Escuela de Cuenca: Coral de Luz

Jefa de Clínica de Málaga: María Teresa de la Cierva

Jefa de Clínica de Córdoba: Encarnación Martínez

Rectora de la Escuela de Fisioterapia: M^a Jesús Hernández San Juan

Escuela Diplomada de Niños: M^a Teresa Salazar



Fuente: Archivo Histórico de Salus Infirmorum de Cádiz (AHSIC)

LA EVOLUCIÓN DE LA ESCUELA SALUS INFIRMORUM DE 1978 A 1994

Bajo la dirección de D^a María Abaurrea, en 1978 la Escuela ATS "Salus Infirmorum" de Cádiz se transformó en la Escuela Universitaria de Enfermería cumpliendo con la normativa emanada del Ministerio de Educación. En estos momentos la Escuela fue adscrita a la Universidad de Sevilla, pasando a depender de la UCA cuando esta Universidad fue creada.

Dos años más tarde, en 1980 se crea una Sección de Formación Profesional en la Rama Sanitaria de Técnicos en Laboratorio, estudios de Formación Profesional que continúan impartándose en Cádiz, en el edificio de Pío XII.

La vinculación de los estudios de la carrera de Enfermería a la Universidad de Cádiz - que continua en nuestros días- fue renovada en 1992 con el convenio de Adscripción firmado entre el Rector D. José Luis Romero Palanco y nuestra "Rectora" D^a María Abaurrea Álvarez Osorio. Este convenio de adscripción se ha ido renovando con modificaciones hasta la actualidad datando la última renovación del año 2014.

Al final de su vida toda la labor realizada en pro de la Iglesia y de la Enfermería, fue reconocida, siendo homenajead por la Santa Sede, la Armada y el Consejo Nacional de Enfermería. Detallamos ahora las condecoraciones que le fueron otorgadas:

- Cruz Pro Ecclesia e Pontifice (1990)

Por toda esta vida de servicio a la Iglesia y a la enfermería en 1990 el Papa San Juan Pablo II (1978-2005) le concedió la Cruz Pro Ecclesia et Pontifice, condecoración pontificia que le fue impuesta por el entonces Obispo de Cádiz y Ceuta D. Antonio Dorado Soto

- Medalla Cruz del Mérito Naval (1991)

Un año más tarde D^a María Abaurrea recibió la Medalla Cruz del Mérito Naval con distintivo blanco con fecha 11 Octubre 1991. Esta Medalla suele ser concedida por méritos, trabajos, acciones, hechos o servicios distinguidos, que se efectúen durante la prestación de las misiones o servicios que ordinaria o extraordinariamente sean encomendados a las Fuerzas Armadas o que estén relacionados con la Defensa. La relación entre Salus Infirmorum y la Sanidad Militar es puesta de relieve por D. José Miguel Velázquez en su tesis doctoral.

- Collar del Mérito Colegial (1994)

Por último destacamos como a petición del Excmo Colegio de Enfermería de Cádiz, en sesión de 9 de abril de 1994, se acordó por unanimidad solicitar al Consejo Nacional premiar su labor formativa de medio siglo en Cádiz.

“Proponer al Consejo General de Enfermería, la concesión del Collar de Enfermería, al Mérito Colegial, a Doña María Abaurrea Álvarez-Osorio, Rectora de la Escuela Universitaria de Enfermería “Salus Infirmorum”, por los méritos contraídos en el ejercicio de la profesión y su dedicación a la formación de profesionales de Enfermería durante más de cincuenta años” (6)

Falleció el 4 de enero de 2002. La Revista *Hiádes* recogió en sus páginas su óbito así como su contribución a la excelencia de la formación enfermera:

“(…) Dirigió técnicamente la formación de un gran número de enfermeras, matronas, enfermeras especialistas en pediatría y técnicos de laboratorio que desarrollan su labor profesional en la actualidad por hospitales de toda la geografía nacional. (7)

CONCLUSIONES

La figura de D^ª María Abaurrea Álvarez Osorio se encuentra íntimamente a la historia de Salus Infirmorum de Cádiz. Bajo su dirección Salus Infirmorum se adaptó a las sucesivas reformas de los planes de estudios que formaban a las nuevas promociones de enfermeras.

- Gracias a la labor de D^ª María Abaurrea Álvarez Osorio fueron muchas las promociones que se formaron en la Escuela de Enfermería Salus Infirmorum durante casi toda la segunda mitad del siglo XX.
- La Excelencia en la formación en cuidados, se compaginó siempre con una atención a personas necesitadas, destacando la atención a personas con talento pero sin recursos, siendo muchas las estudiantes de enfermería que pudieron culminar sus estudios gracias a la intervención personal de D^ª María Abaurrea.
- En conclusión podemos afirmar que la “Rectora”, D^ª María Abaurrea fue un pilar fundamental en la formación de profesionales de enfermería, méritos que fueron reconocidos por el Excmo Colegio de Enfermería y por el Consejo Nacional de Enfermería en 1994.

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

1. Salazar Acha, J.: Estudio histórico sobre una familia extremeña, los Sánchez Arjona. Real Academia Matritense de Heráldica y Genealogía, 2001.
2. Revista *Híades*, nº 9 junio, 2004, p.559.
3. Revista Salus Infirmorum Tomo I Vol XV (1950).
4. Revista Salus Infirmorum Tomo I Vol XV (1950).
5. Archivo Histórico Salus Infirmorum de Cádiz (AHSIC).
6. Archivo Histórico del Excmo Colegio de Enfermería de Cádiz.
7. Revista *Híades*, nº 9 junio, 2004, p. 559 y RAPP, Camilo: “Murió María Abaurrea”. En *Latidos*. Revista de Enfermería, nº 32. Colegio Oficial de Enfermería de Cádiz. Abril de 2002, pp. 6-7.

**EI PRACTICANTE Y PROCURADOR EN CORTES, MANUEL MARCH
TORTONDA (1906-1953)**

**PHYSICIAN'S ASSISTANT AND ATTORNEY IN COURTS, MANUEL MARCH
TORTONDA (1906-1953)**

Isidoro Jiménez Rodríguez

Universidad Rey Juan Carlos. Departamento de Enfermería

Inmaculada Corral Liria

Universidad Rey Juan Carlos. Departamento de Enfermería

PALABRAS CLAVE: Colegio Profesional, Historia, Enfermería.

RESUMEN: Con el presente trabajo se pretende dar a conocer a un personaje que jugó un papel importante en el desarrollo de los Practicantes españoles. Este estudio biográfico también persigue dar a conocer cómo funcionaban las estructuras colegiales en aquella época de la posguerra y cuáles eran sus principales proyectos y metas.

Se hace necesario comenzar a rescatar muchas de las figuras profesionales que han contribuido a que la Enfermería en nuestro país haya evolucionado y progresado. Es fundamental conocer su aportación para poder interpretar como se ha llegado al momento presente.

KEY WORDS: Professional Association; History, Nursing.

ABSTRACT: In this study we pretend to recover a personality that played a very important role in the development of Spanish physician's assistants. This biographical study also pursues to show how professional association structures worked work during post-war period and which were their main plans and goals.

It is necessary to begin to rescue many of the professional figures that have contributed to the fact that Nursing in our country has evolved and progressed. It is essential to know your contribution to be able to interpret how you have arrived at the present moment.

INTRODUCCIÓN

En 1952 asegura Francisco-José Estrada, Vocal del Consejo General de Practicantes y Secretario de Redacción de Medicina y Cirugía Auxiliar (MYCA, en lo sucesivo) que *“conocer la vida profesional de March, es tanto como asomarse al paisaje extenso y profundo de los treinta últimos años de historia de los practicantes”* (MYCA, junio de 1952, p. 6). Pero lo que no podía imaginar es que sus palabras podrían ser tomadas *“al pie de la letra”*, pues dicha titulación desaparecería al año siguiente, en 1953, dando paso a la nueva figura de Ayudante Técnico Sanitario que englobaría los estudios de Practicantes, Matronas y Enfermeras.

Con la llegada del Practicante, Manuel March, a las Cortes se cumple un deseo muy anhelado por este colectivo profesional. Juan Córdoba, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Practicantes de España, llega a afirmar, que March, *“no es sólo un Procurador en Cortes más, sino que en este caso concreto es un Practicante cien por cien, que va a las Cortes Españolas a ver si por fin se dejan oír los Practicantes en ese organismo legislativo”*. Pero dada la composición y formas de acceder a dicho organismo a mediados del pasado siglo XX, la única manera posible de estar representada esta profesión era a través de los sindicatos (MYCA, agosto 1952, p. 23-24). Y el sindicato donde se encuadraba su actividad era la denominada de *“Actividades Diversas”*.

Considera la máxima autoridad colegial de los Practicantes españoles, que hasta entonces, su representación en las Cortes se llevaba a cabo por otros profesionales, aludiendo a los Médicos. Y debido a los intereses *“totalmente opuestos”* con estos últimos, consideraba que *“esa representación no podía ser eficaz”*. (MYCA, agosto 1952, p. 25).

Esta representatividad de los Practicantes en los órganos jerárquicos del Sindicato de Actividades Diversas, no se limitaba a March Tortonda. A mediados de 1952, Manuel Castellote Cortés, aparte de Presidente del Colegio de Practicantes de Tarragona, ostentaba la Jefatura Provincial del Sindicato de Actividades Diversas. También el Secretario del Colegio de Navarra, Luciano Fernández Conchillo, desempeñaba dicha Jefatura sindical en su provincia. Se afirma que esta forma de representación del colectivo profesional, estaba dando sus frutos para quienes entendieron, *“con clara visión de horizontes”*, *“la conveniencia que para nuestra querida y digna profesión había de tener el afiliarse al Sindicato”* (MYCA, julio 1952, p. 25).

Para asegurar que un miembro de la profesión llegase a las Cortes, los tres Practicantes antes mencionados, *“en compromiso de honor”*, presentaron una terna cerrada (MYCA, junio 1952, p. 29). De esta forma quedaba asegurado que uno de ellos fuera nombrado Procurador.

Un reconocimiento social importante para los veinte mil Practicantes que se estima que había en España hacia la mitad del siglo XX, fue la imposición de la *“Encomienda con Placa de la Orden Civil de Sanidad”*, al Presidente del Consejo, Juan Córdoba Pérez. Este último, en el homenaje que se le rindió por tal motivo, tuvo palabras de agradecimiento para todos sus compañeros, destacando también como se estaban obteniendo avances importantes para el colectivo en los últimos años. Entre ellos, asegura, las más de

doscientas leyes y órdenes ministeriales que promovidas por la Dirección General de Sanidad, han favorecido profesionalmente y económicamente a los Practicantes. Especialmente, destaca la aprobación de los Estatutos y Reglamentos del Consejo General y Provinciales, lo que les otorga una personalidad oficial (MYCA, julio 1952, p. 5-9).

Con el presente trabajo se persigue aportar datos biográficos sobre una figura destacada dentro de los Practicantes españoles de mediados del pasado siglo XX. La fuente histórica utilizada es la revista oficial del Consejo General de Colegios de Practicantes.

Apuntes para una biografía

Manuel March nace en Estivella (Valencia) el 8 de febrero de 1906, según la información aparecida tras su fallecimiento, donde se señala que fue trasladado a dicho municipio, “*pueblo natal del finado*” (MYCA, enero 1954, p. 23). Creemos se trata de un error el que en otro lugar se señale que nació en Valencia (MYCA, junio 1952, p. 8).

Los padres de Manuel fueron Vicente March Cotino (1857-1933), natural de Valencia, y María Tortonda Gasch, natural de Estivella. Uno de los hijos de este matrimonio fue Vicente. Estos datos nos han sido facilitados por Lluís Mesa, Cronista Oficial de Estivella.

Conocemos que Manuel March, al menos, tuvo también otro hermano, de nombre José M^a, de mayor edad que él. Este último fue también Practicante, desarrollando su actividad en el ámbito militar. En la Gaceta Oficial de la Federación Nacional de Practicantes, en su número de enero de 1922, aparecen los destinos de los nuevos Practicantes Militares, figurando en la relación de los adscritos a la Jefatura de Sanidad Militar de Ceuta Tetuán. Una década después, es destinado al Grupo de Radiotelegrafía y Automovilismo de Ceuta (Diario Oficial del Ministerio de la Guerra de 31 de mayo de 1932, Tomo II, p. 537).

Según afirma el propio Manuel March, en una de sus intervenciones públicas, pertenece a una modesta familia artesana, donde su padre y uno de sus hermanos, casi con toda seguridad, se trata de Vicente, son carpinteros (MYCA, junio 1952, p. 8).

Infancia y juventud

De la amplia entrevista publicada en la revista del Consejo (MYCA, junio 1952, p. 4-11) extraemos algunos datos significativos sobre la vida de March. Su etapa escolar tiene lugar en las Escuelas Pías, obteniendo posteriormente su reválida en Bachillerato Elemental (1923), tras sus estudios en el Instituto



Figura 1. Juan Muñoz, Luciano Fernández, Manuel Castellote, junto a Manuel March (sentado) (MYCA, junio 1952, p. 7)

General y Técnico

Después de cursar dos años de Medicina, se decide por ser Practicante, obteniendo dicho título en 1925. Dos años más tarde realiza el servicio militar, no sin antes haber tenido un primer contacto con la profesión en el ámbito de la traumatología, así como haber realizado dos viajes a Argentina, como Practicante de

Emigración y de la Marina Civil, respectivamente. Ya en las filas del ejército, primero estuvo en el Batallón de Cazadores (Tetuán), para pasar después, como voluntario, a la Fuerzas Regulares de Indígenas de Ceuta (MYCA, junio 1952, p.8).

Vida profesional

De nuevo en Valencia, presta sus servicios en la Policlínica Libreros y en el Igualatorio "Valencia Médica". En 1931 se presenta a las oposiciones para el Cuerpo de Practicantes de la Beneficencia Municipal, obteniendo la plaza que desempeñaría a lo largo de su vida. Este trabajo lo simultaneó con el prestado en el Seguro Obligatorio de Enfermedad y en una Clínica de Otorrinolaringología. A todo ello hay que unir su labor en el Colegio de Practicantes y su actividad sindical (MYCA, junio 1952, p.8).

Formación social

Otro aspecto que se destaca en la entrevista que se le realizó a March, hace referencia a las asociaciones a las que perteneció. Recuerda como siendo aún un niño, estuvo afiliado al Patronato de las Juventudes Obreras, y posteriormente, ya en sus tiempos de estudiante, a las Juventudes Antonianas, al Centro Escolar y Mercantil y a la Federación de Estudiantes Católicos. Después perteneció a las Juventudes Jaimistas (asociación de ideas carlistas) y al sindicato católico conocido como Casa de Obreros de San Vicente Ferrer (MYCA, junio 1952, p. 9).

- Colegio de Practicantes

Según la información que nos facilita el Colegio de Enfermería de Valencia, Manuel March, se dio de alta en el mismo con fecha de 16 de diciembre de 1930, causando baja el 11 de diciembre de 1953, por fallecimiento. Desafortunadamente no se conservan los libros de actas de aquellas fechas, los cuales nos ayudarían a completar y precisar los datos de las presentes notas biográficas.

Entre 1931 y 1934 desempeña el cargo de Vicepresidente del Colegio de Valencia. Y a partir de entonces, y hasta su muerte, fue el Secretario del mismo. Funda también en 1934 la Asociación de Practicantes de Valencia (MYCA, junio 1952, p.9).

En julio de 1953, Manuel March, va participar en la comisión nombrada para la redacción de un nuevo Plan de Estudios, junto a los Presidentes del Consejo General, Juan Córdoba, y del Colegio de Sevilla, Mariano García; así como del colegiado madrileño, Balbino Díaz. Proyecto que el propio Ministro de Educación, Joaquín Ruiz-Giménez, se compromete a poner en marcha cuanto antes. Solo pasaron unos meses, cuando en los primeros días de diciembre, se decretaba la unificación de los estudios de practicantes, enfermeras y matronas, apareciendo el nuevo título de Ayudante Técnico Sanitario.



Figura 2. Manuel March Tortonda (MYCA, junio 1952, p. 4)

Actividad sindical

En 1940 va a participar, junto a la directiva del Colegio de Valencia, en la creación del Sindicato de Practicantes, integrado en la C.N.S. (Central Nacional Sindicalista), lo que no se pudo materializar, al considerarse que esta actividad no estaba encuadrada como profesión liberal. Constituyen entonces un grupo propio dentro del Sindicato de Actividades Diversas, siendo nombrado algunos años después, Vocal Provincial y Vocal Nacional del Grupo de Sanidad. En este sindicato ostentó el cargo de Presidente de la Sección Social (MYCA, junio 1952, p.9).

Bajo esta denominación de Actividades Diversas se agrupaban numerosas secciones, como la sanitaria (Practicantes, Médicos, Veterinarios, etc.), la enseñanza, oficinas jurídicas, higiene, servicios fúnebres, artistas falleros, limpieza municipal, etc. (MYCA, agosto 1952, p. 22).

En el homenaje que se rindió a Manuel March en mayo de 1952, el antiguo Presidente del Colegio de Valencia y de la Federación, Enrique Marzo, hace mención a las gestiones realizadas por March Tortonda, cuando el Ayuntamiento de Valencia denegó la equiparación de sueldos entre los Practicantes segundos y los Oficiales segundos de dicha entidad. La reclamación terminó en los tribunales, siendo defendida no ya por un abogado o un procurador, sino personalmente por March, en la Audiencia, opción esta que también era posible. Finalmente la sentencia fue a favor de la reclamación de los Practicantes municipales (MYCA, agosto 1952, p. 22). Ello hizo que Manuel March fuera muy estimado entre los Practicantes valencianos.

Dentro de esta actividad sindical, March Tortonda, participó en la elaboración del Reglamento de Entidades de Asistencia Médico-Farmacéuticas y en la Reglamentación de Centros de Hospitalización y Asistencia (MYCA, junio 1952, p.9).

Procurador en Cortes

La representación sindical en las Cortes, a mediados del siglo XX, alcanzaba hasta una tercera parte de sus integrantes. Los Practicantes solo podían acceder a dicho organismo a través de los Vocales Nacionales del sindicato de Actividades Diversas.

Con fecha de 29 de febrero de 1952 se convocan elecciones a Procuradores Sindicales en Cortes. Manuel March, juró su cargo el 14 de mayo de dicho año, dentro de la representación de la Organización Sindical y como Técnico del sindicato Nacional de Actividades Diversas. La fecha en la que fue dado de baja, tras fallecer días antes, es el 21 de diciembre de 1953.

Homenajes

Tras el nombramiento de Procurador se le rendirán varios homenajes, como el promovido por el Colegio Oficial de Practicantes de Valencia el 22 de mayo de 1952, al que asistieron una amplia representación profesional y diversas autoridades.

Los 26 componentes del Cuerpo de Practicantes de la Beneficencia Municipal de Valencia impulsaron un acto de exaltación a Manuel March, para celebrar las conquistas profesionales logradas tras un proceso contencioso. El acto tuvo lugar el 23 de diciembre

de 1952, participando varios compañeros que habían ocupado cargos en los órganos de representación profesional (MYCA, mayo 1952, p. 37-38).

También March va a participar en varios actos y eventos organizados por los Colegios provinciales de Practicantes.

Fallecimiento

La revista del Consejo en su número de enero de 1954, da a conocer la defunción de Manuel March, el 13 de diciembre de 1953. Las circunstancias que rodearon su



Figura 3. Revista del Practicante, mayo 1952, p. 221.

fallecimiento se relacionan con hemorragias digestivas, en forma de melenas. Se comenta que regresando de Madrid a Valencia sufrió varios de estos episodios, por lo que se puso bajo tratamiento médico. Al no mejorar la situación, fue sometido hasta tres intervenciones quirúrgicas que tampoco vinieron a solucionar su problema (MYCA, enero 1954, p. 22-23).

En el entierro estuvieron presentes las más altas autoridades valencianas, como el Gobernador Civil, el Presidente de la Diputación, el Alcalde, Procuradores en Cortes residentes en la ciudad; delegados de sindicatos y representantes de los Colegios de Médicos y Veterinarios, así como del Consejo General. También asistieron numerosos Practicantes de la ciudad y de la provincia, “más del ochenta por ciento”, así como numerosos médicos, farmacéuticos y amigos. Posteriormente, el cadáver fue trasladado a Estivella, donde recibió sepultura.

También en Madrid se celebró un funeral por March Tortonda. Tuvo lugar en la Iglesia de los Jerónimos, asistiendo al mismo el Presidente de las Cortes, el Delegado Nacional de Sindicatos y el Presidente del Sindicato de Actividades Diversas, junto a otras autoridades y Procuradores. Asistieron además una numerosísima representación profesional, integrada por Juan Córdoba, Presidente del Consejo General de Colegios de Practicantes; Maximiano Santamaría, Presidente del Consejo Provincial de Madrid; Leonardo Sánchez, Presidente de Previsión; y Consejeros de las tres Juntas que componían el Consejo.

El mismo día de la muerte de March, también falleció un compañero suyo con el que compartió trabajos y esfuerzos por elevar el nivel social de los Practicantes desde el Colegio valenciano, nos referimos a Enrique Marzo Carsi. Este último ostentó la presidencia, no sólo del Colegio de Valencia, cuando March Tortonda, era el Secretario, sino que también llegó a ser Presidente de la Federación Nacional. Y por ello fue considerado “el patriarca de los Practicantes valencianos” (MYCA, enero 1954, p.23).

Rasgos personales

Se dice que March Tortonda, fue un “*orador fácil, polemista agudo y conocedor perfecto*” de los problemas de la clase (MYCA, junio 1952, p. 6). Destaca también por su

trato afable y *“esa tónica suya, cual es la actividad y la generosidad siempre al servicio de los compañeros”* (MYCA, junio 1952, p. 7).

En el ya señalado homenaje que se rinde a Manuel March, tras su elección como Procurador en Cortes (mayo de 1952), Enrique Marzo, nos traza algunos rasgos, que según él, han determinado tal nombramiento: *“ser un hombre de voluntad, ser un hombre trabajador, no ir buscando nada personal y si solamente trabajar por el bien de los demás...”*. Su *“competencia, generosidad y habilidad”*, prosigue, hace que todos los que han tenido que tratar algún asunto con él, *“han tenido que convertirse en amigos suyos”* (MYCA, agosto 1952, p. 22).

Fernando Lázaro, Jefe Provincial del Sindicato de Actividades Diversas, también elogió a March. Afirma que desde su incorporación al sindicato, *“nos convenció a todos por su capacidad, una capacidad positiva de asimilar todos los problemas sociales”*. Es precisamente en su cargo de Jefe de la Sección Social donde demuestra su excepcional capacidad de trabajo *“y un gran amor por los problemas sociales”*, pues en la misma se integran hasta veintiséis grupos, cada uno con una reglamentación distinta. Destaca también su modestia: *“siempre dijo que no quería figurar, ni sobresalir”*. Todas estas cualidades, según Lázaro, son las que han motivado que Manuel March, fuera elevado a las Cortes (MYCA, agosto 1952, p. 23).

En un tono más patriótico, Clemente Cerdá, Delegado Provincial de Sindicatos, subraya *“la trayectoria, los trabajos constantes y la ejecutoria de March”*, poniéndole como ejemplo de la labor que propiciaba el régimen político de la época (MYCA, agosto 1952, p. 23).

También hay que destacar las profundas creencias religiosas de Manuel March, como se pone de manifiesto con su asistencia al XXXV Congreso Eucarístico Internacional celebrado en Barcelona en 1952 (MYCA, julio 1952, p. 27-28). Esta espiritualidad, sin duda, le ayudó en sus momentos finales; fueron *“veinte días de penosísima enfermedad”*, soportados con *“edificante espíritu cristiano”* (MYCA, enero 1954, p. 22-23).

A modo de conclusiones.

De origen humilde, Manuel March Tortonda, llegó a convertirse en una figura muy querida y admirada por los Practicantes españoles de mediados del siglo XX. Hay que destacar su capacidad de trabajo y de entrega por la profesión.

Su trayectoria profesional y sindical se desarrolló en la sociedad de posguerra, bajo un estricto régimen político que trata de controlar y dirigir todos los aspectos sociales y laborales.

El contar con un Procurador en las Cortes despertó grandes esperanzas de progreso para los Practicantes que, por fin, conseguían tener un representante en el máximo organismo legislativo de la nación. A pesar de su corta vida parlamentaria (diecinueve meses), podemos considerar que marco una trayectoria para el futuro de la profesión, al participar en la elaboración del nuevo plan de estudios para los futuros Ayudantes Técnicos Sanitarios. Primer paso para que las profesiones enfermeras comenzasen a iniciar una senda común en nuestro país.

Es importante dar a conocer las figuras profesionales que han contribuido a que la Enfermería española haya evolucionado y progresado. Es fundamental conocer su aportación para poder interpretar como se ha llegado al momento presente.

BIBLIOGRAFÍA

- Avila JA. Historia de nuestro Colegio (II). *Enfermería Integral*. 2014 (105): 25-28.
- Barreiro Pereira P, Bermejo JM. El Colegio de Enfermería de Madrid. Cien años de historia. Madrid: Colegio de Enfermería de Madrid; 2009.
- Feria Lorenzo DJ GuerraGonzález JE. La historia por escribir en los Colegios Oficiales de Enfermería provinciales, los archivos como fuentes de investigación. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital). 2016, 20(45):35-43.
Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57349/1/CultCuid_45_04.pdf
- Urien Blázquez T. *Enfermería: Historia desde 1857*. Sevilla: Vision Libros; 2011.

ISABEL ZENDAL, LA PRIMERA ENFERMERA DE LA HISTORIA EN LABOR INTERNACIONAL

ISABEL ZENDAL, THE FIRST NURSE OF HISTORY IN INTERNATIONAL WORK

María de los Ángeles Boyero Pereira

Clínica Alergoasma, Salamanca

Juan Manuel Igea Aznar

Clínica Alergoasma, Salamanca

PALABRAS CLAVE: Real expedición, vacuna, viruela, niños.

KEY WORDS: Royal Expedition, vaccine, smallpox, children.

RESUMEN: En 1803 tuvo lugar la «Real Expedición de la vacuna contra la viruela», conocida como «Expedición Balmis» dirigida por el Doctor Francisco Xavier Balmis. En aquella expedición viajaba también y la enfermera gallega Isabel Zandal Gómez, además de un grupo de 22 niños que constituirían el soporte vivo de la vacuna. Estos niños eran los huérfanos de la Casa de Expósitos de A Coruña, de la que Isabel era rectora. El objeto de la empresa fue hacer llegar viable la vacuna desde España hasta América y Asia, lo que se consiguió inoculándola de niño a niño durante toda la travesía.

ABSTRACT: It was in 1803 when took place the "Royal Expedition of the smallpox vaccine", known as "Balmis Expedition", managed by Doctor Francisco Xavier Balmis. In that expedition also travelled the Galician nurse Isabel Zandal , as well as a group of 22 children who would constitute the living medium of the vaccine. These children were the orphans from the Children's House of Coruña, where Isabel was the governess. The purpose of this expedition was to make it possible for the vaccine to arrive in good conditions from Spain to America and Asia, which was achieved by inoculating from child to child during all the crossing.

ISABEL

En 1950 Isabel Zendal Gómez fue nombrada por la Organización Mundial de la Salud como la primera enfermera de la historia en misión internacional. En Méjico, cada año desde 1974 se concede el Premio Nacional de Enfermería «Isabel Cendala López». También allí lleva su nombre la Escuela de Enfermería de San Martín de Texmelucán, en la ciudad de Puebla. En A Coruña, su tierra natal, existe la calle Isabel López Gandalia, uno de los tantos nombres que se le han atribuido. En el puerto de esta misma ciudad se erigió un monolito en su memoria y en la de los niños que llevó consigo en la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna. Recientemente se ha creado la Asociación Isabel Zendal con el objeto de difundir y mantener viva su figura y su importante labor. Y en noviembre de 2016 fue nombrada hija predilecta de Ordes, algo que seguro le llenaría de orgullo.

Nunca aquella joven gallega de familia pobre habría imaginado algo semejante. Pero, ¿cómo llegó a participar en una de las empresas más importantes para la historia de la humanidad una mujer de origen tan humilde? ¿cómo fue su vida, su historia?, gracias a las investigaciones de los periodistas Antonio López Mariño y Joaquín Pedrido hoy podemos saber su verdadero nombre y apellidos (había 35 versiones) y que la fecha de su nacimiento debe ser anterior al 26 de febrero de 1773, ya que de esa fecha es el libro de bautismos más antiguo de la parroquia de Santa Mariña de Parada, en el lugar de Grela, donde nació, en el actual municipio de Ordes (A Coruña). Hija de Jacobo Zendal e Ignacia Gómez y supuestamente la mayor de cuatro hermanos: la propia Isabel, Juan, María, Francisca Antonia y Bernarda. También hay registros de otros tres hermanos pequeños que murieron al poco tiempo de nacer.

Era una familia de campesinos «pobre de solemnidad». Esta acreditación, documentada en actas de la época, permitía a los así nombrados recibir sepultura dentro de las inmediaciones de la iglesia, pero no a hacer disposiciones litúrgicas. Así, cuando Ignacia, la madre de Isabel, murió el 31 de julio de 1788, fue sepultada en el atrio de la iglesia de Santa Mariña de Parada, pero sin decir misa en su memoria, privilegio solo reservado para los que no eran pobres y podían pagar algunos reales por ello.

Ignacia murió de viruela cuando Isabel tenía 13 años, y este fue su primer contacto con la enfermedad. Pasó a ser cabeza de su familia junto a su padre, y por ello se encargó de desprenderse de las cosas de su madre, quemar sus ropas, rociar las paredes de la casa con cal viva y ventilarla un día entero. Eran las acciones aconsejadas por los médicos para evitar la propagación de la enfermedad. Su papel en la vida parecía destinado a ocupar el lugar de su madre, pero sus padres siempre desearon para ella un futuro mejor. Por ello llegó a recibir algunas lecciones por parte del párroco para aprender a leer, escribir y hacer cuentas. Ahora, su padre quería alejarla de ese destino de pobreza, así que pidió ayuda al cura del pueblo para colocar a Isabel como sirvienta en alguna casa. Era la mejor salida para una mujer joven de su condición. El cura consiguió colocarla, y así fue como Isabel dejó su pueblo para ir a A Coruña a servir a casa de una familia rica. Allí pasó varios años sirviendo y cuidando a los niños. Se ganó el cariño y respeto de sus patronos, quienes la ayudaron cuando en julio de 1793 Isabel se convirtió en madre soltera de su hijo Benito Vélez. En aquella época, un hecho así podía acabar con la reputación y aspiraciones de cualquier joven. Ellos no solo no le dieron la espalda, sino que la ayudaron a conseguir un

puesto como ayudante en la sala de partos secretos del Hospital de la Caridad, fundado por Teresa Herrera, donde mujeres pobres, prostitutas o que no podían hacer público su estado daban a luz a sus hijos con absoluta discreción. El hospital estaba financiado, dirigido y gestionado por la Cofradía de los Dolores, perteneciente a la parroquia de San Nicolás. Allí Isabel trabajó ayudando en los partos, a los recién nacidos y a las parturientas, así como gestionando eficazmente aquella sala. Años después, en 1800, esas aptitudes la llevaron a convertirse en rectora de la Casa de Expósitos, la inclusa de A Coruña, entidad dependiente del Hospital de la Caridad. Allí vivió con su hijo Benito. Recibía un salario mensual de 50 reales y pagos en especie de pan, harina y carne. En 1803 se añadió además una paga extra de 16 reales por hacer y remendar la ropa de los niños. En Navidad recibía también un aguinaldo y dos bulas de carne en Cuaresma. Mejoró notablemente las instalaciones de la inclusa, aumentó las condiciones de salubridad de las dependencias de los niños y se encargó de cuidar la higiene de cada uno para evitar enfermedades y contagios entre ellos. En definitiva, además de la labor sanitaria y social, aportaba un poco de felicidad a las difíciles vidas de los niños. Todas esas acciones no pasaron desapercibidas y la llevaron a ser elegida para participar en la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna contra la Viruela, acompañada de su hijo Benito.

LA VIRUELA Y LA VACUNA

La viruela es una enfermedad infecciosa que se transmite de persona a persona por contacto directo, líquidos corporales u objetos contaminados como la ropa. Los síntomas iniciales son cefalea, vómitos, postración y un cuadro febril, y a los pocos días aparecen unas manchas rojas que se convierten en pequeñas pápulas que acaban cubriendo todo el cuerpo. Posteriormente se transforman en vesículas y después en pústulas dolorosas. El paciente puede morir en unas horas. Si sobrevive a la enfermedad, se forman costras en 14 días que se desprenden y dejan cicatrices despigmentadas y umbilicadas, sobre todo en la cara. Una de las secuelas más graves es la ceguera, producida por queratitis.

Es una enfermedad muy contagiosa que ha causado grandes pandemias a lo largo de la historia y carece de tratamiento, así que el único método eficaz para combatirla es la prevención. La única técnica conocida hasta el siglo XVIII era la variolización, que conseguía inducir inmunidad pero a costa de un riesgo significativo de sufrir la enfermedad y morir por su causa.

Pero en 1796 se produjo un gran avance. Un médico rural inglés, Edward Jenner, observó que las lecheras que ordeñaban vacas afectadas de viruela vacuna, solo presentaban unas pústulas en las manos pero nunca desarrollaban la enfermedad. Se le ocurrió inocular material de esas pústulas a un niño. Después se atrevió a inocularle el virus de la viruela, y así demostró que el niño estaba totalmente inmunizado. Este éxito no fue rápidamente celebrado y aceptado en aquella época, como podríamos imaginar, a pesar incluso de demostrar el riesgo nulo de muerte que la técnica conllevaba. Pero finalmente consiguió prosperar y generalizarse por todo el mundo con el resultado final de que la OMS declarara en 1980 la viruela erradicada, la primera vez que se conseguía un hito como ese. Para ello, además de descubrirse la vacuna hizo falta distribuirla por todo el mundo, tarea que hace 200 años era muy difícil.

LA REAL EXPEDICIÓN FILANTRÓPICA DE LA VACUNA

Acaba de comenzar el siglo XIX, y en España se están realizando ya las primeras vacunas. Uno de los mayores defensores de su eficacia fue el Dr. Francisco Xavier Balmis y Berenguer. Este médico y cirujano militar alicantino, físico de cámara del Rey, y miembro de la Academia de Medicina de Madrid, después de pasar varios años en México, regresó a España y comenzó a trabajar en el Hospital San Juan de Dios de Madrid. Allí además de realizar vacunaciones, empezó la traducción del libro del profesor francés J.L. Moreau de la Sarthe llamado «Tratado histórico y práctico de la vacuna», que describe los experimentos con la vacuna y sus ventajas.

En 1802 el Rey Carlos IV recibe un informe de Nueva España en el que se comunicaba un violento brote de viruela que había estallado en Santa Fe de Bogotá y se solicitaba ayuda urgente, ya que la epidemia estaba causando una gran mortandad. La población americana ya había sufrido numerosas epidemias y la corona española debía hacer algo al respecto. Es entonces cuando surge la idea de realizar una expedición que llevara la vacuna desde España a América y Filipinas. Después de meses de discusiones y debate entre los médicos del protomedicato, el ministro Godoy y el monarca, se eligió al Dr. Balmis como director único de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna. Presentó un proyecto en el que detallaba cómo sería la expedición: propone la exitosa idea de transportar la vacuna en «recipientes humanos», es decir, con el procedimiento del brazo a brazo, inoculando el material de una pústula madura de un sujeto vacunado en el brazo de otro, y repitiendo la misma operación posteriormente en otro más, creando así una cadena humana. Propuso que los encargados de transportar la vacuna fueran niños sanos, ya que no habrían estado en contacto con la enfermedad. Diseñó un trayecto único desde A Coruña, a diferencia de otros proyectos que se barajaron, pasando por las Islas Canarias, vacunar allí a la población, y seguir hacia América con el propósito de llegar a Puerto Rico y Caracas, y una vez allí dividir la expedición en dos para cubrir la zona sur (Santa Fe de Bogotá, Lima, Santiago de Chile y Buenos Aires) y la zona norte (Nueva España) junto con los territorios del Caribe. También programó crear juntas de vacunación en los territorios por los que fueran pasando, enseñando la técnica en cada uno de ellos para así asegurar la continuidad de la vacunación. El barco elegido para el viaje fue la corbeta «María Pita» por ser una fragata ligera y de precio asequible. Ahora solo faltaba elegir al resto de integrantes de la expedición. Como ayudante de Balmis y subdirector fue elegido el Dr. Josep Salvany, natural de Barcelona. Médico militar y cirujano real de 25 años que a pesar de su delicada salud, no dudó en embarcarse en el ambicioso proyecto. También fueron elegidos dos cirujanos, Manuel Julián Grajales y Antonio Gutiérrez Robredo. Dos practicantes, Francisco Pastor Balmis, sobrino del Dr. Balmis, Rafael Lozano Pérez, y tres enfermeros, Basilio Bolaños, Pedro Ortega y Antonio Pastor. También viajaron en el barco un cocinero, la tripulación y el capitán Pedro del Barco. Pero faltaba la parte indispensable de la expedición, los niños. Necesitaban 22 niños de edades comprendidas entre 3 y 9 años. En un principio se pensó en pedir voluntarios a familias pobres a cambio de dinero y promesas de un futuro mejor para sus hijos, pero ninguna madre quiso correr el riesgo de perder a su hijo en un viaje tan peligroso. Entonces se pensó en niños de las inclusas, a los que se les reconocería su labor facilitándoles al final de la expedición adopciones y educación. Una Real Orden publicada en septiembre de 1803 decía: «los

niños serán bien tratados, mantenidos y educados, hasta que tengan ocupación o destino con que vivir, conforme a su clase y devueltos a los pueblos de su naturaleza, los que se hubiesen sacado de su condición». Balmis confió en reclutar a los niños en A Coruña, por lo que salió de Madrid con apenas 10 niños de la Casa de los Desamparados, suficientes para hacer llegar la vacuna en buenas condiciones hasta Galicia.

Una vez en A Coruña, se dirigió a La Casa de Expósitos con el fin de conseguir los niños que le faltaban, y allí conoció a la que será la pieza necesaria para llevar a cabo la empresa. La rectora, Isabel Zendal. Isabel no le puso las cosas fáciles a Balmis en un primer momento. Exigía garantías sobre el bienestar de los niños, ya que temía que una vez que hubieran cumplido su cometido nadie se hiciera cargo de ellos. También le preocupaba el viaje, quién iba a ocuparse de las necesidades de los pequeños durante el trayecto, quién les cuidaría si alguno enfermaba. Aunque Balmis llevaba en su equipo a tres enfermeros, rápidamente se dio cuenta de que necesitaba a esa mujer en aquella expedición. Nadie iba a preocuparse por los niños como ella. Por ello le propuso que les acompañara y ella aceptó. Se encargó de reunir el número de niños necesario, entre el Hospital de los Reyes Católicos de Santiago, del cual se escogió a 5, la expedición que partió desde Madrid, de la que se quedaron con 4, y los 13 niños de la Casa de Expósitos de A Coruña, su casa, incluido su hijo Benito. Así se convirtió en la única mujer de la expedición y la máxima responsable de los niños vacuníferos. Convertida en enfermera iba a ser la encargada de escoger qué niño iba a ser vacunado, dependiendo de su constitución y estado de salud, de elegir el momento preciso para extraer el material de las pústulas y de cuidar que los niños no las estropearan frotándolas o rascándose.

El 30 de noviembre de 1803, la expedición partió del puerto de A Coruña. Isabel dejaba atrás su tierra natal a la que nunca volvería. El 9 de diciembre llegaron a Santa Cruz de Tenerife. La travesía fue tranquila y sin imprevistos. Fueron recibidos con todos los honores y allí estuvieron casi un mes, vacunando e instruyendo a su vez a otros para que la vacuna se extendiera por todo el archipiélago. La expedición había comenzado con éxito. El 6 de enero de 1804 partieron con rumbo a Puerto Rico. Pero la travesía a través del océano Atlántico es mucho más difícil que la que les llevó a Canarias. Atravesaron zonas en las que el mal estado de la mar provocó que los niños y parte de la expedición sufra mareos y vómitos, otros enfermaron, e incluso dos se llegaron a encontrar en estado grave. Isabel no dejó de velar por ellos en todo momento, se encargó de que recibieran atención médica incluso dos veces al día y les cuidó como si fuera la madre de todos ellos. Llegaron a Puerto Rico el 9 de febrero de 1804. No fueron recibidos como cabía esperar ya que según les dijeron, la vacuna había llegado allí hacía un año pero Balmis sabía que la técnica o el fluido podían no haber sido adecuados y no haber conseguido una correcta inmunización. Esto llevó a tener que abandonar la isla, ya que la mala relación con las autoridades no permitió realizar las vacunaciones, aunque consiguieron llevar consigo a tres niños portorriqueños dado que los españoles ya habían sido utilizados. Esto les daba un margen muy justo para llegar a La Guayra. Pero nuevas dificultades les esperaban. Una violenta tormenta les llevó a perder el rumbo, y durante unos días, el riesgo de no llegar a tierra firme a tiempo para seguir transmitiendo el último líquido vacunal amenazaba con hacer fracasar la expedición. Finalmente llegaron a Puerto Caballero el 20 de marzo de 1804. Esta vez el recibimiento sí fue el que merecían. Rápidamente comenzaron las

vacunaciones y consiguieron abarcar distintos territorios de la zona, hasta llegar a Caracas el 30 de marzo. En este punto Balmis decidió que era el momento de dividir la expedición, y así el 8 de mayo, la subexpedición Salvany partió rumbo a Cartagena, en el bergantín «San Luis», acompañado de Julián Grajales, Rafael Lozano, Basilio Bolaños, y 4 niños portando la vacuna. Fue un camino duro que mermó más aún el delicado estado de salud de Salvany, que tuvo que atravesar la cordillera de los Andes, la peligrosa selva y adaptarse a los más de 3.500 metros de altitud de Bolivia. Murió en Cochabamba, camino de Buenos Aires, el 21 de julio de 1810, después de haber llegado con éxito la vacuna a Panamá, Colombia, Perú y Bolivia. Dedicó los 7 últimos años de su vida a luchar contra la viruela y su sacrificio salvó innumerables vidas.

La subexpedición Balmis estaba formada además por Gutiérrez Robredo, Francisco Pastor, Pedro Ortega, Antonio Pastor e Isabel Zandal, junto con los niños españoles. Siguió su camino a bordo del «María Pita» y el 26 de mayo llegaron a La Habana después de 16 días de angustiosa navegación. Allí descubrieron que la vacuna ya había llegado al igual que ocurrió en Puerto Rico, pero la actitud de los gobernadores locales fue colaboradora en todo momento. La siguiente parada fue en México el 25 de junio. Llegaron a la península de Yucatán, al puerto de Sisal. Durante el trayecto el Dr. Balmis sufrió una disentería e Isabel se ocupó de su cuidado. Fueron recibidos por todas las autoridades y agasajados. El 24 de julio pasaron por Veracruz y el 9 de agosto llegaron a Ciudad de México. Fue el lugar elegido para que los niños comenzaran una nueva vida: los niños fueron entregados a las autoridades con el fin de encontrarles familias y protección. Isabel no les perdió de vista ya que sentía a esos niños como suyos y quería asegurarse de que se cumplían todas las promesas iniciales de la corona española. Comenzaron las vacunaciones por toda Nueva España, portada ya por niños mexicanos, y comprobaron que la vacuna había sido objeto de comercio y corrupción por parte de algunos gobernantes con el beneplácito del virrey antes de la llegada de la expedición. A pesar de todo, la misión fue un éxito. Se crearon juntas de vacunación y la vacuna se expandió. El 30 de diciembre regresaron a Ciudad de México e Isabel decidió quedarse allí a vivir su nueva vida, cerca de los niños y con su hijo Benito. Pero aún tenía que concluir la expedición. El 8 de febrero de 1805 partieron desde Acapulco y llegaron a Manila el 16 de abril. El viaje lo realizaron en peores condiciones e Isabel una vez más hizo todo lo que estaba en su mano para que los niños mejicanos aguantaran el viaje y la vacuna llegara en buenas condiciones. Después de realizar con éxito las vacunaciones en territorio filipino, llegó el momento de finalizar la expedición. Balmis, enfermo, llegó al puerto de Lisboa el 14 de agosto de 1806. En su regreso introdujo la vacuna en Macao, al sur de China, y en la isla de Santa Helena, territorio británico. A su llegada a España fue recibido con honores por el rey Carlos IV y su labor fue para siempre reconocida. Por su parte, Isabel regresó a Acapulco con el resto de la expedición y con los niños mejicanos para devolverlos a sus familias. Se instaló en la ciudad de Puebla con su hijo Benito y no hay más datos sobre su vida a partir de ese momento. Tampoco se conoce la fecha de su muerte. De los 22 niños héroes que participaron en la expedición, dos murieron, y el resto tuvo una nueva oportunidad en México para vivir una merecida vida mejor.

Isabel Zandal fue un ejemplo de altruismo, valor y sacrificio hacia los demás. Con su admirable aportación a esta expedición no buscaba la gloria, solo fue leal a su sentido del

deber y a unos niños a los que nunca abandonó y siempre cuidó. Porque ella, sin ser enfermera profesional, realizó durante su vida la principal labor de la enfermería, cuidar.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, Julia. *Para salvar el mundo*. Madrid: Alfaragua; 2007.
- García Fernández, Enrique V. *La soledad de Balmis. La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna de la Viruela, 1803-1806*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2005.
- Isabel Zendal. Conoce la historia y la gesta de esta coruñesa única. [Internet]. A Coruña, España. Disponible desde: <http://www.isabelzendal.com>
- Igea Aznar, Juan Manuel. *La toxina polínica hervida y el origen de la inmunoterapia*. Madrid: Calatrava ediciones médicas singulares; 2011.
- López Mariño, Antonio. *La rectora Isabel, al descubierto*. La Opinión A Coruña [Periódico en Internet] 21 de noviembre de 2014; Consultado el 23 de febrero de 2017. Disponible en: <http://www.laopinioncoruna.es/coruna/2014/11/20/rectora-isabel-descubierto/901124.html>
- Moro, Javier. *A flor de piel*. Barcelona: Seix Barral; 2015.
- Sandoval Vereá, Francisco. *Isabel Zendal, una enfermera de novela*. *Temperamentvm* [Revista en Internet].2015; 21. Consultado el 27 de febrero de 2017. Disponible desde: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn21/t2103.php>



Parte Tercera

Hacia los orígenes de la Enfermería





Capítulo 6

Los antecedentes de una Enfermería moderna en España



LOS TRIBUNALES DE LA SANTA INQUISICIÓN Y SUS CONSECUENCIAS EN LA ACTIVIDAD SANADORA EN TOLEDO. (S. XV A XVII)

THE COURTS OF THE HOLY INQUISITION AND ITS CONSEQUENCES ON THE HEALING ACTIVITY IN TOLEDO. (15TH TO 17TH CENTURY)

Minerva Velasco Abellán

SESCAM/Universidad de Castilla la Mancha. Enfermería y Fisioterapia Campus Toledo

Sagrario Gómez Cantarino

Universidad de Castilla la Mancha. Enfermería y Fisioterapia Campus Toledo

Isabel Del Puerto Fernández

Universidad de Castilla la Mancha. Enfermería y Fisioterapia Campus Toledo

PALABRAS CLAVES: Mujer, Bruja, Hechicera, Inquisición.

KEY WORDS: Woman, Witch, Sorcerer, Inquisition.

RESUMEN: El presente trabajo analiza las mujeres que practicaban cuidados populares femeninos acusadas por el Tribunal de la Santa Inquisición de Toledo. Estudio histórico descriptivo. En España (s. XV), la brujería se convirtió en una superstición; uno de sus tribunales de mayor influencia de la Santa Inquisición, se ubicó en la ciudad de Toledo, donde juzgó de manera importante a las mujeres en mayor medida cuando esta era curandera, bruja, hechicera o partera. El periodo inquisitorial no terminó con los cuidados practicados por las mujeres, pero ha marcado a la figura de la mujer sanadora para siempre.

ABSTRACT: The present work analyzes the women who practiced popular feminine care accused by the Tribunal of the Holy Inquisition of Toledo. Descriptive historical study. In Spain (fifteenth century), witchcraft became a superstition; One of its most influential tribunals of the Holy Inquisition, was located in the city of Toledo, where it judged the women to a greater extent when it was a healer, witch, sorceress or midwife. The inquisitorial period did not end with the cares practiced by women, but it has marked the figure of the healer woman forever.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, las mujeres han actuado como sanadoras, farmacólogas, enfermeras y parteras, reconociéndolas como las primeras médicas y anatomistas. Así mismo, realizaban abortos y daban consejos a la población. Entre el pueblo se las conocía como mujeres sabias, sin embargo, para las autoridades, eran brujas o charlatana (1). Las prácticas de brujería han existido desde el inicio de la vida humana, utilizadas tanto para curar enfermedades, como buscar justicia, amor y fortuna (2).

La Iglesia comenzó a preocuparse por este tema a partir del año 1000, ya que se confería a estas personas, llamados brujos y brujas, poderes mágicos que restaban autoridad a la Iglesia, y el pueblo consultaba a estos, obviando la visita al sacerdote (3).

Las brujas, curanderas y sanadoras tenían un conocimiento empírico, confiaban más en sus sentidos que en la fe o en la doctrina, creían en la experimentación y en la relación entre causa-efecto. Su magia era la sabiduría de la época; poseían multitud de remedios experimentados durante años y años de uso. Los métodos utilizados por éstas, representaban una amenaza tan grande como los resultados que aquellas obtenían. La fuerza que poseía este grupo de mujeres planteaba una amenaza para la Iglesia, el estado y la medicina, lo que llevó al descrédito del saber femenino (4). Sus actuaciones se transmitían de generación en generación, poniendo en peligro el conocimiento científico, impartido en las universidades, siendo éste más teórico y menos práctico.

La caza a las brujas empieza en Alemania en la época feudal, donde se instauró una campaña de terror, extendiéndose ésta hacia Inglaterra, Italia y España, donde se produjeron millares de ejecuciones, tanto de mujeres, como de hombres y niños. Se crea por esta época en Europa la Inquisición, los tribunales de la inquisición, el Santo Oficio, los autos de fe y las condenas (5).

El objetivo del presente trabajo es visibilizar como fueron acusadas a las mujeres que practicaban los cuidados populares femeninos por el Tribunal de la Santa Inquisición de Toledo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio histórico descriptivo ya que nos da la oportunidad de valorar y comprender el pasado tal y como lo vivieron los individuos en una determinada época y contexto social (6).

Las fuentes se componen de documentación recopilada en la ciudad de Toledo (España) durante los meses de noviembre del año 2014 hasta julio del año 2015. En un primer momento se optó por la revisión de libros procedentes de distintas bibliotecas, así como cuadernos de registros de enfermería de épocas de interés de los hospitales de Toledo y archivos que fueron consultados dentro de las mismas, caso del Archivo Capitular de Toledo (Catedral Primada de Toledo), sin obviar la hemeroteca del Archivo Histórico Nacional donde se hallaron legajos con información relevante. En total se clasificaron 15 libros y 27 documentos relacionados con el tema de estudio.

RESULTADOS

Brujería y Superstición: Cuidados Populares Femeninos

En el año 1184 (s. XII), se creó la Inquisición por el Papa Lucio III (Ad Abolendam), para erradicar la herejía Cátara, (estos, rechazaban los sacramentos, el matrimonio y creían en la reencarnación y, lo más grave para la Iglesia, permitían la participación de la mujer en todas las esferas públicas) (7). En el año 1235, se extendió a otras zonas de Europa. En el s. XIII, para los instruidos, la palabra magia se relacionaba con brujería y hechicería. Diablo y brujería formarán un binomio indisoluble, no existiendo esta íntima unión cuando se trata de la palabra hechicería. Para el pueblo, la brujería se relacionaba con la figura de la mujer. La brujería se valdría de ilusión y sortilegio, asistida por ungüentos, alucinógenos y pócimas preparadas a base de hierbas. La hechicería, sin embargo, se surtía de materiales empíricos, probados a través de la experimentación (8).

En 1249 llegó la Santa Inquisición al reino de Aragón, considerándose la primera Inquisición estatal. La tortura fue admitida por Inocencio IV (bula Ad Extirpanda 1252), como procedimiento procesal para conseguir la confesión de las personas inculpadas por el tribunal, bajo la influencia del Derecho romano. Alejandro IV (1259) y Clemente IV (1265), aprobaron estas prácticas y su utilización (9).

En Toledo la Inquisición se instauró mucho más tarde, pero ya en el Concilio de Toledo de 1324, queda recogida la consideración que se tiene acerca de la figura de la mujer, entre otras cuestiones se la imagina frágil, impúdica o corrompida. Llegado el año 1326, el papa Juan XXII concedió la categoría de herejía formal a la brujería con la bula Súper Illius Specula. Con ello, las mayores perdedoras fueron, durante la Edad Media, las mujeres y, dentro de estas, las que desarrollaban conocimientos de cualquier ciencia. Por tanto, fue la propia iglesia católica quien apartó a la mujer del conocimiento científico. En el Tribunal de la Santa Inquisición de Toledo, se produce al igual que en el resto de Europa, un aumento de los delitos por hechicería, con la connotación de que no se da ningún castigo relacionado con la hoguera (10).

La persecución de las sanadoras campesinas se entendía como un combate contra la magia y no contra la medicina. Se creía que el demonio poseía poderes terrenales y el ejercicio de ese poder por unas campesinas aterrorizaba a la Iglesia y al Estado. La alianza entre Iglesia, Estado y médicos alcanzó su pleno apogeo con motivo de los procesos de brujería, en los que el médico desempeñaba el papel de experto, encargado de dar una apariencia científica a todo el procedimiento (1). Por otro lado, los médicos tenían el papel de examinar a los reos antes y después de sus castigos: estos, por su parte, no podían durar más de una hora o, como mucho, una hora y un cuarto cuando los delitos eran muy graves. No podía haber señales de sangre en el cuerpo de los castigados (11).

La caza de brujas no consiguió eliminar a las sanadoras de procedencia popular, pero las marcó para siempre con el estigma de la superchería y una posible perversidad. Llegaron a estar tan desacreditadas entre las nacientes clases médicas que, en los siglos XVII y XVIII, los médicos pudieron empezar a invadir el último bastión de las sanadoras populares, la obstetricia (1).

Procesos condenatorios: el tribunal de Toledo y sus casos. La condición social, migraciones y catástrofes como causas de herejía y el Tribunal de Toledo

Adentrándonos en el contexto socioeconómico del siglo XVII, se puede decir que "hay un acuerdo en admitir que todos los países de occidente europeo sufrieron, durante el siglo XVII una regresión económica" (12).

Las causas de la crisis son debidas a un cúmulo de factores naturales, políticos así como económicos, sin dejar de lado la disminución de la población, (solamente en España se perderán un millón y medio de personas) (13). Dichas pérdidas estuvieron provocadas tanto por las guerras como por los movimientos migratorios, ya que se produjo un desplazamiento de la población desde las zonas rurales a las ciudades, siendo muy destacados los movimientos de los habitantes de las dos Castillas hacia Madrid. Las causas principales fueron las malas cosechas que provocaron un empobrecimiento de la población, que se tradujo en una debilitación física y desnutrición por falta de alimentos de la población. Además la aparición una vez más de la peste, (surgiendo en oleadas en 1597-1602, 1647-1651 y 1676-1685), provocó un aumento muy importante de la mortalidad (14). Los acusados estudiados que son procesados por curandería y hechicería, mayoritariamente, han participado en este flujo hacia la corte.

La Inquisición influyó de forma decisiva en la disminución de la calidad de vida en la ciudad de Toledo, que desde una época muy temprana se puso a la cabeza de las persecuciones judeo-conversas (15). La Sede del Santo Oficio estaba en el centro de la ciudad de Toledo, tanto en el convento de San Juan de la Penitencia como en los locales donde la Inquisición actuaba. Entre estos, se encuentra la Catedral Primada de Toledo, donde pasaban los presos en procesión, la Plaza de Zocodover, donde acontecían los autos de fe, el Castillo del pueblo de Guadamur, una cárcel secreta del Santo Oficio, el Convento de San Pedro Mártir y la iglesia de San Vicente (16).

Se puede afirmar que la mujer es condenada por casos de herejía en mayor medida en comparación con el hombre, (Tabla 1). Las mujeres condenadas coinciden en unas características frecuentes, tales como la carencia de recursos económicos, un nivel cultural mínimo, así como una evidente desprotección ante la vida, bien por ser viuda o mujer abandonada por su marido e hijos, o no tener la estabilidad que implica el poseer un oficio o cualquier actividad no penalizada por las leyes de la época.

Tabla 1: Relación de procesos realizados por la Santa Inquisición de Toledo s. XVI a XVIII

Siglo	Año	Nº Procesos		Nº Procesos Hechicería		Total
				Mujeres	Hombres	Procesos
		Generales				
s. XVI	1500 a 1599	49	64	15	128	
	1620 a 1629	29				
	1625 a 1630	26	165	163	54	434
s. XVII	1640 a 1645	26				
	1650 a 1699	52				
	1700 a 1750	60				
s. XVIII	1650 a 1699	20	80	55	25	160

Tabla 1: Relación de procesos realizados por la Santa Inquisición de Toledo s. XVI a XVIII. Información extraída del: (Catálogo de las causas contra la fe sugeridas ante el Tribunal del Santo Oficio. De la Inquisición de Toledo y de las formaciones genealógicas de los pretendientes a oficios del mismo, Madrid, 1903). Creación propia de los autores.

Existían tres tipos de cárceles, dependiendo del tipo de preso: las públicas, usadas para los acusados de infracciones de fe, las medias, donde los acusados eran funcionarios del Santo Oficio y las secretas, para todos los herejes (17).

La admisión de presos era algo a lo que el Hospital del Nuncio de Toledo mostraba reticencias. Intentaban recusar, diciendo que no había plaza o bien pedían dinero y fanegas de trigo para aceptar. Si el preso era pobre, el fisco tenía que pagar su manutención y, en esos casos, el tribunal devolvía los reos orates a sus familiares con la orden de que cuidasen de ellos (18).

Hay que destacar que la hechicería urbana estaba constantemente rozando el fraude o el engaño, siendo completamente diferente de la brujería rural. Los servicios de estas procesadas eran solicitados por todo tipo de personajes, desde los más bajos estratos a los más altos. Serán los propios clientes los que irán a la Inquisición a denunciar las prácticas hechiceras de las acusadas. En contadas ocasiones, será el fracaso de la hechicera, o los odios personales, lo que llevará a los testigos a denunciar a estas acusadas por hechicería (10).

Respecto a la condición social de las acusadas, vemos que por lo general las mujeres procesadas no declaran su oficio. En algunas causas se puede observar que, aunque el cónyuge tenga un oficio próspero, la acusada puede estar separada de él, por tanto en estas ocasiones es muy difícil tener datos de las acusadas. El resto de mujeres procesadas no declara un oficio concreto, ni su forma de vida.

Del estudio de estas procesadas se desprende que su medio de vida era la hechicería, pues prestaban unos servicios a cambio de dinero o de regalos, pretendían adivinar el futuro echando las habas, enamorar, así como curar enfermedades, hacer presagios a través de objetos, etc. (19). Los conjuros utilizados por estas mujeres eran recitados de

memoria. Se puede pensar que existía una transmisión de conocimientos, pues sus formas e instrumentos se repiten en varias acusadas. Sabían mucho de huesos, músculos, hierbas y drogas, teniendo la capacidad de curar diversas enfermedades.

Para realizar sus actuaciones, las hechiceras se valían de instrumentos que formaban parte de sus rituales: oraciones, velas, corazones de animales, clavos, hierbas, objetos religiosos: utilizaban los medios más asombrosos e imaginativos, hasta llegar a la mayor extravagancia. En cambio sólo practicarán la astrología los acusados que tenían una cultura superior (20).

Existían tres modos de formar causa en materia de herejía: por acusación, por delación y por pesquisa. Las personas que supiesen de alguien que practicaba actos de herejía y no los delatasen, eran víctimas de fuerte tortura y sufrimiento. Nos centraremos en la delación, pues, aparte de ser la más común, era la forma que se daba en los procesos presentados. Ésta consistía en denunciar a una persona por cualquier práctica sospechosa de herejía ante el Santo Oficio. El miedo a ser denunciado a la Inquisición daba lugar a mantener a un clima de desconfianza entre la población (21).

El destierro era uno de los castigos más comunes aplicados a las causas de hechicería. Se podía desterrar a los reos de todo el distrito de la Inquisición de Toledo. El tiempo del destierro iba de uno a diez años y en caso de quebrantarlo se le doblaba la pena (1).

La Inquisición fue suprimida por las Cortes de Cádiz en 1813. Fernando VII la reimplantó en 1814 y fue definitivamente abolida por María Cristina en 1834 (22).

CONCLUSIONES

Varias son las posibles causas que explican el gran aumento del delito de hechicería, en la primera mitad del siglo XVII, no sólo en España, sino en toda Europa. Nos hemos ceñido, más concretamente, a la jurisdicción de Toledo.

Aparece un marco de lucha de competencias profesionales entre médicos y sanadoras. La implantación de la medicina como profesión, para cuyo ejercicio se exigía una formación universitaria, facilitó la eliminación de las mujeres sanadoras y por ende, la exclusión legal de las mujeres de su práctica. Se da un uso instrumental inquisitorial por parte de la profesión médica, así los hombres ganan ventaja sobre las mujeres, en relación a la medicina y esta se puede considerar víctima y por tanto objeto prioritario del sistema inquisitorial.

En Toledo, existen delitos de hechicería urbana con un carácter que contrasta fuertemente con los producidos en otras regiones dentro de España, así como de países cercanos. Ésta es inofensiva, no sangrienta, y dada, generalmente, a la adivinación, predicción del futuro y prácticas celestinescas.

Es importante decir que, la inquisición creó una constante situación de desconfianza y miedo, ya que una de las características del periodo inquisitorial fue la persecución y la delación que las personas sufrían.

A pesar de todo esto, el periodo inquisitorial no terminó con los cuidados practicados por las mujeres, pero ha marcado a la figura de la mujer sanadora para siempre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ehrenreich B, English D. Brujas, Comadronas y Enfermeras, historia de las sanadoras. Barcelona, España: La Sal.1984.
2. Machicado J. Corpus Iuris Civilis: Las Novellae Constitutiones post Codicem. Bolivia: centro de estudios de derecho.2007.
3. Palacio V. Razón de la Inquisición. Madrid, España: Editora Nacional.1954.
4. Beteta Y. Súcubos, hechiceras y monstruos femeninos. Estrategias de desautorización femenina en la ficción bajomedieval. Madrid, España: Almudayna.2011.
5. Pérez D. Brujería e inquisición en Cuenca (s. XVII). Almud, Revista de estudios de Castilla la Mancha; 1980. 2.
6. Arratia A. Investigación y documentación histórica en enfermería. Texto Contexto Enferm; 2005. 14, pp. 567-574.
7. Breval JM. Los judíos y el origen de la Inquisición en España; 2009.
8. Armengol A. Realidades de la brujería en el siglo XVII: entre la Europa de la Caza de Brujas y el racionalismo hispánico. Tiempos Modernos: Revista Electrónica de Historia Moderna; 2002.
9. Duarte L. Bulas Inquisitoriais: "Ad Extirpanda" (1252). Revista Diálogos Mediterráneos; 2014. 7, pp.200-228.
10. Kamen H. La Inquisición Española. Barcelona; 1971.
11. Usandizaga M. La historia de la obstetricia y la ginecología en España. España: Labor; 1944. pp.83-84.
12. Anés G. Las crisis agrarias en la España moderna. Madrid, España; 1970. p.87.
13. Vilar P. Historia de España. Barcelona, España: Crítica; 1995.
14. Domínguez A. El Antiguo Régimen: los Reyes Católicos y los Austrias. Madrid, España; 1973. p.348.
15. Perezagua J. Breve historia de la Inquisición de España. Covarrubias ediciones; 2008.
16. Requenas E. Anales Toledanos. Toledo, España: José Ignacio Gil Impresores S. L; 2007.
17. Cuevas M. Inquisición y hechicería los procesos inquisitoriales de hechicería en el tribunal de Toledo durante la primera mitad del siglo XVII. anales toledanos; 1980. 13, pp. 25-92.
18. Tropé H. La Inquisición frente a la locura en la España de los siglos XVI y XVII (II): La eliminación de los herejes. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2010. 30, pp 465-486.
19. Blázquez J. Eros y Tánatos. Brujería, Hechicería y superstición en España. Toledo, España: Arcano; 1989.

20. Maravall JA. La cultura del Barroco. Instituto Superior de Novas Profissoes; 1997.
21. Quevedo F. (1967). La vida del Buscón. Madrid, España; 1967.
22. González MJ, González CR. Gran Enciclopedia Universal Enciclopedia universal ilustrada europeo-americana. España: Espasa-Calpe; 2005.

EL ASPECTO SOCIAL DEL CUIDADO EN EL SIGLO XVI. UNA APROXIMACIÓN A LA ANTROPOLOGÍA ENFERMERA EN LA VALENCIA RENACENTISTA

THE SOCIAL CONCEPT OF CARE. AN APPROACH TO THE NURSE ANTROPOLOGY OF REINASSANCE VALENCIA

Amparo Nogales Espert

Universidad Rey Juan Carlos, Madrid

PALABRAS CLAVE: Enfermería. Gremios. Estética. Cuidados.

RESUMEN: Esta comunicación pertenece a un trabajo de mayor extensión. Plantea una propuesta de investigación histórica, acerca de un interrogante aún no resuelto: Por qué el oficio de enfermería no logró asociarse formando un gremio en el siglo XV-XVI en Valencia, y sus posibles consecuencias. Reflexiona sobre la existencia de una estética del cuidado a lo largo de la historia de la enfermería, presentando ejemplos de su trayectoria asistencial que apoyan la presencia y refuerzan la propia estética de enfermería en la actualidad. Los anexos acerca de estos dos aspectos aportan pilares de refuerzo sobre los temas comentados.

KEY WORDS: Nursing, Nursing Aesthetic, Care.

ABSTRACT: This communication belongs to a work of major extensión. It proposes a historical research proposal, about a still not solved question: Why the nursery profession did not manage to associate itself forming a guild in the fifteenth-sixteenth century in Valencia, and its possible consequences. It reflects on the existence of an aesthetic of care over the history of nursing, presenting examples of its welfare trajectory that supports the presence and reinforce the own aesthetics of nursing currently. The annexes on these two aspects provide reinforcing pillars on discussed topic.

Ausencia de una enfermería constituida en gremios

Encontramos más preguntas que respuestas en el caso del antiguo Reino de Valencia. En el siglo XV existía en la ciudad una importante red hospitalaria asistida por personal de enfermería. Superada la medicina escolástica, extendida desde el siglo XI hasta principios del XIV, abundan en Valencia las fundaciones de centros hospitalarios, por iniciativa de particulares laicos o eclesiásticos, o bien por la nobleza, dando lugar a la aparición de buen número de hospitales, totalmente ya medicalizados.

Con el Renacimiento tiene lugar un hecho sanitario que revolucionaría el funcionamiento de los cuidados: la creación en 1512 de un gran centro hospitalario, El Hospital General de Valencia, incrementándose el número de enfermeras por una parte, y por otra, dando lugar a una división más estratificada de los puestos de trabajo y de sus funciones, de este modo se daban los primeros pasos hacia la especialización, hecho que afectó muy directamente al estamento de enfermería.

Por primera vez los enfermos se separan en habitaciones según los sexos, como se hacía en los hospitales medievales; además, se destinan a nuevas salas denominadas con la enfermedad de los pacientes recogidos en ellas.

El personal asistencial gozó de reconocimiento por parte de las autoridades, buena prueba de ello es que en los mismos capítulos de la fundación del Hospital, el capítulo 21 admite al personal asistencial de los hospitales que se unifican en el general, asignándoles puesto, lugar de trabajo y sueldo, y conservando el puesto de trabajo de por vida, es decir, concediéndoles un destino en propiedad.

La Valencia renacentista fue una ciudad potente económicamente, buen número de oficios se habían constituido en sociedades gremiales para desarrollo y potenciación de sus correspondientes artes. El Anexo I presenta un listado de los gremios fuertemente asentados en la capital.

En la sociedad valenciana ocupa un espacio particularmente amplio el asociacionismo de los oficios en torno a sociedades gremiales, concentrándose el grueso en Valencia, en torno a unos sesenta gremios en el siglo XVIII, siguiendo una vieja tradición, pues algunos de ellos eran de fundación mucho más antigua. Por ejemplo, los pescadores contaban con privilegios corporativos desde el siglo XIV. Los considerados “artistas” practicaban las artes liberales, notarios, boticarios, cirujanos, profesiones relacionadas con la universidad, cuya asociación adoptó el nombre de colegio.

Esta situación en la sociedad valenciana parece facilitar el asociacionismo en los grupos sanitarios de enfermería. Sin embargo no sucedió así. De haber ocurrido, el estamento de enfermería pudiera haberse constituido en un grupo más poderoso y estructurado, con maestros, mancebos u oficiales, un escalafón donde ascender dentro de enfermería. ¿Qué pudo ocurrir?. Varias posibles respuestas quedan en el aire. Téngase en cuenta que en el siglo XVII los “pares” o enfermeros de las salas contaban con mayor número de ayudantes, serviciales o auxiliares, añadiéndose la existencia de ayudantes de cirugía que, aún dependientes del cirujano mayor, realizaban sin embargo **funciones de** enfermería,

según el organigrama de Mercedes Vilar¹ como puede verse en el Anexo II. Se trataba de un grupo muy numeroso.

Pudo ser que en Valencia la dependencia del enfermero mayor de los cuatro administradores o regentes, le uniera más a estos como dirigentes del hospital que al propio personal de enfermería, con menor preocupación por sus intereses. O tal vez pudo influir la ausencia reglada de la enseñanza de enfermería. Pocas obras se han encontrado, hasta ahora, de libros para una enseñanza más o menos organizada de enfermería. Uno de los más antiguos conservados es el "Directorio de Enfermeros de Simón López, del siglo XVII².

En el Anexo III se encuentra una breve muestra de obras escritas para la enseñanza de la enfermería.

Existencia de una estética de los cuidados de enfermería

La estética del cuidado ha estado presente en enfermería en cualquier momento de su historia desde sus propios orígenes. El Anexo IV muestra casos de especial interés por cuidar bellamente a los enfermos en el siglo XVI. En ellos hemos interpretado como significativas muestras de estética, las múltiples órdenes escritas en el Hospital General de Valencia en diferentes épocas, para mejorar la calidad de la estancia en el hospital, que ayudan a entrever la proyección de vivencias expresadas en aquellos momentos por los regentes del hospital, interpretadas ahora como un cálido interés por el ser humano, y por dar confort a su hospitalización, invitando al mismo tiempo al lector a sacar sus propias conclusiones.

Diremos ahora unas pocas palabras sobre el arte de cuidar, en el que están en juego muchas cosas, incluso se juega, en nuestra opinión, el arte de vivir, en ese recorrido en el cual el profesional proyecta no solo su trabajo sino, al mismo tiempo, su propia forma de vida.

Al pensamiento de enfermería corresponde seguir ahora, en estos tiempos, una dinámica fundamentalmente filosófica, pues el cuerpo es intrínseco al espíritu humano; somos consustancialmente cuerpo y espíritu. Y de la persona humana se ocupa la enfermera.

En esta línea de pensamiento, el profesor Tirado expresa algo precisamente de aplicación al mundo de la enfermería: "No se puede hacer estética si no se tiene vida estética. No se puede hacer filosofía si no se tiene vida filosófica".

La enfermera muestra algo por medio de su trabajo, y puede hacer una apuesta por el arte. Como ser humano la persona está viva, y ha de ir rehaciendo sus propias teorías

¹ Vilar Devís, Mercedes. La organización interna del Hospital General. En: De hospitium, follis i malalts: L'Hospital General de Valencia. Ayuntamiento de Valencia, 2002, p. 60.

² García Martínez, Antonio M^º Claret; García Martínez, Manuel Jesús. Estudio, Transcripción e índices de "Directorio de Enfermeros y Artífice de obras de caridad para curar las enfermedades del cuerpo, de Simón López, s. XVII. Enfermundi, Consejo General de Enfermería, Madrid, 2001.

sobre la belleza. Platón habla de belleza invisible. Belleza proviene del griego “aístesis”, como algo corpóreo. En síntesis la belleza para el hombre es sentir.

ANEXOS

Anexo I. Gremios en Valencia, capital del Reino. Los gremios reseñados a continuación pertenecen al siglo XVIII valenciano.

Colegios o asociaciones de un grupo superior de corporaciones que reunía las artes liberales, o profesionales relacionados con la universidad: notarios, cirujanos, boticarios, médicos. Se amplió al colegio de plateros y sederos, o Colegio del Arte Mayor de la Seda.

Gremios básicos: zapateros, sastres, carpinteros, albañiles, artesanos del hierro. Gremio de zapateros, uno de los más numerosos de la ciudad, con unos 270 maestros; Gremio de sastres. Era el brazo principal. A él se unen los gremios de calceteros, boneteros, juboneros, roperos, tundidores, colchoneros y ropavejeros; Carpinteros: Con los brazos de ebanistas, escultores, silleros, carreteros, torneros, Albañiles, etc.

Gremios en relación con la alimentación: .. Carniceros y cortantes; Cabañeros y pastores; Molineros. Reunían a más de 100 maestros; Pasteleros; Panaderos.

Comentario: Se pone de manifiesto la abundancia de asociaciones profesionales que llegan a reunirse en la ciudad de Valencia, con numerosos gremios y sus diferentes brazos gremiales, colegios etc. Mostrándose de este modo una sociedad adaptada a la idea del asociacionismo y al sentido de pertenencia a un grupo con idénticos intereses profesionales.

Lo extraño es que esta inclinación de la sociedad valenciana por constituirse en un gremio no llegara a materializarse entre el personal de enfermería del Hospital General de Valencia que, no solo por su ascendiente entre el pueblo valenciano, sino por su número y diversificación laboral en la organización hospitalaria, tenía incentivos sobrados para despertar a otras inquietudes, por ejemplo, sobre la demanda de cambios en la mejora de su realidad laboral. Todo ello plantea interesantes cuestiones en torno a este gran interrogante que dejamos abierto.

Anexo II. Personal sanitario del Hospital General de Valencia en el siglo XVII:

Médico ordinario: Médico asistente-Bachiller; Velantes; Boticario: “Fadrins” (mozos) apothecaria; Cirujano Mayor: Practicantes de cirugía; “Taulegers” (responsables tabla de cirugía); Sangradores; Ayudante de sangrador;

Enfermero Mayor: “Pares” enfermeros de hombres de las siguientes salas: Fiebres; Fatigados; Convalecientes; “Mal de siment” o sífilis; “Orats” o enfermos mentales; Casa de “borts” o expoáitos; Serviciales, auxiliares o ayudantes en las distintas salas de hombres; Serviciales, auxiliares o ayudantes en las distintas salas de mujeres. Los Velantes o encargados de las salas por la noche, con dependencia del Enfermero Mayor. . “Mares” o enfermeras de mujeres de las salas siguientes: Fiebres; Heridas; “Mal de siment” o sífilis; “Orades” o enfermas mentales: “Preses” o encargada de preparar sobrealimentación a los convalecientes; Serviciales, auxiliares o ayudantes en las distintas salas de mujeres; Casa de “borts” o expósitos.

Comentario: Con la composición del estamento de enfermería del Hospital General de

Valencia nos hacemos una idea de su estructura jerarquizada, a partir del enfermero mayor, bajo cuyo mando se reúnen las restantes ramas, fundamentalmente enfermeros y enfermeras de las distintas salas, y serviciales o auxiliares de enfermería, hombres y mujeres.

Anexo III. Libros para enseñanza de la enfermería: “Directorio de enfermeros y artífice de obras de caridad para curar las enfermedades del cuerpo”. Simón López, enfermero, siglo XVII. Quizás se encuentre entre los primeros libros escritos con este fin.

Los siguientes libros pertenecen a la biblioteca particular del Profesor Isidoro Jiménez, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos de Madrid: Siglo XIX: “La doctrina de sangradores” de Ricardo Lepreux, 1814; “Instrucción del Practicante” de Bonifacio Blanco y Torres, 1863; “Vademecum del Practicante”, de Juan Marsillac y Parera, 1879.

Los siguientes libros pertenecen al Fondo Histórico de la Fundación Index, recogidos en su Catálogo, Granada, 2004: Nº 167. “Real Orden; Para esclarecer las funciones profesionales de los barberos, cirujanos y sangradores”. Jaén, 1826; Nº 183. “Elementos del Arte de los Apósitos: Con la descripción metódica de cuantos, verdaderamente útiles, se conocen hasta el día”. Nieto M. Y Méndez Álvaro, Francisco. Madrid, 1847.

Comentario: Con esta pequeña muestra ya se ve la escasez de obras con fines docentes hasta el s. XX. Se enseñaba enfermería, al parecer, por transmisión oral, práctica, observación y actuación repetida.

Anexo IV. Ordenes hospitalarias del Hospital General de Valencia en el siglo XVI:

Primeras Constituciones de la fundación del Hospital General de Valencia. Logroño, Octubre, 1512: A.R.V. Real Cancillería, reg. 314, fol. 245 v -259 r³:

Capítulo 48: Orden de seguir la costumbre de los cofrades de lavar los pies a los enfermos y servirles en las comidas.

Nuevas Constituciones para el gobierno del Hospital General de Valencia, establecidas por sus administradores y diputados. Valencia, 17 de Marzo, 1589. A.D.P.V., Judiciari IV, s. f. Ed. López Terrada. M^a Luz (1986), cfr. Vol. 3, doc. nº 21, pp. 1056-1082⁴:

Cap.VII. Cuidados especiales a los convalecientes. Para buen cuidado y trato a estos enfermos, se asigna un hombre honrado y un auxiliar para que les sirva y cuide.

Cap. VIII. Mesitas y servilletas para servir las comidas a los enfermos encamados, asignando para esta función, los serviciales o auxiliares necesarios.

Cap. VIII. Orden de confeccionar treinta docenas de camisas, y cuantas sean necesarias para los enfermos, limpieza de las camas y decencia de la casa.

³ Gallent Marco, Mercedes.- Orígenes del sistema sanitario valenciano. Institutió Alfons el Magnánim. Valencia, 2016, p 164.

⁴ Gallent Marco, Mercedes.- Orígenes del sistema sanitario valenciano. Institutió Alfons el Magnánim. Valencia, 2016, p 213.

Cap. X. Orden de fabricar veinte docenas de zapatillas para los enfermos encamados.

Cap. XI. Orden de designar a dos mujeres de caridad, para ayudar a los fatigados y a los enfermos que lo necesiten, cuando pasan las comidas.

Cap. XIII. Orden de visitar sin demora al enfermo que llega al hospital.

Cap. XV. Orden al receptor de enfermos de escribir una pequeña tarjeta con las señas del enfermo para colgarla del cuello al ingreso.

Cap. XVI. La persona que tiene a su cargo la ropa del hospital se encargue de acompañar al enfermo en su ingreso, hasta la cama que tendrá asignada.

Cap. XXXI. Que las criaturas estén bien cuidadas, y si alguna de ellas tiene enfermedad contagiosa, sea colocada en aposento a parte, y que continuamente haya dos mujeres o más a su cargo.

Cap. LXXVIII. Orden de que duerma en la sala de fiebres de hombres uno de los dos cirujanos, para atención inmediata en caso necesario.

Comentario: En 1589 se establecen nuevas constituciones para el gobierno del Hospital General de Valencia. Después de ochenta y siete años de funcionamiento, los gobernantes contaban con experiencia y habían registrado tanto las deficiencias como la necesidad de establecer cambios en la mecánica asistencial. En este esfuerzo por el mejoramiento de la asistencia se cuelan, dentro de las nuevas normas, ciertos signos impregnados de algo más que el intento por dar mayor calidad a la estancia hospitalaria, rasgos que interpretamos en forma de estética de los cuidados.

Una cierta sensibilidad estética pudo ir introduciéndose igualmente en la percepción de los propios enfermos, como un jugo entrando sin ser visto. Una sensación solo visible en el mundo interior del desvalido.

La estética se muestra en la historia de la enfermería a través de imágenes registradas en cualquier momento de su trayectoria. Por ello la propuesta de investigar en la estética del cuidado es pertinente y de plena actualidad. Basta con desecharlo y hacerlo realidad.

CONCLUSIONES

Se propone la apuesta por caminar hacia líneas abiertas de investigación historiográfica. Como ejemplo, dos propuestas:

Proseguir en el rastreo de fuentes sobre las causas de la ausencia de un gremio unificador de la enfermería y sus posibles consecuencias históricas.

La estética de los cuidados como una de las grandes posibilidades de apertura a la investigación histórica de enfermería, tanto en su historia pretérita como en la actual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amézcuca, Manuel; Muñoz Muñoz, Ana M^a; García Aranda, Mónica.-Catálogo del fondo histórico de la Fundación Index. Granada, 2004.
- Bateaux, Charles.- Las bellas artes.- Publicaciones Universitat de Valencia, PUV, 2016.
- Berger, John.- Modos de ver. Gustavo Gili. Barcelona, 2016.
- Gallent Marco, Mercedes.- Orígenes del Sistema Sanitario Valenciano.- Insitució Alfons el Magnánim. Diputació de Valencia, 2016.
- Gombrich Ernst.- Breve historia de la cultura. Península. Barcelona, 2016.
- Lain Entralgo, Pedro.- La medicina hipocrática. En: Nogales Espert, Amparo. La antropología de Pedro Lain Entralgo y su aplicación a la enfermería. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, 2015.
- López, Simón.- Directorio de enfermeros y artífice de obras de caridad para curar las enfermedades del cuerpo. Estdio, transcripción e índices de Antonio Claret y Manuel Jesús García Martínez. Consejo General de Enfermería. Madrid, 2001.
- López Terrada, María Luz.- La aparición del “mal de siment” en Valencia y su tratamiento. En: De hospitium, folls e malalts: L’Hospital General de Valencia. Ajuntament de Valencia, 2002.
- Molas Ribalta, Pere.- Los gremios valencianos en el siglo XVIII. Un esquema. EStudis. Revista de Historia Moderna, 2016. Departamento de Historia Moderna. Facultad de Geografía e Historia. Universidad de Valencia, 2016.
- Nogales Espert, Amparo.- Los hospitales medievales y la enseñanza medieval de la medicina. En Hernández Martín, Francisca. Historia de la enfermería en España. Síntesis, Madrid, 1996.
- Vilar Devís, Mercedes.- La organización interna del Hospital General. En: De hospitium, folls e malalts: L’Hospital General de Valencia. Ajuntament de Valencia, 2002.

APLICACIÓN DE LOS REMEDIOS POR ENFERMEROS RELIGIOSOS: EL EMPLEO DEL 'VINUM ACRE' EN EL SIGLO XVIII

APPLICATION OF REMEDIES BY RELIGIOUS NURSES: THE USE OF 'VINUM ACRE' IN THE 18TH CENTURY

Helga Rafael Henriques

Profesor de la Escuela de Enfermería de Lisboa. Doctorado en Enfermería

Isabel Pereira

Profesor de la Escuela de Enfermería de Lisboa. Doctorado en Enfermería

Cristina Lavareda Baixinho

Profesor de la Escuela de Enfermería de Lisboa. Doctorado en Enfermería

PALABRAS CLAVE: Vinagre, Cuidados de Enfermería, Método Histórico.

KEY WORDS: Vinegar, Nursing Care, Historical Method

RESUMEN: Pretendemos describir la aplicación del 'vinum acre' en el cuidado de los enfermos, así como la administración segura de los remedios. Metodología histórica. Investigación intencionada en las obras de la Biblioteca del Palacio Real de Mafra. Hay diversos tipos de vinagre con diversos usos. Se esperaba que los enfermeros tuvieron especial cuidado en la administración de los remedios. El vinagre fue un remedio utilizado por los enfermeros en Mafra con el objetivo de equilibrar los humores o eliminar el aire corrupto. La administración segura de medicamentos es una de las funciones de asistencia de los enfermeros en siglo XVIII.

ABSTRACT: We intend to describe the application of 'vinum acre' in patient care and discuss safe administration of remedies. Historical methodology. Intentional search in the books of the Library of Mafra Royal Palace. Results shows that there are several types of vinegar, with different therapeutic properties. Nurses were expected to take special care in the administering of the remedies. Vinegar was a medicine used by religious nurses in Mafra in order to balance the moods or eliminate the corrupt air. Safe administration of medication was one of the nursing duties in the eighteenth century.

INTRODUCCIÓN

La palabra vinagre deriva directamente del latín “vinum acre”, que significa vino agrio. El vinagre es el líquido ácido que se obtiene mediante un procedimiento de doble fermentación. Puede conseguirse teniendo como base casi todas las fuentes de carbohidratos fermentados, como, por ejemplo, vegetales, jarabes y vino. De modo a obtener el vinagre primero se realiza la fermentación alcohólica (en este momento el azúcar se transforma en alcohol, por acción de las levaduras), después ocurre la fermentación acética (conversión del alcohol en ácido, por acción de un grupo de bacterias denominado de *Acetobacter*). El ácido acético y el agua son los principales constituyentes del vinagre, aunque en el vinagre también se puedan encontrar vitaminas, como la riboflavina y la vitamina B1, sales minerales y enzimas (1,2,3,4).

A lo largo de los tiempos son muchos los rastros de civilización que nos muestran la utilización del vinagre con objetivos medicinales o culinarios. Sin embargo, el origen del vinagre se pierde en el tiempo y se confunde con la historia del vino mismo, una vez que cualquier vino expuesto al oxígeno de manera natural se convertirá en vinagre.

Hoy en día sabemos que la resina que revestía de manera parcial o total a los recipientes en barro que contenían vino era producida y comercializada en toda la Antigüedad. Así, la historia del vino — y probablemente del vinagre — empieza con los primeros asentamientos neolíticos (8000 a.C.) cerca del Mar Negro y del Mar Caspio, una región que abarca el sur de Georgia, el este de Turquía, Armenia, Azerbaiyán y el noroeste de Irán (5).

En 5000 a.C. los babilonios usaban dátiles para hacer el vino y el vinagre de manera a utilizarlo como alimento, conservante o para decapar. Los textos bíblicos contienen numerosas referencias al vinagre como un condimento, una bebida o un elemento energético. Así como en China, durante la expansión del Imperio Romano, los soldados romanos bebían vinagre aromatizado con hierbas y perfumes (posca) como bebida energética. Hipócrates recetaba vinagre con manzana mezclado con miel para una pluralidad de enfermedades, entre ellas la tos y los resfriados (5).

En el siglo XVIII, la enfermería se entendía como la simple aplicación de las medicinas o tratamientos según la receta de los médicos o de los cirujanos (6). En la obra *Postilla Religiosa* (1741), una obra destinada a la formación de los enfermeros religiosos, encontramos advertencias específicas en lo que concierne a la aplicación de los remedios. El enfermero tiene como responsabilidades exclusivas garantizar la corrección de la posología y verificar los cuidados a realizar en la administración (7,8,9). En este estudio, uno de los intentos fue comprender de qué manera estas advertencias se ejecutaban en lo que toca al vinagre por parte de los enfermeros religiosos en las enfermerías del Convento de Mafra.

Dicho Convento integra el Palacio Real de Mafra (PRM), que fue edificado por el rey João V, en 1717. Actualmente, es el monumento barroco más importante de Portugal, con 40.000 m², e incluye el Palacio Real, la Basílica y un convento para trescientos 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 permanecieron allí hasta 1834,

por ocasión de la extinción de las órdenes religiosas en Portugal (10). El Convento de Mafra integra tres enfermerías que sirven a la comunidad religiosa del palacio y de vez en cuando a los invitados y a la comitiva del rey: la enfermería de los pacientes gravemente enfermos, la enfermería de los convalecientes y la enfermería de los novicios (11).

Definimos como objetivos de este trabajo describir la aplicación del vinagre en la asistencia de los enfermeros del siglo XVIII y discutir la administración segura de los remedios por parte de los enfermeros religiosos.

MÉTODO

De manera a contestar a los objetivos propuestos recorrimos al método histórico. La investigación histórica se constituye como un proceso cognitivo que resulta en una transformación de las perspectivas que existen sobre el pasado, trabajando los datos que se alcanzan en las fuentes (12).

Se considera el siglo XVIII como período temporal de estudio, una vez que esta es la época en que fue más intensa la actividad de los enfermeros religiosos en las Enfermerías del Convento de Mafra.

La cosecha de datos ocurrió según la consulta preparada de fuentes primarias, obras que integran la Biblioteca del Palácio Nacional de Mafra (BPNM) y que estarían disponibles para consulta por parte de los religiosos, que de este modo podrían adoptarlas como guías para sus prácticas de cuidados. Según Rusen (12), el primer paso para comprender el pasado es discutir las fuentes a través de la heurística. Así, para realizar la crítica a las fuentes primarias se definieron los criterios de inclusión que se presentan a continuación: obras editadas en el siglo XVIII, que integren el acervo de la BPNM, y documentos que describan las actividades relacionadas con la utilización terapéutica del vinagre por parte de los religiosos. A este trabajo se siguió la crítica histórica, que resulta de la construcción de un contenido informativo de la fuente (12). Esta solo se convierte en historia después de la interpretación.

Se utilizaron las siguientes fuentes: *Medicina Lusitana* (1710) (13); *Pharmacopea Lusitana Reformada* (1711, 1754) (14); *Polyanthea medicinal* (1727) (15); *Ancora medicinal* (1731) (16); *Erário mineral* (1735) (17); *Relação dos princípios vários a observar pela comunidade de Mafra* (1763) (18) y *Livro de Assentos da Botica*, Livro de registo nº8.763 (sin fecha) (19).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El vinagre fue un producto utilizado en el PRM, con una finalidad alimentar (18), además de medicinal (19). De acuerdo con las normas establecidas para la administración del Real Convento de Mafra, en 1742 (18), la gestión del vinagre cabía al responsable del almacén del vino, que tenía la responsabilidad de hacer el registro de entregas diarias de vinagre que se hacía al fraile de la cocina¹.

Hay el registro, el mes de junio de 1760, de una entrada al Convento de cerca de 36

¹ Fraile lego que cuidaba de la despensa, en los conventos.

litros de vinagre, lo que representa un aumento de 80 % en comparación con la entrada de aceite de oliva (de solamente 20 litros) (18). El análisis de las fuentes no deja claro como el vinagre llega a la enfermería o a la botica para las preparaciones medicinales. Sin embargo, el *Livro de Assentos da Botica* pone de manifiesto la existencia de vinagre como uno de sus ingredientes (19). Más tarde, también en el inventario de la botica, con fecha de 1833, podemos comprobar que el vinagre es un ingrediente común en diferentes preparaciones, sea como ingrediente principal, sea como diluyente (20).

En las 3715 páginas que constituyen las obras analizadas, ha sido posible verificar 419 apariciones de la palabra 'vinagre'. Esto significa que, en promedio, la palabra surge a cada nueve páginas. Este dato simbólico apunta para la importancia terapéutica que esta sustancia tenía en el siglo XVIII.

Las obras analizadas dan a conocer diferentes tipos de vinagre, con distintas propiedades terapéuticas. Se identificaron los siguientes vinagres: Oxicato o posca acuosa, Vinagre Rosado, Vinagre con Ruda, Vinagre Purgante, Vinagre Theriacal, Vinagre de Sabugo, Vinagre Scyllítico, Vinagre Diaphoretico, Vinagre Aromático, Vinagre Reconfortante y Vinagre Cosmético (14). Con excepción del oxicato, cuya mistura es solamente de vinagre con agua, todos los demás vinagres resultan de la mezcla de vinagre con plantas y/o frutos. Además de estas preparaciones, el vinagre se constituía como un ingrediente importante, diluyente en varias mezclas (17,16,13).

La mezcla de una parte de vinagre con seis partes de agua (oxicrato) se recomendaba en el lavado de heridas quirúrgicas o penetrantes (14,17) o en la limpieza de la lengua durante la realización de sangrías (17). La primera recomendación respecta al campo de trabajo del cirujano (14), la segunda a lo del enfermero, que asumía la responsabilidad de lavar diferentes partes del cuerpo, con "diferentes aguas y cocciones" (7).

La aplicación de los diferentes tipos de vinagre era recomendada cuando se manifestaba el dolor de cabeza, perturbaciones del sueño o epilepsia; también en situaciones de trastorno del apetito, náuseas o vómitos; como purgante, para solucionar situaciones de lombrices o de estreñimiento; en la limpieza de la piel o en el lavado de las heridas; en situaciones de envenenamiento o males que se presenten como contagiosos (14). Cada una de estas indicaciones se encontraba justificada por la necesidad de que el paciente equilibrara a los cuatro humores.

Los vinagres Rosado, con Ruda y Theriacal son también utilizados en la prevención de los aires corruptos (14). Estas prácticas se relacionan con la idea, a la época, de que la enfermedad podría tener origen en los aires corruptos (de mal olor), los miasmas. La idea de que las emanaciones de regiones insalubres eran capaces de causar enfermedades consolidó la teoría miasmática y determinó un conjunto de cuidados en el campo de la salud (21).

La aplicación de los vinagres es una responsabilidad del enfermero (7). Las vías cutánea y oral eran las más comunes, así como la utilización del vinagre por inhalación. Los enfermeros asistían a los pacientes en la deglución de bebidas y en la aplicación de paños húmedos, emplastos, cocciones, ungüentos o jarabes, perfumes o esponjas para oler.

De los enfermeros se esperaba "un cuidado especial" en la verificación de la

dosificación de las preparaciones, en el cumplimiento del horario de la administración, así como en la vigilancia del color, olor y presentación de los remedios (7). En este cuidado se manifiesta un conjunto de preocupaciones con la seguridad del paciente (22).

CONCLUSIÓN

El vinagre fue un remedio utilizado por enfermeros religiosos al inicio del siglo XVIII, con el objetivo de deshacer los humores o equilibrar los aires corruptos. La administración segura de los remedios era una de las funciones asistenciales de los enfermeros en la época, que se ha mantenido hasta los días de hoy.

BIBLIOGRAFÍA

1. Battcock M, Azam-Ali S. Fermented Fruits and Vegetables. A Global Perspective Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 1998.
2. Solieri L, Giudici P. Vinegars of the World Verlag - Italia: Springer Science & Business ; 2009.
3. Budak NH, Aykin E, Seydim AC, Greene AK, Guzel-Seydim ZB. Functional Properties of Vinegar. *Journal of Food Science*. 2014 R757-R764.
4. Bhat SV, Akhtar R, Amin T. An Overview on the Biological Production of Vinegar. *International Journal of Fermented Foods*. 2014 December: p. 139-155.
5. Estreicher SK. Wine: From Neolithic Times to the 21st Century New York: Algora Publishing; 2006.
6. Graça L. A arte da enfermagem no Século XVIII. OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde. 2005.
7. Santiago PFD. Postilla Religiosa, e Arte dos Enfermeiros, Guarnecida com eruditos conceitos de diversos Autores, facundos, Moraes, e Escriturários Lisboa: Oficina de Miguel Manescal da Costa; 1741.
8. Baixinho C, Henriques H, Pereira I. Funciones de los Enfermeros en el siglo XVIII inscritas en la Postilla religiosa. In Nebreda AC, Hernández , M. F. El asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión: 150 años de Historia del Colegio de Enfermeras de Madrid (1862-2012). Madrid: Colegio de Enfermeras de Madrid; 2013. p. 539-546.
9. Ferraz I BCRH. The first book written by a nurse in Portugal (1741): contributions to religious nurses education. *História de enfermagem. Revista eletrônica*. 2015: p. 288-98.
10. Carvalho AA. A Antiga Botica do Convento de Mafra e o Material Atualmente Existente. (1ª edição) Mafra: Coimbra Editora Lda; 1948.
11. Rafael H, Ferreira O, Baixinho C. Architectural specificities of Mafra Convent infirmaries: Portuguese concerns in the eighteenth century. In Fernandez M, Martinez A, Martinez M. *Un Siglo Cuidando a la Sociedad: Centenario del Reconocimiento Oficial de la Enfermería en España*. Santander: Colegio de Enfermaria de Cantabria; 2015. p. 575-579.

12. Rusen J. Reconstrução do passado. Teoria da História II: Os princípios da pesquisa histórica Brasília: Editora UnB; 2007.
13. Henriquez F. Medicina Lusitana, Socorro Delphico. Aos clamores da natureza humana, para total profligação de seus males Amsterdam: Casa de Miguel Diaz; 1710.
14. Antonio C. Pharmacopea Lusitana reformada: methodo pratico de preparar os medicamentos na forma Galenica e chimica Lisboa: Real Mosteiro de S. Vicente de Fora; 1711, 1754.
15. Semmedo JC. Polyanthea medicinal: noticias galenicas e chymicas repartidas em tres tratados Lisboa Ocidental: Oficina de Antonio Pedroso Galram; 1727.
16. Henriques F. Âncora medicinal, para conservar a vida com saúde Lisboa Oriental: Oficina Augustiniana; 1731.
17. Ferreyra LG. Erario mineral: dividido em doze tratados Lisboa Ocidental: Oficina de Miguel Rodrigues; 1735.
18. Neves TdC. Relação dos princípios vários a observar pela comunidade de Mafra (Manuscrito) Mafra: Palacio NAcional de Mafra; 1763.
19. s/a. Livro de assentos da botica, Livro de registo nº8.763 (manuscrito) Mafra: Palácio Nacional de Mafra; s/d.
20. Carvalho AA. A antiga Botica do Convento de Mafra e o material atualmente existente. In I Congresso Luso-espanhol de Farmácia; 1948; Lisboa.
21. Scliar M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2007; p. 29-41.
22. Baixinho C, Pereira I, Rafael H. A segurança do doente no século XVIII: Preocupações na formação e na prática de cuidados. In Curado M, JE F, Leal M, Bronze H. I Simpósio Internacional de História de Enfermagem. *Investigação em história de enfermagem: percursos e desafios*. Lisboa: Associação Nacional de História de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2013. p. 91-92.

EJEMPLOS MUSICALES EN LA OBRA DE SIMÓN LÓPEZ, “DIRECTORIO DE ENFERMEROS”, 1668

MUSICAL EXAMPLES IN SIMÓN LÓPEZ’S WORK “DIRECTORIO DE ENFERMEROS”, 1668

Ramón Pérez Peñaranda

Sección Sanitaria Servicio de Prevención, Extinción de Incendios y Salvamento
del Ayuntamiento de Sevilla

PALABRAS CLAVE: Ejemplo, palillo de tamborilero, corneta de ministril.

KEY WORDS: Example, drumstick, minstrel cornet.

RESUMEN: Se establece como objetivo analizar ejemplos de la Obra de Simón López, sobre dos instrumentos musicales: “palillo de tamborilero” y “corneta de ministril”, describiendo utensilios de uso enfermero.

Las fuentes, además de la experiencial, han sido la Obra estudiada, el Cancionero del Duque Lerma (1609) y Sintagma Musicum II (1619).

Simón López es parco en los ejemplos sencillos: “palillo de tamborilero”, y exhaustivo en los que requieren un mayor nivel de abstracción: “corneta de ministril”.

Las referencias bibliográficas de la obra presentan un hombre interesado en múltiples disciplinas, que incorpora la música como recurso didáctico dentro de los cuidados enfermeros.

ABSTRACT: Our goal is to analyse examples of Simón López’s work, about musical instruments: “palillo de tamborilero” (“drumstick”) and “corneta de ministril” (“minstrel cornet”), which describe tools of nurse practice.

The sources are López’s work, Cancionero del Duque de Lerma (1609) and Sintagma Musicum II (1619), as well as our experience.

Simón López is sparing on simple examples (“palillo de tamborilero”; drumstick), yet exhaustive on those requiring an important level of abstraction (“corneta de ministril”; minstrel cornet).

The bibliographic references of the work show a man interested in various disciplines, who includes music as an educational resource within the nurse practice.

En el presente artículo y, tras la lectura del libro Directorio de Enfermeros¹, edición única y manuscrita, conservada en la Biblioteca de la Universidad de Salamanca, en la sección de libros raros, bajo la signatura Ms. 259, nos permitimos girar una mirada desde un punto de vista musical a un texto clave de la enfermería del siglo XVII.

Esta obra fue concebida para la formación del enfermero en el conocimiento de técnicas, tareas y actividades propias de la profesión y la preparación profesional para situaciones de emergencia en ausencia de médico.

Simón López emplea como recursos didácticos ejemplos, comparaciones, refranes..., para que el contenido del mensaje sea recibido en su integridad y comprendido con precisión, utilizándo objetos conocidos de manera didáctica y razonada.

Identificamos dos elementos que provienen del ámbito musical en el texto de Simón López:

- Una referencia a una corneta de ministril¹, como modelo de utensilio para la administración de un medicamento por vía endonasal.
- Una referencia a los palillos de tamborilero¹ “para explicar cómo debe ser la punta de la jeringa con la que se sacan las ventosidades en el dolor de hijada”.

Contextualizamos en primer término el entorno en que pudo ejercer el enfermero Simón López su labor profesional, situándolo en las ciudades de Salamanca, Valladolid o Burgos, basándonos en las aprobaciones que de su libro hicieron los Drs. D. Juan del Río Noriega, Catedrático de Anatomía, D. Juan Lázaro Gutiérrez, Catedrático de Medicina en la Real Universidad de Valladolid y médico titular del Santo Oficio de dicha ciudad, y D. Geromo Pardo, Catedrático de Método Medendi de Valladolid y médico del Hospital Real General.

Disponemos de pocos datos biográficos de Simón López, aunque por las referencias que aparecen en su obra, parece ser castellano de origen y enfermero y barbero de profesión. Se trata de un hombre de gran cultura, a juzgar por sus constantes referencias a autores clásicos: médicos, botánicos, filósofos..., tanto en castellano como en latín. Igualmente podemos inferir que conocía muy bien determinados instrumentos musicales, bien por su formación humanística o por la presencia de los mismos en su entorno.

Es por ello que a continuación intentamos aproximarnos al entorno musical de la época coetánea a Simón López, destacando tres colectivos: las Capillas de Música de las Catedrales, documentadas históricamente; los Músicos de los Concejos, de los que hay menos referencias; y los Músicos Extravagantes. Presentamos datos de las ciudades citadas:

- En referencia a la ciudad de Salamanca^{2,3}, en la época en que Simón López escribe su libro, actuaba como maestro de Capilla de la Catedral Juan de Torres Rocha (1654-1679). Es de destacar que entre 1655 y 1679 la catedral contó con cuatro ministriles de corneta, de los que coexistieron tres en 1679.

Por otro lado, Juan de Torres Rocha fue nombrado Catedrático de Música de la Universidad de Salamanca en 1675, siendo respaldado en su nombramiento por el Cabildo de la Catedral. Era costumbre que la Universidad solicitase a los

trompeteros y los tamborileros de la ciudad su presencia para solemnizar la toma de posesión de la cátedra o los doctorandos.

- En relación a la ciudad de Burgos³, el maestro Alonso de Tejada (1540-1628) prestó sus servicios como Maestro de Capilla de Ciudad Rodrigo, Salamanca, Granada, Toledo, Burgos y Zamora. A este le suple Juan García de Salazar que se encuentra en Burgos desde 1659 hasta 1661. Posteriormente pasa a Toro hasta 1663 y a Burgos y Zamora hasta 1668. Es Manuel de Egües quien, con posterioridad, toma posesión de la Capilla de la Catedral de Burgos en 1685. A pesar de que la capilla de ministriles no es estable hasta 1554, en la sillería del coro, realizada por Felipe Bigarny⁴ entre 1507 y 1512, se encuentra una reproducción en madera que representa cuatro ministriles con sus instrumentos colocados frente a una partitura. Se trata de una bombardita, una corneta negra, una corneta muda y un sacabuche.
- Por último, en Valladolid^{2,5}, como otra posible ciudad que nuestro autor pudo frecuentar, destacamos a Miguel Gómez de Camargo (1618-1690) como mozo de coro en 1630, siendo su hermano Ignacio, Ministril de sacabuche. En 1654 es Maestro de Capilla de la Catedral de Valladolid, permaneciendo allí 36 años. Se le encarga en varias ocasiones la misión de buscar ministriles para la Capilla, como es el caso de Salinas, ministril de corneta que provenía de Alcalá⁴.

Desde la constitución de la Capilla Musical de la Catedral de Sevilla en 1526^{4,6}, formada por tres chirimías y dos sacabuches, el resto de catedrales incorporan estos instrumentos en sus capillas. Rápidamente se añaden otros instrumentos como la corneta y el bajón. El conjunto de todos ellos se denomina "Alta Española o Copla de Ministriles"⁷

Consideramos importante identificar en primer lugar los conceptos: "Corneta", "Ministril" y "Palillo de tamborilero":

<p>Corneta.</p> <p><i>Instrumento músico que se tañe con la boca en las capillas de música, con otros instrumentos de esta especie y de otras. Dióse este nombre por ser algo curvo, y casi semejante al cuerno de toro. (Diccionario de Sebastián de Covarrubias, 1611)</i>⁸.</p>	
<p>Ministril.</p> <p>2.m. Hombre que en funciones de iglesia y otras solemnidades tocaba algún instrumento de viento.</p> <p>3.m. Individuo que por oficio tañía instrumentos de cuerda o de viento. (Diccionario RAE)⁹.</p>	
<p>Palillo de tamborilero.</p> <p>4.m. Diminutivo. Cada una de las baquetas con la que se toca el tambor. (Diccionario RAE).</p> <p>Palo pequeño con cabeza redondeada en uno de sus extremos que se usa para tocar el tambor y otros instrumentos de percusión.</p> <p>Tamborilero. Persona que tiene por oficio tocar el tamboril o el tambor. (Diccionario RAE).</p> <p>Tamborino y tamboril: atambores pequeños para fiestas y regocijos. Tamborilero y tamboritero, los que tañen estos instrumentos, vide supra atambor, dicho así por la figura onomatopeia. (Diccionario de Sebastián de Covarrubias, 1611).</p>	 

Buscaremos relaciones entre los términos del texto original y su correspondencia en el ámbito musical.

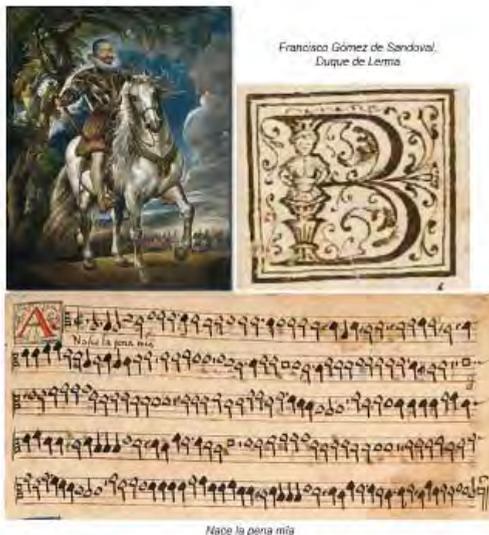
Como corneta de ministril¹.

342. Esternutatorios, cómo se aplican. Para echar estos poluos por las narices a estos enfermos, es menester usar de una caña de jazmin gueca, de largo de **media vara y de la figura de una corneta de ministril**, porque haçiendolo con papeles arrollados, como los que se dan humaços, no se haçe de prouecho... /...

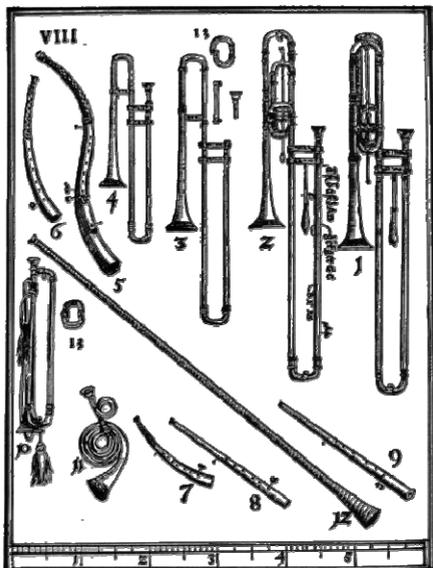
La vara fue una unidad de longitud utilizada en la península ibérica, principalmente en España y Portugal y en sus zonas de influencia. Equivalía a una longitud de 3 pies. Cada región, de acuerdo a sus necesidades o por simple aislamiento, tenía distintos valores para la vara: su longitud oscilaba entre 0,836 m. para la vara de Alicante y los 0,768 m. la de Teruel. No obstante, la más empleada era la vara castellana o vara de Burgos, de 0,836 m. Media vara son aproximadamente 42 cm, es decir, el tamaño de una corneta o cornettino, de afinación 465Hz, empleada en toda Europa.

Estos instrumentos musicales se encuentran inventariados en las Capillas Musicales de las Catedrales de las ciudades anteriormente referenciadas.

En Lerma^{3,6} se sitúa uno de los mejores ejemplos de cancionero dedicado en exclusiva a los ministriles y que se conserva en Utrecht. Se trata del denominado Codex Lerma, fechado en 1609 y dedicado a los instrumentistas de la Iglesia de San Pedro, en Lerma. Bajo el mecenazgo del Duque Francisco Gómez de Sandoval, Primer Ministro de Felipe III desde 1598, encontramos música escrita para el conjunto de ministriles, y en particular para una corneta afinada a 465Hz, afinación estándar en la España de los siglos XVI y XVII.



Michael Praetorius¹⁰, en su importante obra *Sintagma Musicum II* (de *Organographia*, Wolfenbüttel, 1619), *Capitulum Theatrum Instrumentorum*, considerada un auténtico manual de referencia por contener datos precisos y reproducciones gráficas de los instrumentos antiguos y contemporáneos, referencia tres tamaños de corneta, nobrándolas en italiano: cornetto tenor, cornetto soprano y cornettino.



Praetorius Michael. *Syntagma Musicum*.
Tomus Secundus de *Organographia*.
Lámina VIII, pág. 284

Su sonido se produce a través de una boquilla, siendo similar al de la trompeta, pero dulcificado, con lo que puede adaptarse a los instrumentos de metal o de madera. Es un instrumento que posee una cualidad vocal excelente, por lo que es ideal para doblar la voz humana, especialmente en el registro de tiple.

El número 6 presenta una corneta negra; la corneta que aparece con el número 5 se denomina corneta tuerta o torcida. La corneta que aparece con el número 7, creemos, es la corneta de nuestra referencia, atendiendo a forma y dimensiones. El número 8 referencia una corneta recta, y la número 9, una corneta “muda” o blanca, cuya boquilla está integrada en el cuerpo del instrumento.

Palillo de tamborilero¹.

Cómo se sacan las ventosidades de los intestinos en el dolor de hijada.

255.- Bolbiendo al cañonçillo, digo que ha de ser hecho a propósito de latón baçiado y de çinco o seys dedos de largo, y la punta ha de ser como un grano de uba pequeño prolongado, al modo de palillo de tamborilero, en el qual ha de hauer y alrededor dél un muchos abujerillos, tan hanchos como la cabeça de un alfiler y el de la punta puede ser un poco mayor; desta suerte no es posible ni ha lugar el temor, ni aprehensión, para decir que hayan de traer las tripas afuera supuesto que no caben por los abujerillos.

En contrapunto a la cantidad de documentos y datos encontrados sobre los ministriles eclesiásticos, sorprende la escasa información en relación a los trompeteros, atabaleros y tamborileros. Estos eran considerados de menor cualificación profesional y compatibilizaban sus oficios habituales con tañer estos instrumentos, que habitualmente se heredaban de padres a hijos, y no existen registros nominales de pagos, como es el caso de los ministriles catedralicios.

Sin embargo, trompeteros, atabaleros y tamborileros formaban parte del bagaje cultural, festivo y tradicional de cada entorno y eran conocidos por todos. Esto podría explicar que Simón López comparara la punta de la jeringa con la oliva del palillo de tamborilero.

CONCLUSIONES

Desde el punto de vista de la Musicología Urbana, campo de investigación que nace de la Historia Cultural¹¹, la relación entre ciudad y música comienza a estudiarse en el ámbito anglosajón a partir de 1980.

La Historia del Arte ofrece modelos para ubicar objetos musicales en los contextos temporal y espacial. Para construir esta historia social de la música, se hace necesario recurrir a fuentes no musicales y emplearlas de forma imaginativa, mezclando lo cualitativo y lo cuantitativo¹².

Según Reinhard Strohm¹³, los sonidos no solo definen el espacio, sino la identidad urbana. El autor se atreve a penetrar en las expectativas musicales de la población, en su influencia en la vida social y su significación para el habitante.

Señala dos aspectos, quizá contrapuestos: townscape o "paisaje urbano" y soundscape o "paisaje sonoro", defendiendo que la ciudad no solo tiene fronteras físicas, sino una identidad en la que interviene el paisaje sonoro.

La música contribuye a conformar una pintura más aproximada y vívida de los semejantes que nos contemplan al otro lado del espejo de los restos materiales. Si la música establece un vínculo, por débil y fugaz que sea, entre ellos y nosotros, siempre merecerá la pena convertirla en un, aunque escurridizo, apasionante objeto de estudio.

Dentro de las funciones propias de la Enfermería: asistenciales, administrativas, investigadoras y docentes, es necesario destacar el carácter didáctico que Simón López imprime a su obra, con especial acierto y precisión en relación a los ítems estudiados. Explica de forma rigurosa los utensilios de difícil abstracción, utilizando para ello términos asociados a elementos cotidianos y de fácil reconocimiento por todos.

En documentos coetáneos aparecen datos de medidas que son utilizados por nuestro autor para explicar a los enfermeros las formas y dimensiones de utensilios para aplicar determinadas técnicas de cuidado a sus pacientes. También podemos deducir que los destinatarios de esta información conocían estos instrumentos y sus características, y podían asociarlos de manera clara con los usos de los mismos.

Sería interesante afrontar un estudio exploratorio observando relaciones y concordancias entre los cancioneros musicales españoles de los siglos XV a XVII y la literatura científica enfermera de los siglos XVI y XVII, para determinar si los ejemplos expuestos en la introducción de este trabajo suponen un hallazgo casual o si puede establecerse una relación más sólida entre ellos.

BIBLIOGRAFÍA

1. López, Simón, Directorio de Enfermeros y Artífice de obras de caridad para curar las enfermedades del cuerpo. Antonio C. García Martínez y Manuel J. García Martínez. Biblioteca de Clásicos de la Enfermería Española, nº 1. Consejo General de Enfermería de España. 2001.
2. Asenjo Barbieri, F. (1988). Biografías y documentos sobre música y músicos españoles (Legado Barbieri). Vol. 2. Novograph. S.A.
3. López Calo, J. (1983). Historia de la Música Española. Siglo XVII (3). Alianza Editorial S.A.
4. González Barrionuevo, H. (2000). Francisco Guerrero. Vida y obras. Cabildo metropolitano de la Catedral de Sevilla.
5. Asenjo Barbieri, F. (1986). Biografías y documentos sobre música y músicos españoles (Legado Barbieri). Vol. 1. Novograph. S.A.
6. Bejarano Pellicer, C. (2013). El Mercado de la música en la Sevilla del siglo de oro. Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
7. Rubio, S. (1988) Historia de la Música Española. Vol. 2. Alianza Editorial S.A.
8. Covarrubias, S. (1611). Diccionario de Sebastián de Covarrubias. Disponible en: <http://fondosdigitales.us.es/fondos/libros/765/16/tesoro-de-la-lengua-castellana-o-espanola/>
9. Diccionario Real Academia Española. Disponible en: www.rae.es
10. Praetorius, M. (1619). Syntagma Musicum. Disponible en: [http://imslp.org/wiki/Syntagma Musicum \(Praetorius, Michael\)](http://imslp.org/wiki/Syntagma_Musicum_(Praetorius,_Michael))
11. Carreras, J.J. (2005). Música y Ciudad: de la historia local a la historia cultural. Universidad de Valencia.
12. Carter, T (2005). El sonido del silencio: modelos para una musicología urbana. Universidad de Valencia.
13. Strohm, R. (1990). Music in late Medieval Bruges. Oxford: Clarendon Press.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ORGANIZACIÓN PROFESIONAL DE LA SANIDAD EN ESPAÑA: EL PROTOMEDICATO, SIGLOS XIV-XIX

HISTORICAL ANTECEDENTS OF THE PROFESSIONAL ORGANIZATION OF HEALTH CARE IN SPAIN: PROTOMEDICATO, XIV-XIX CENTURIES

José María Palanca de la Varga

Complejo Asistencial Universitario de León

Patricia Pérez García

Complejo Asistencial Universitario de León

M^a Paz Castro González

Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de León

PALABRAS CLAVE: Protomedicato, Ministrante, Sangrador, Historia de la sanidad.

RESUMEN: El "Real Tribunal del Protomedicato" fue un cuerpo técnico encargado de salvaguardar la salud y a evitar la enfermedad, vigilar el ejercicio de las profesiones sanitarias, así como de ejercer una función docente y atender a la formación de estos profesionales, siendo un anticipo del Ministerio de Sanidad. Fue creado en España en el siglo XV y suprimido en el siglo XIX. En algunas épocas a lo largo de su existencia, coexistió con el "Protobarberato", que examinaba a ministrantes o sangradores y con el "Protoalbeitarato", que examinaba a veterinarios, y en otras épocas asumió sus competencias.

KEY WORDS: Protomedicato, Nurse practitioner, Bleeder, History of health care.

ABSTRACT: The "Real Tribunal del Protomedicato" was a technical body responsible for safeguarding health and avoiding disease, supervising the exercise of the health professions (doctors, surgeons and pharmacists), as well as teaching and attending to the training of these professionals, being an advance of what has subsequently been the Ministry of Health. Created in Spain in the fifteenth century, although of earlier origin, and suppressed in the nineteenth century. At certain times throughout its existence, it coexisted with the "Protobarberato" which examined the minor surgeons or bleeders and the "Protoalbeitarato" which examined veterinarians, and at other times assumed its powers.

El objetivo de este trabajo es exponer desde un punto de vista y métodos actuales, cuál fue el funcionamiento y significado de una institución que durante varios siglos tuvo como función principal el control del ejercicio y práctica de todas aquellas profesiones relacionadas con la atención a los enfermos. Toda la información recogida de las fuentes y de la bibliografía consultada me permitieron dar forma al contenido de este trabajo.

Ya en la Baja Edad Media Europea aparecen manifestaciones de preocupación por legalizar la práctica médica. El rey de las Dos Sicilias, Roger, en 1140, ponía como condición previa para practicar la medicina en su reino, tener el permiso de los oficiales reales. Lo mismo hizo Federico II, emperador de Alemania, ordenando que el modelo de disciplina se enseñase durante un periodo de seis años; los cinco primeros eran teóricos, dedicados al estudio de Hipócrates, Galeno y Avicenas, y el último año para realizar prácticas, y además, quién quisiera ejercer la medicina, tenía que aprobar un examen, cuyo control lo llevaba a cabo la administración real. Este modelo se fue imponiendo poco a poco del siglo XIII al XV por el resto de Europa y España, por parte de las autoridades reales, municipales y universitarias, generando conflictos de competencias, entre ellas.(1).

Según García Ballester, la reconquista y repoblación de los territorios, tanto en Castilla como en Aragón, fue un elemento determinante en las características de la práctica de la medicina a lo largo de los siglos XIII al XV (2). Se dan los siguientes elementos:

- Existencia de un elemento musulmán.
- Presencia de una comunidad judía.
- Introducción en ambas del nuevo factor cristiano-escolástico.

Estos elementos influirán en la sociedad provocando tensiones sociales, siendo su resolución lo que habría moldeado las distintas sociedades peninsulares, trascendiendo sus efectos a la práctica de la Medicina. Es en este tránsito cuando sufre un proceso de desintegración la medicina judeo-árabe.

En la Corona de Castilla, aparece por primera vez en el Fuero Real, promulgado por Alfonso X en 1255. En él se establece que la autoridad encargada del control de la práctica médica, en sus obligaciones y responsabilidades ante la ley, era la autoridad municipal.

Hay constancia también en el siglo XIII, durante el reinado de Juan I y buscando proteger el arte que ejercían, médicos y cirujanos; aparecen agrupaciones de gremios y cofradías, concretamente en León se constituye una cofradía de cirujanos en 1392. Anteriormente en Mallorca, habían constituido colegio con "examinadores", los barberos y cirujanos, aunque estos colegios cuando realmente tienen efectiva actividad como colegios profesionales liberales es en el siglo XV en Barcelona, Zaragoza, Huesca, entre otras.(3).

En 1422, Juan II de Castilla crea el Tribunal de Alcaldes Examinadores, cuyo cometido era el de dictaminar la competencia de los aspirantes a ejercer la medicina y cirugía. Se cree que en este tribunal está el origen del Protomedicato en España, denominación que surgió oficialmente en los tiempos de los Reyes Católicos, estableciéndose en varias ciudades españolas donde gobernaban. Su "Ley Fundamental del Tribunal del Protomedicato de Castilla" se basó en tres disposiciones, las de 1477, 1491 y 1498. Y otro tanto sucede en Navarra y Aragón, donde será una institución muy parecida, creada por el

rey Fernando hacia 1500. Más tarde la "Ley Fundamental del Tribunal del Protomedicato de Castilla" de 1567 designó de este modo al órgano encargado de examinar para poder ejercer la profesión sanitaria, y para evitar y perseguir el intrusismo; de ejercer las funciones de salud pública en casos de riesgo pestilencial. Con ello el poder real dispuso un esbozo de organización sanitaria unipersonal de garantía durante más de 300 años.(4,5).

Los Reyes Católicos nombrarán a los alcaldes examinadores personalmente, estipulando con claridad y precisión los límites y alcance de las prerrogativas proporcionadas a estos funcionarios, que estarán respaldados por el "poderío real absoluto", infundido por Dios en las personas de los Reyes.

Debido a que la Universidad tenía una gran demanda social, las plazas no eran suficientes para los estudiantes que querían ser médicos; además los centros de estudio no eran muchos, estaban alejados y el precio de los estudios y de los títulos era elevado. Todo ello ayudó a que proliferaran un número importante de sanadores acordes con la demanda de la sociedad del momento. El celo reformista de los Reyes Católicos hizo que no se librasen los sanadores del control médico, lo mismo empíricos que universitarios. Este control también lo ejercieron los concejos municipales en materia tan sensible como la salud y enfermedad de los ciudadanos y sobre todo, las cofradías, celosas de su autonomía. En las ciudades no castellanas, las cofradías colaboraron asimismo en la represión del intrusismo y también dictaron normas y marcaron límites a la actuación profesional de cirujanos y médicos, como la regulación de honorarios e incluso llegaron a imponer la autoridad en la celebración de consultas médicas. En algunos documentos quedó recogido, como en la Cofradía de médicos, cirujanos y boticarios de Huesca, cuyos estatutos, aprobados en 1480, aseguraban el total control de la práctica profesional; y también, de forma similar en las ordenanzas del reino de Aragón.(6,7).

Las prácticas mágicas fueron perseguidas y prohibidas por Juan I, por su nieto Juan II y también por el arzobispo de Sevilla y por su médico Estéfano; éste realizó denuncias contra las prácticas de las "viejas encantaderas"(1). Estas prácticas mágicas se aplicaban para la curación de enfermedades graves, como fiebres, o el "mal caduco", o diferentes epilepsias y también para casos desahuciados médicamente. Los tratamientos podían ir desde creencias religiosas, mediante oraciones, signos como el de la cruz, hasta la fuerza curadora de la naturaleza y también mediante plantas medicinales.(8).

La medicina de la época medieval tenía sus limitaciones, las cuales contribuían a adjudicar el origen de las dolencias tanto a las causas de orden natural, como al castigo divino, al demonio, a maleficios y hechicerías, a influjos astrales. Desde esta perspectiva, el médico profesional no era sino uno de los muchos especialistas a quienes podía solicitarse la curación de las dolencias físicas. Las dificultades para construir un monopolio del ejercicio de la medicina por parte de los profesionales, residían probablemente en el complejo sistema de etiologías múltiples que permitía por entonces explicar el origen de las enfermedades.(9,10).

La sanación por vía sobrenatural estaba representada por los santuarios milagrosos de la Virgen y los santos, por los sacerdotes sanadores. Junto con la rivalidad que suponía la existencia de una vía sobrenatural, los médicos profesionales debían soportar también la

competencia de las vías empírico-natural y mágica de sanación. La primera incluía a aquellos especialistas populares que desarrollaron su tarea en áreas que la medicina académica rechazaba: parteras y comadronas, algebristas, hernistas, batidores de la catarata, barberos, sacamuelas. La vía mágica de sanación incluía una extensa lista de figuras pintorescas: los saludadores, los ensalmadores, los santiguadores, las solscaderas, las desaojadoras, las hechiceras(11,12). Todas las prácticas supersticiosas, serán perseguidas por el Protomedicato, que tendrá autoridad para la represión del ejercicio, de aquellos profesionales que no tenían licencia para ejercer.

En el Renacimiento se comienza a dar titulación universitaria a los médicos, equiparándoles así en prestigio y salario a otros profesionales liberales. Había dos títulos dentro de los médicos universitarios, el de maestro y el de doctor, este era el máximo grado universitario y con él podía dar clases en la universidad, mientras que los médicos examinados o médicos prácticos, recibían el de físico.

Por debajo, en categoría, estaban los sangradores, cirujanos y barberos¹, que no llegaron a la equiparación universitaria, aunque en el caso de los cirujanos tenían una clara tendencia a reunirse en gremios y aunque no tenían titulación universitaria, si les obligaban a poseer una "carta de examen" para poder ejercer, mejorando así su calidad profesional. Estaban subordinados al físico. Tenía más o menos un rango similar, aunque superior al barbero. Sus funciones y cometidos estaban en la práctica de sangrías, lavativas, tratamientos de fracturas, luxaciones y operaba de diferentes dolencias. En cuanto al barbero realizaba las sangrías y cortaba el pelo a los enfermos hospitalizados y a veces practicaba la cirugía menor.(13).

En las visitas que realizaba el médico para examinar a los enfermos, también había otros profesionales, como el boticario y el enfermero.

Respecto a las categorías profesionales, en la Corona de Castilla a finales del siglo XIV y en el siglo XV, había diferencias considerables, por ejemplo la del barbero y cirujano: este último llegó a conseguir el reconocimiento social de su profesión, acercándose cada vez más al físico, no solo en el aspecto social, sino también en el económico, no ocurriendo lo mismo en Aragón.(2).

En 1500 se dictan Ordenanzas para barberos², por las cuales deben examinar personalmente sin delegar en lugartenientes. Los Protobarberos dependen del Tribunal del Protomedicato aunque como cuerpo diferenciado. Desde 1563, tras las Cortes de Madrid los protomédicos examinan juntamente a físicos, cirujanos, boticarios y barberos. Especieros, ensalmadores y herbolarios quedan desvinculados del examen con los protomédicos. La pragmática de 11 de noviembre de 1588 determina la composición del tribunal, una ordenación detallada de sus funciones y una relación de sus auxiliares (portero, fiscal, escribano, alguacil, boticario), así como su financiación y mantenimiento

1Ya en el Fuero Juzgo se le menciona. A este profesional se le verá actuar sin que se reglamente su profesión hasta la época de los Reyes Católicos (Ley VIII, del título XI del Libro VIII de la Novísima Recopilación). Por este reglamento se especificaba claramente que las funciones de los barberos eran sangrar, sajar, poner sanguijuelas, ventosas y sacar dientes. En cambio, se autoriza a cortar el pelo y afeitar sin examen.(19).

2 La Ley Pragmática es promulgada en Sevilla el 9 de abril de 1500 por los Reyes Católicos.

derivados del Arca del Protomedicato, cuyos ingresos proceden de los derechos de examen y de las multas. Los barberos quedan excluidos y vuelven a tener un examinador especial o Protobarbero que se elegirá entre los más antiguos de los ejercientes. El Tribunal del Protobarberato se elegía entre los primeros cirujanos de los reyes y de ellos, los que tuvieran más experiencia.(14).

El aprendiz puede seguir una tradición familiar o bien trasladarse a casa ajena. En este último supuesto, se formalizaba una carta de asiento o asiento de aprendiz, un contrato donde quedan fijadas los derechos y obligaciones de ambas partes (15). El discípulo acompañaba al maestro, observaba y escuchaba, tomaba notas. Probablemente, realizara alguna pequeña intervención al final del periodo. El aspirante debía presentar ante el Tribunal los informes que certificaban las prácticas realizadas, firmados por las autoridades municipales (alcaldes, corregidores). Unidos a ellos, los documentos del o de los maestros sangradores con los que se hubiera formado y que oficiaban de tutores. La limpieza de sangre era otro requisito, que pretendía demostrar la ausencia de parentesco con judíos o moriscos, al menos desde la generación de los abuelos. Acreditada la documentación el Tribunal establecía día y hora para las pruebas, que se realizaban en la casa del protomédico. Se hacía primero un examen teórico y posteriormente el examen práctico que consistía en conocer las venas adecuadas de los brazos y los puntos de sangría.(14).

Una vez aprobado, quedaba autorizado a ejercer su profesión. Se le entregaba su carta de examen, pudiendo ejercer en solitario o asociado con otro compañero. Era difícil que se le llamara para trabajar en un hospital. Podían realizar trabajos esporádicos para algún noble o cliente rico. Lo más común era que concertara con uno o varios pueblos sus servicios, a cambio de unos estipendios tanto en dinero como en especie.

La solicitud de los servicios por un lado y los derechos de prohibición en el ejercicio de sus funciones curativas por el otro, pone de manifiesto, una vez más, que la práctica médica viene avalada por la curación, fin principal en la relación médico-paciente. Y tanto se recurría al curador converso, como al médico universitario, en la sociedad castellana de finales del siglo XV y principios del siglo XVI, dependiendo de cuál era el curador más eficaz. Esta conducta social permanecerá inalterable durante tiempo a pesar de las difíciles relaciones de convivencia entre los médicos castellanos y los curanderos, quedando pendiente el principal problema, el de la competencia profesional, que según Amasuno Sarraga estaría generado por el binomio salud-enfermedad, que tratará de subsanarlo la monarquía castellana a finales del siglo XV y de hacerle frente apostando por una medicina académica(16). Esta decisión política de marcado carácter socioeconómico, se alzará como fuerza principal por varios motivos:

- La marginalidad del curador no universitario.
- La implantación general del examen y de la licentia practicandi, a todo aquel curador que pretendía ejercer su profesión en la corona de Castilla.
- Los miembros del grupo dominante, los curadores cristianos, controlaran el quehacer sanador.
- El impedir el acceso a la única institución que podía ofrecer el conocimiento científico de la legitimada *ars medica*, la universidad.

- La puesta en marcha de un sistema restrictivo desde Alfonso X a los Reyes Católicos, tras la dinámica de la *licentia practicandi* y su impacto sobre el quehacer curador en la Castilla bajomedieval.

El Protomedicato va a extender su competencia a físicos, cirujanos latinos o romancistas y a boticarios, con un desarrollo reglamentado por las pragmáticas de 1588 y 1593 de Felipe II, no dejando de colaborar en la limpieza de sangre con el Santo Oficio, ya que se prohibió acceder a los exámenes del Protomedicato a los judíos y a los conversos.

La deficiente formación de muchos de los médicos que pasaban por las universidades hizo que Felipe II impusiese la obligación a todos ellos y también a los cirujanos, de presentar al Juicio o Ayuntamiento de la ciudad donde iba a ejercer la medicina, el título de su grado y el testimonio de la práctica que la ley le exigía. Cataluña y Aragón disponían de tribunales propios hasta que la introducción del régimen absolutista borbónico con Felipe V se centraliza y unifica el Protomedicato de Castilla.(5).

Felipe V en 1737, declara única y exclusiva la jurisdicción del Protomedicato en todo lo relativo a los delitos y excesos que por razón de oficio cometan los médicos, cirujanos, boticarios y personas a quienes se despachen títulos para la curación de enfermedades y de los que sin dichos títulos curen y receten remedios mayores. Sólo frente a la Universidad de Salamanca frenó, en parte, el Protomedicato su imparable ascensión de la primera mitad del siglo XVIII. Ambas instituciones firmaron en 1741 una concordia, por la que los licenciados en Medicina de esa Universidad quedaban exentos de realizar examen alguno ante el Protomedicato, pero debían acudir a recibir el Título del Tribunal, para poder ejercer legítimamente en cualquier lugar de Castilla.(3).

Siguiendo el ejemplo de lo que se practicaba en ciudades como Barcelona, Sevilla, Valencia y Zaragoza, Fernando VI en 1750, incluye bajo la jurisdicción del Protomedicato a parteros y parteras(17). A lo largo del siglo XVIII, el desarrollo de los estudios médicos, farmacéuticos y quirúrgicos dan lugar a la introducción de sociedades (cofradías) médicas y de cirujanos que reclaman más autonomía respecto al Protomedicato. Por otra parte, el desarrollo de estudios más reglados, desarrollados por las propias profesiones y luego por los colegios y facultades universitarias, acabaron asumiendo la garantía de la formación y expedición del título profesional; y de este modo el Protomedicato, va a ver disminuido su peso ante la Corona por los organismos de nuevo cuño.

En 1770 Carlos III decidió anexionar el cargo de Protomédico de Aragón al Protomedicato de Castilla, convirtiendo a aquel en una Subdelegación del Protomedicato de Castilla en Aragón. En 1780 divide el Protomedicato en Facultades independientes para las tres profesiones de físico, cirujano y farmacéutico. Cada Facultad se encarga de examinar y enjuiciar a los profesionales de su ciencia; la de Medicina a los médicos; la de Cirugía a los cirujanos latinos y romancistas, parteros o matronas, sangradores y barberos, asumiendo así las competencias del extinto Tribunal del Protobarberato; y la de Farmacia se encarga de lo tocante a los boticarios y su ciencia.(7,17).

En 1795 se crea una Junta Superior Gubernativa de los Reales Colegios de Cirugía que se encarga de los planes de enseñanza. En 1799 se crea la Facultad Reunida de Medicina y Cirugía, que se hace cargo de examinar a cirujanos y demás clases subalternas, a la vez que se deroga el Protomedicato, asumiendo aquella las competencias de éste.(18)

Al final de la centuria, el Tribunal comienza a desmembrarse; tras su primer cese en 1799, pierde un área de competencias básicas, las judiciales, por el Decreto de 23 de agosto de 1801. En su lucha contra el intrusismo, no le cabe más que la denuncia ante la justicia ordinaria. En 1800 se crea la Junta Superior Gubernativa de Farmacia, lo que supone para esta profesión la tan deseada independencia del Protomedicato. En 1801 se restablece para los físicos el Real Protomedicato si bien sin competencias judiciales ni sancionadoras, que pasan a los tribunales ordinarios y a su vez se crea la Junta Gubernativa Superior de Cirugía equivalente a la ya existente de Farmacia. En 1805 se vuelve a suprimir el tribunal de Protomedicato y se crea también la Junta Superior Gubernativa de Medicina, por entenderse esta fórmula más útil a la garantía del ejercicio profesional, a la vez que los estudios de las tres facultades continúan siendo reglados cada vez de manera más rigurosa. De este modo se convalida un gremialismo por separado, rememorando a las cofradías, aunque sin advocación religiosa, y recordando lo que en el futuro, al final del siglo XIX e inicio del XX, van a reunirse en la organización de colegios oficiales de las profesiones sanitarias. En 1811 durante la guerra de la Independencia, la España constitucional no ocupada recupera por Decreto de Cortes el Protomedicato, pero con una denominación al gusto de los ilustrados, el Tribunal Superior de Salud Pública, que recupera las funciones del Protomedicato, cesando a las Juntas respectivas de Medicina, Cirugía y Farmacia.

En 1814 con la vuelta del régimen absolutista, el Protomedicato sufre una nueva derogación hasta que el trienio constitucional lo restablece, aunque las Juntas no aceptan su cese cuando el Tribunal del Protomedicato Supremo de la Salud Pública aparece de nuevo, hasta su extinción definitiva en 1822. La última reunión de este Tribunal se celebra el 28 de marzo de 1822. El Trienio Liberal (1820-1823) aparte de retrotraer el Protomedicato (Tribunal de Salud Pública) es el promotor de un Reglamento General de Instrucción Pública³ cuya innovación mayor era la de crear en 1821 una Escuela Especial para la enseñanza de la Medicina, la Cirugía y la Farmacia en un mismo establecimiento educativo, fuera de las Universidades. Repuesto Fernando VII, deroga lo anteriormente legislado y un RD. de 14 de octubre de 1824 ofrece un nuevo plan de estudios que toma sus fundamentos de los antiguos de Salamanca del año 1804.

A modo de conclusión podemos afirmar que la regulación de los títulos académicos por los colegios o por las facultades, y la asunción de los conflictos del ejercicio profesional por la justicia ordinaria hicieron innecesario al Protomedicato. Por su parte desaparecen en 1839 las Juntas Superiores Gubernativas de Medicina, Cirugía y de Farmacia, siendo sustituidas por una rama especial de la administración pública ya preexistente de manera discontinua, la Junta Suprema de Sanidad, que adquiere el máximo de competencias en 1840: además de las correspondientes de defensa del reino en caso de epidemias (sanidad marítima y terrestre); va a administrar las academias de medicina y cirugía; las subdelegaciones de farmacia; los baños y aguas minerales, y todo lo perteneciente al ejercicio de la ciencia de curar, excepción hecha de la formación, que hemos visto, se

³ Próximo el Protomedicato a extinguirse (marzo de 1822), la Dirección General de Estudios se crea en 1821 para hacerse cargo de las funciones relacionadas con la enseñanza de la institución. Es pues, la máxima responsable de esta reforma. Además se creaban Escuelas de Aplicación para las enseñanzas técnicas.(14).

había ya desgajado pasando a Educación en la Dirección General de Estudios en 1839. De este modo se fortalecía y configuraba un órgano administrativo único de la sanidad que tendría poco después su colofón en la Dirección General de Sanidad de de 1847.

REFERENCIAS

1. Castro González MP. Los cuidados asistenciales ante la enfermedad y la pobreza en la provincia de León, (S. XV-XVI) [Tesis doctoral]. Universidad de León; 2009.
2. García Ballester L. La búsqueda de la salud: sanadores y enfermos en la España medieval. Ediciones Península; 2001.
3. Sánchez Granjel L. Historia general de la Medicina española. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca. Salamanca: Universidad de Salamanca; 1981.
4. Arrate JMF. Real Tribunal del Protomedicato: antigüedad, jurisdicción y gobierno. En: Llave del Nuevo Mundo. México D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1949.
5. Sánchez Granjel L. La medicina española del Renacimiento. Salamanca: Universidad de Salamanca; 1980.
6. Falcón Pérez MI. Las ordenanzas del concejo de Zaragoza: Modificaciones de Alfonso V en 1430. Aragón en la Edad Media. 1989;(8):229-48.
7. Fernández Doctor A. El control de las profesiones sanitarias en Aragón: el Protomedicato y los Colegios. *Dynamis Acta Hisp ad Med Sci Hist Illus.* 1996;16:173-85.
8. Giordano O. Religiosidad popular en la alta edad media. Madrid: Editorial Gredos; 1983.
9. Levi G. La Herencia inmaterial : la historia de un exorcista piemontés del siglo XVII. San Sebastián: Nerea; 1990.
10. Chirino A. Menor daño de la Medicina. *Espejo de Medicina, con un estudio preliminar acerca del autor.* González Palencia Á, Contreras Pozas L, editores. Madrid: Imprenta J. Cosano; 1945.
11. Lisón Tolosana C. Demonios y exorcismos en los siglos de oro. *La España mental I.* Madrid: Akal; 1990.
12. López Terrada ML. El Real Tribunal del Protomedicato castellano (siglos XIV-XIX). *Cronos Cuad Valencia Hist la Med y la Cienc.* 1999;2(2):385-6.
13. Blasco Martínez A. Médicos y pacientes de las tres religiones (Zaragoza siglo XIV y comienzos del XV). *Aragón en la Edad Media.* 1995;(12):153-82.
14. Sanz Ferreiro R. Los practicantes y el ejercicio de la odontología española [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid; 2004.
15. Martín Santos L. Barberos y cirujanos de los siglos XVI y XVII. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2003.
16. Amasuno Sárraga MV. Medicina ante la ley: la licencia practicandi y el ejercicio de la medicina en la Castilla bajomedieval. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2002.
17. Campos Díez MS. El Real Tribunal del protomedicato castellano, siglos XIV-XIX. Universidad de Castilla-La Mancha; 1999.
18. Palanca de la Varga JM. La asistencia social en León en el siglo XIX: de la Caridad a la Beneficencia Pública [Tesis doctoral]. Universidad Europea de Madrid; 2011.
19. Ruíz Moreno A. La medicina en la legislación medieval española. Alcalá la Real: Formación Alcalá; 2009.

MEDICINA Y RELIGIÓN FRENTE A LOS CUIDADOS FEMENINOS (S. XV – XVII)

MEDICINE AND RELIGION IN FRONT OF FEMALE CARE (15TH-17TH CENTURIES)

Sagrario Gómez Cantarino

Universidad de Castilla la Mancha. Enfermería y Fisioterapia. Campus Toledo
Grupo Investigación: ENDOCU

Minerva Velasco Abellán

SESCAM/ Universidad de Castilla la Mancha. Enfermería y Fisioterapia
Campus Toledo. Grupo Investigación: ENDOCU

M. I. Ugarte Gurrutxaga

Universidad de Castilla la Mancha. Enfermería y Fisioterapia
Campus Toledo. Grupo Investigación: ENDOCU

PALABRAS CLAVES: Mujer, Medicina, Inquisición, Iglesia.

KEY WORDS: Woman, Medicine, Inquisition, Church.

RESUMEN: El presente trabajo pretende analizar manuscritos religiosos en relación a la brujería y hechicería y estudiar la figura de la mujer, su relación con saberes empíricos, poderes mágicos frente a la profesionalización de la medicina. Es un estudio histórico social. Coincidiendo con la pobreza y aparición de tratados de brujería, bulas papales, se producen detenciones, juicios masivos hacia las brujas. La implantación de la medicina como profesión, facilitó la eliminación de mujeres sanadoras. Se establece unión entre la inquisición que se termina medicalizando y la medicina, alcanzando carácter inquisitorial. Bajo el auspicio de la iglesia, se persiguió a la mujer.

ABSTRACT: The present job intends to analyze religious manuscripts in relation with witchcraft/sorcery and study the character of the woman, her relation with observed knowledge, and magical powers given the professionalization of medicine. It is a historical social study. Coinciding with poverty and the emergence of books of witchcraft, papal books this resulted in arrests and mass trials against witches. The implementation of medicine as a profession enabled the removal of female healers. This established union in between the inquisition that stopped the medicalization and the medicine, reaching inquisitorial nature. Under the patronage of the church, the woman were persecuted.

INTRODUCCIÓN

Durante el final de la Edad Media, se produjeron grandes disputas dentro de la Iglesia católica, lo que dio lugar a que dos e incluso tres obispos se pelearan por la autoridad pontificia (1378–1417; Cisma de Occidente). Posteriormente, durante el siglo XVI hubo una gran crisis de religión en toda Europa, lo que dio lugar a una escisión dentro de la Iglesia Católica (la reforma protestante) que terminó con la aparición de luteranos, calvinistas y anglicanos, entre otras. Toda esta situación potenció que la autoridad eclesiástica indujera a la población a relacionar la brujería y hechicería con los reformistas, la enfermedad y la desgracia (Romanello, 1975). La Iglesia, por ende, era profundamente antiempírica, subvaloraba el mundo material y desconfiaba profundamente de los sentidos. Por tanto, estas mujeres simbolizaban una triple amenaza para la Iglesia: eran mujeres y no se avergonzaban de serlo; aparentemente formaban parte de un movimiento clandestino organizado de mujeres campesinas; y finalmente, sus prácticas estaban basadas en conocimientos empíricos. Debido a este hecho, el clero inició un acoso constante hacia las personas consideradas brujos/as, curanderos/as, hechiceros/as, etc., ya que se les atribuía pactos con el diablo (Tausiet, 2003)

La medicina aparece como profesión a partir del s.XIII, estableciéndose en la universidad como un saber científico, impartido exclusivamente para el sexo masculino, excluyendo la presencia de la mujer en ese ámbito. El pueblo, debido al difícil acceso a cuidados de salud por parte de las personas con pocos recursos económicos, recurría a la figura de las brujas, hechiceras, comadronas y curanderas capacitadas para tratar enfermedades, así como asistir partos, provocar abortos y aliviar dolores (Tausiet, 2003)

Las mujeres que ejercían el trabajo de comadrona, poseían conocimientos en medicina o botánica, siendo condenadas por este motivo al considerarlas poseídas por Satanás e incluso pactar con él cuestiones carnales y sexuales para embaucar y producir mal al hombre. Eran calificadas como enfermas e incluso fueron encerradas en psiquiátricos. La Iglesia decía que estas mujeres debían ser eliminadas. Durante el s. XVI, eran habituales y frecuentes los juicios hacia la figura de las comadronas, y celebrado éste se las llevaba a una ejecución segura, siendo en muchas ocasiones quemadas en la hoguera, mientras que ya entrado el s. XVII, tras ser juzgadas, se las confinaba al psiquiátrico (Marsá, 2009).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio histórico social. Nos remitiremos a todas aquellas informaciones que aportan un conocimiento específico del periodo revisado, refiriéndonos principalmente a fuentes primarias y secundarias (Álvarez-Gayou, 2003); es bien conocido que “la investigación histórica es un método sistemático de comprobación de hechos y relaciones respecto a los acontecimientos del pasado” (Polit & Hungler, 1991). Se ha desarrollado una revisión de los documentos elegidos, a través de una crítica externa, aportando autenticidad a los documentos consultados, así como una crítica interna, que dio precisión y veracidad de lo comprendido en dichos documentos (Bisquerra, 1989). En ocasiones no se manejaron los originales debido a su posible fragilidad y por riesgo de deterioro (Amezcuá & Gálvez, 2002). Las fuentes primarias se componen de

documentación de libros procedentes de distintas bibliotecas, caso de la biblioteca de la Universidad de Castilla la Mancha, a través del Catálogo de acceso público de la Biblioteca on-line (Opac) y se accedió a la documentación seleccionada desde la biblioteca del campus Fábrica de Armas (Toledo). Se utilizaron un total de 9 libros relacionados con el tema que se presenta. Respecto a las fuentes secundarias se utilizaron publicaciones halladas en bases de datos tales como SciELO, Lilac, Dialnet, Scopus, Medline y en el buscador de internet Google académico. Se seleccionaron aquellos documentos y artículos cuyo contenido estaba relacionado directamente con el tema tratado en este estudio. Para ayudar a esta selección se utilizó un lenguaje natural libre y una serie de palabras clave, en lengua española e inglesa, que se encontraran disponibles a texto completo.

RESULTADO Y DISCUSIÓN

Religión y manuscritos inquisitoriales: la figura de la mujer

Será en el año 1360 cuando se iniciaron las ejecuciones contra mujeres, reconocidas como sabias y parteras, en España (Kieckhefer, 1976). Una característica común en las acusadas estudiadas, es la confluencia en la mayoría de ellas de la miseria y la falta de recursos situación que creemos les impulsó a hacer de la curandería, brujería y hechicería un oficio, un medio de vida. La Iglesia controlaba en ese momento la educación y la medicina, por lo que debido a las persecuciones descendió el cuidado prestado a los pobres por parte de curanderas, hechiceras y brujas, ocupando dicho espacio el colectivo médico, preparado bajo el amparo de la inquisición y sus dictámenes (Szasz, 1970). Tanto las brujas, hechiceras, curanderas, así como las prostitutas, fueron acusadas de actos de brujería, ocupándose los acusadores de convencer a la sociedad más cercana, de la necesidad de su castigo, en su beneficio y para la obtención del perdón, el cual lograban al ser ahogadas o quemadas (Marsá, 2009) “La bruja rural, vieja más veces que joven, al margen de la sociedad, temida y despreciada, parece ser la mujer nerviosa, sujeta a grandes crisis, que tiene en su haber unos conocimientos limitados de curandera, emplastera, saludadora, que practica a veces la adivinación” (Caro, 1989: 314). Incluso el hecho de estar cerca de estas mujeres, podía llevar a cometer actos de hechicería, cuestión que se solucionaba con el manuscrito que existía para estos casos, conocido como *Enchiridion exorcisticum*, en el que se relataba cómo evitar conjuros o prevenir actos de brujería (Marsá, 2009). Las personas que poseían conocimiento sobre algún hereje pero no lo denunciaban, eran condenadas con la excomunión o con castigos corporales. En el año 1484 (5 de diciembre), se publicó la bula *Sumis Desiderantes Affectibus* por Inocencio VIII, donde se reconoce oficialmente la existencia de la brujería, ordenando “destruir, ahogar, exterminar, ajusticiar en la hoguera, el degollamiento, el estrangulamiento, la descuartización o la horca” (Romermann, 1985:31), a las yerberas, curanderas, comadronas, (personas que tenían una dilatada tradición asociada a la realización de partos y abortos), viudas limosneras y campesinas analfabetas, que se encontraran en una edad entre 30 a 60 años. Por tanto con esta bula la iglesia tomó la postura oficial sobre la brujería “como un mal que había que extirpar de la Europa cristiana” (Kamen, 1971:18) Hay que remitirse al libro de *Malleus Maleficarum*, también conocido como “Martillo de las brujas”, escrito probablemente en 1486 y publicado en Alemania en el año 1487, a solicitud del propio Inocencio VIII por los clérigos Henry

Kraemer y Jacob Sprenger (monjes inquisidores Dominicanos). El libro consta de tres volúmenes, el primero data sobre la brujería, en el segundo se recogen ejemplos y remedios, y en el tercero se encuentra recogido quien debe de ser torturado, cuando y como. Contienen un centenar de preguntas sobre prácticas y métodos mágicos, las cuales ayudaban a los inquisidores a interrogar a las sospechosas sobre sus habilidades. Como ejemplo, En el volumen I Capítulo 6, encontramos unas citas "Sobre las brujas que sucumben bajo el demonio" las tres preguntas que serán tratadas: "Nuestra indagación será primero general, a lo que se debe a la condición general de la mujer; segundo, en particular, qué clase de mujeres son propensas a la superstición y brujería; y tercero, especialmente en lo que se refiere a las parteras, quienes sobrepasan todas las maldades". En el mismo volumen en su apartado Q.11, informa del gran peligro que supone la figura de la partera para la Fe Católica (López, 1976). Ya en su capítulo VII, en la segunda parte, se encuentra dedicado en su totalidad a demostrar los maleficios que pueden llegar a inferir las llamadas brujas, y a la forma de poder luchar contra todas ellas, ya que estas mujeres, indicaban la manera de impedir la capacidad genital, lo que vulgarmente se conocía como ligazón o ligamen (Pérez, 1980). Este libro contribuyó, desde finales del s. XV, a la creación de una mentalidad popular en toda Europa, sobre lo que eran las brujas y sus actuaciones maléficas sobre las personas, rebaños y cosechas (Kraemer & Sprenger, 1976). Desde finales del siglo XVI y mediados del XVII se produjo un aumento extraordinario de los procesos por el delito de hechicería, tanto en España como en Europa. La caza de brujas que se desencadenó en esta época, fue mucho más dura en los países protestantes que en los católicos (Monter, 1976). "En la Alemania Reformada y en la Suiza Protestante, en este mismo periodo existen persecuciones en masa de personas acusadas de haber contraído un pacto con el diablo y de haber lanzado maleficios" (Delumeau, 1973:209). (Tabla, 1).

Tabla 1

Documentos relevantes utilizados durante el periodo inquisitorial.

TIPO DE TEXTO	TÍTULO	AÑO	AUTOR	CONTENIDO
	Ad abolendam	1184	Papa Lucio III	Llamada la carta magna de la inquisición medieval. El documento explica los procedimientos a tener en el proceso inquisitorial y establece las condenas correspondientes a cada delito. Se pretendía acabar con la herejía cátara.
	(Acerca de la abolición)			
	Ad Extirpanda	1252	Papa Inocencio IV	Establecía el uso de tortura para conseguir la confesión de los reos, pero que no se excediesen.
	(Acerca de la tortura)			
	Super Illius Specula	1326	Papa Juan XXII	Autorizaba los inquisidores a perseguir la herejía sin tregua y la punición de la práctica por los tribunales seculares.
Bulas	(Para ese espejo)			
	Summis Desiderantes Affectibus	1484	Papa	Reconoce la existencia de la brujería y ordena: destruir, ahogar, exterminar, ajusticiar en la hoguera, el degollamiento, el estrangulamiento, la descuartizarían o la horca.
	(Deseando con ardor suprema)		Inocencio VIII	
	Coeli et Terrae	1565	Papa Sixto V	Condena la astrología pero no la prohíbe pues hay partes de astrología que interesan para otras ciencias.
	(Cielo y tierra)			
	Malleus Maleficarum	1487	Henry Kraemer	Manual, dividido en tres partes, que enseñaba a reconocer e interrogar brujas, demostraba los maleficios que podían causar y explicaba cómo actuar, legalmente, contra una bruja.
	(Martillo de las brujas)		Jacob Sprenger	
Manuscritos				
	Enchiridion exorcisticum	1668	Gervasio Pizzorno	Explicaba como relatar conjuros o prevenir actos de brujería y hechicería.
	(Manual de exorcismo)			

Documentos relevantes utilizados durante el periodo inquisitorial. Creación propia de los autores

Medicina y conocimiento científico masculino, frente a la medicina popular femenina

Los estudios de medicina, en la Edad Media, no incluían nada que pudiera entrar en conflicto con la doctrina de la Iglesia, así, mientras estudiaban, los médicos rara vez veían algún paciente y no recibían enseñanzas experimentales. La disección de cadáveres era prácticamente desconocida. Los estudiantes de medicina dedicaban varios años al estudio de Platón, Aristóteles y la teología cristiana. Sus conocimientos médicos se limitaban por lo general a obras de Galeno (Sarrión, 2006), aunque no faltaban en las bibliotecas médicas obras de Hipócrates, Avicena, Rhazés o Arnau de Vilanova (Gómez-Menor, 1969).

Existía una rigurosa separación entre medicina y cirugía, esta última considerada en casi todas partes como degradante e inferior. Ante una persona enferma el médico con formación universitaria, tenía escasos recursos aparte de la superstición y los libros. Las teorías médicas se basaban más en la lógica que en la observación: se creía en la eficacia de las fórmulas mágicas y de rituales casi religiosos. El médico era una autoridad a la que había que respetar, pero a la que también se temía por su saber (Sarrión, 2006). La implantación de la medicina como una profesión, para cuyo ejercicio se exigía una formación universitaria, facilitó la eliminación de las mujeres sanadoras y, por ende, la exclusión legal de las mujeres de su práctica. Con escasas excepciones, el acceso universitario estaba vetado a las mujeres y se promulgaron leyes que prohibían el ejercicio de la medicina a las personas sin formación universitaria (Beteta, 2011). En este mismo periodo, se perseguía a las brujas sanadoras por practicar su magia. Éstas poseían amplios conocimientos sobre huesos, músculos del cuerpo, hierbas y drogas, mientras, los médicos continuaban basando sus diagnósticos en la astrología y los alquimistas seguían intentando transformar el plomo en oro. Fueron tan amplios los conocimientos de las brujas que, en 1527, Paracelso, padre de la medicina moderna, quemó su manual de farmacología, ya que comentaba que toda su ciencia la había adquirido de las brujas (Ehrenreich, 1984).

A principios del s. XV los médicos varones habían conquistado un absoluto monopolio sobre la práctica de la medicina entre las clases superiores (a excepción de la obstetricia que continuaría siendo competencia exclusiva de las parteras durante otros tres siglos).

La medicina fue en la Península Ibérica profesión característica de judíos y de cristianos nuevos: sus minoritarias escuelas y sus escritos médicos, no traducidos y poco divulgados, les reputaron como excelentes profesionales cuya actividad se disputaban los reyes, la nobleza y las más altas dignidades eclesiásticas (Barreiro, 1973). La abundancia de judeoconversos en el mundo de la medicina acabó convirtiendo al médico en algo así como un ser perseguido, víctima del sistema inquisitorial. Pero, si por una parte, los médicos fueron víctimas del sistema inquisitorial, por otra, colaboraron con él en beneficio propio. Llegaron a establecerse lazos tan estrechos entre ambos que la inquisición se termina medicalizando y la medicina acaba alcanzando carácter inquisitorial (Gómez-Menor, 1969). Se llegará incluso a no poder recibir atención médica las personas que, estando sanas no fueran amigas del médico, pues significaba que no poseían igual naturaleza de estado social y de condición moral, definidas estas tanto por su sangre como por su apellido. En este momento histórico, la medicina funciona como tercer poder tras la Religión y la Política (Gracia, 1985).

Se consideraba aceptable que los médicos varones atendieran a la clase dominante bajo los auspicios de la Iglesia, pero no en cambio la actividad de las mujeres sanadoras como parte de una subcultura campesina. La fobia contra las brujas proporcionó a los médicos una cómoda excusa para sus cotidianos fracasos: todo lo que no podían curar era, lógicamente, producto de un hechizo. Por ende, las brujas sanadoras a menudo eran las únicas personas que prestaban asistencia médica a la gente del pueblo que no tenía acceso a médicos ni hospitales y vivía en la miseria y la enfermedad, pese a ir esto en contra de las leyes vigentes.

CONCLUSIÓN

Se puede decir que existe una correlación entre el movimiento migratorio que se da en esa época, polarizado hacia la corte procedente de zonas rurales, en su gran mayoría y, el aumento del delito de hechicería que se da en esta jurisdicción. Se aprecia una ausencia de oficio en relación a la práctica de la hechicería, brujería como curandería. Se considera un oficio porque, a través de él, ofrecerán a sus clientes unos servicios hechiceriles, a cambio de los cuales recibirán, dinero o regalos.

A lo largo de este estudio se observa que el delito se encuentra ligado a una cuestión de género, ya que los actos cometidos por la figura de la mujer son más duramente juzgados que los cometidos por los hombres. Al mismo tiempo, se observa un prejuicio sobre el delito, ya que hemos visto que la astrología es practicada exclusivamente por los hombres y, la hechicería, curandería y brujería mayoritariamente por las mujeres.

Observamos una distinción de nivel cultural, ya que los acusados que practican la astrología gozaran de un nivel cultural alto, a diferencia de las hechiceras que, por lo general, son iletradas.

El prestigio queda presente en este estudio, teniendo mayor reputación quién realiza su práctica asistencial en el medio urbano en relación al medio rural. Se puede percibir que los médicos actúan más en la ciudad, para tratar las personas de clases más elevadas. Por otro lado, las mujeres sanadoras, tratan, principalmente, las personas del pueblo que no se pueden desplazar a la ciudad a fin de ser cuidadas.

La actitud que toma la Inquisición ante los delitos cometidos por estos acusados, se puede ver reflejada en la sentencia que les imponen. Será benévola, si la comparamos con la grave acusación de pactar con el diablo. Esto nos lleva a pensar que los inquisidores tomaban una actitud escéptica ante los delitos y, más bien, los veían como casos de superstición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez-Gayou JL (2003) Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. México: Paidós Educador.
2. Amezcua M and Gálvez A (2002) Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Revista. Española de salud pública. 76: 423–436.
3. Barreiro B (1973) Brujos y astrólogos de la Inquisición de Galicia. Madrid, España: Akal.

4. Beteta Y. (2011). Súcubos, hechiceras y monstruos femeninos. Estrategias de desautorización.
5. Bisquerra R (1989) Métodos de investigación cualitativa. Barcelona, España: Ediciones CEAC.
6. Caro J. Las Brujas y su mundo. (1969). Madrid, España: Alianza Editorial. p. 314.
7. Delumeau J (1973) El catolicismo de Lutero a Voltaire. Barcelona, España: Labor, p. 209.
8. Ehrenreich B, English D. (1984) Brujas, Comadronas y Enfermeras, historia de las sanadoras. Barcelona, España: La Sal.
9. Gómez-Menor JC (1969) Algunos datos sobre médicos toledanos del siglo XVI. Cuadernos de Historia de la Medicina Española. 8.
10. Gracia D (1985) Judaísmo, medicina y mentalidad inquisitorial en la España del Siglo de Oro. Medicina e Historia. 6:1–16.
11. Kamen H (1971) La Inquisición Española. Barcelona. P.18.
12. Kraemer H and Sprenger J (1976) El martillo de las brujas. Para golpear a las brujas y sus herejías con poderosa maza, Madrid: Felmar.
13. Kieckhefer R (1976) European Witch Trials: Their Foundation in Popular and Learned Culture, 1300-1500. Berkeley-Los Angeles: University of California Press, 1976. p, 10.
14. López JJ (1976) ¿Cómo se fabrica una bruja? Barcelona, España: Dopesa. p. 5.
15. Marsá, V. (2009). ¿Comadronas o brujas? ¿Doctas o enfermas? Dossiers feministes. 13, pp. 89-102.
16. Monter EW (1976) Witchcraft in France and Switzerland: the Borderlands during the Reformation: Cornell University Press.
17. Pérez D (1980) Brujería e inquisición en Cuenca (s. XVII). Almud, Revista de estudios de Castilla la Mancha. 2.
18. Polit D and Hungler B (1991) Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. México: Interamericana McGraw-Hill. p, 48.
19. Romanello M (1975) La stregoneria in Europa: 1450-1650. Societa Editrice il Mulino. pp, 1–56.
20. Romermann B (1985) La matanza de miles de brujas medievales. p, 31.1.
21. Sarrión A (2006) Médicos e Inquisición en el s. XVII. Cuenca, España: Universidad de Castilla-La Mancha.
22. Szasz T (1970). The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement. New York: Harper Row.
23. Tausiet M (2003) Magia y brujería en la época de los trovadores. Mot so razo. nº 2. pp, 21–37.

EL USO TERAPÉUTICO DEL VINO POR PARTE DE LOS ENFERMEROS ENTRE 1601-1800

THE THERAPEUTIC USE OF WINE BY NURSES BETWEEN 1601 AND 1800

Cristina Lavareda Baixinho

Profesor de la Escuela de Enfermería de Lisboa.
Doctorado de Enfermería

Isabel Pereira

Profesor de la Escuela de Enfermería de Lisboa.
Doctorado de Enfermería

Helga Rafael Henriques

Profesor de la Escuela de Enfermería de Lisboa.
Doctorado de Enfermería

PALABRAS CLAVE: Vino; Cuidados de Enfermería; Historia; Método Histórico.

KEY WORDS: Wine; Nursing Care; History; Historical Researcher.

RESUMEN: Objetivos: Describir la utilización terapéutica del vino y caracterizar los cuidados desarrollados por los enfermeros en lo que concierne a la administración de esta terapéutica. Método: Método histórico, con consultas a fuentes primarias. Resultados: Entre 1601 y 1800 varias medicinas realizadas, a partir de vinos blancos fueron recomendadas para el tratamiento de fiebre, ictericia, disturbios gastrointestinales, problemas de piel, control del dolor y de las alteraciones de comportamiento. El vino tinto se indicaba para tratamientos estéticos. Conclusiones: El vino fue durante estos dos siglos utilizado como terapéutica principal o para dilución de otros productos, con el objetivo de controlar diversas sintomatologías.

ABSTRACT: Objectives: Describe the therapeutic use of wine and characterize the care developed by nurses in the administration of this therapy. Method: Historical research, with consultation of primary sources. Results: Between 1601-1800 various remedies were made primarily from white wines are recommended for the treatment of fever, jaundice, gastrointestinal disorders, skin problems, pain control and behavioral changes. The red wine was indicated for aesthetic treatments. Conclusions: The wine was used during these two centuries as main therapy or for dilution of other products, in order to control various symptomatology.

INTRODUCCIÓN

Los enólogos indican que el vino existe desde los primeros tiempos, pero el cultivo de las vides para la producción de vino no fue posible sino cuando los nómadas se volvieron sedentarios. Hay vestigios arqueológicos de los años 8000–7000 a.C., en Georgia, que nos indican que fue este el local donde probablemente se produjo vino, por primera vez⁽¹⁻²⁾.

El vino fue ampliamente utilizado por las primeras civilizaciones como bebida para acompañar las comidas, celebrar diversos sucesos de la vida cotidiana de las sociedades y también como elemento terapéutico para el tratamiento de diversos síntomas. En la medicina el vino era el ingrediente principal o el excipiente para disolver compuestos sólidos^(1,3). En el Papiro Ebers el vino es mencionado como estimulante para el apetito (aperitivo) y como antihelmíntico⁽³⁾. Muchos de los faraones egipcios almacenaron vino en las pirámides, en ánforas, para que los acompañara en la vida futura⁽³⁾.

A causa de su amplia utilización, el viñedo y la producción de vino ganó un carácter económico, y fue utilizado, inicialmente, como moneda de cambio para otros productos y posteriormente vendido. La expansión del vino por toda Europa tiene lugar en el Imperio Romano, durante el cual se plantaron viñas en todos sus territorios.

Los historiadores consideran que este imperio fue el responsable por la gran expansión de las viñas, lo que solo volvería a ocurrir 1000 años después de la caída de Roma, con la llegada de españoles y portugueses a la América Central y del Sur⁽¹⁾. Sin embargo, los historiadores no defienden que la introducción de la viña en la Península Ibérica haya sido obra de los Tartessos (2000 a.C.). Años más tarde, los Fenicios plantaron nuevas castas y expandieron el comercio de vino y mejoraron la tecnología de producción en toda Iberia. El cultivo de la viña estaba limitado a las regiones litorales. Los escritos romanos fechados a la época de la invasión refieren que las comunidades de las regiones montañosas de toda la Península no producían vino, sino que se limitaban a su consumo ocasional⁽⁴⁾.

Cuando los romanos llegaron a la península Ibérica en el siglo VII a.C., aportaron su contribución para el desarrollo de la producción de vino^(1,4), al utilizar tallas para transportar el vino para locales más lejanos⁽⁴⁾. El aumento de la producción vitivinícola en la península Ibérica habrá creado, en un corto espacio de tiempo, una situación de banalización del consumo de vino, al que parece suficientemente importante para implicar profundas alteraciones en los padrones de distribución⁽⁴⁾, además de la utilización de ánforas, las excavaciones de ruinas de la villa romana de Torre de Palma, en Monforte, demuestran la existencia de un lagar con toneles⁽⁴⁾, lo que parece imputar a este pueblo la utilización de madera para la conservación y transporte del elixir de los Dioses⁽⁴⁾. En Hispania la viticultura alcanzó su punto culminante en los mediados del siglo I d.C.⁽¹⁾.

Hipócrates dejó varios escritos sobre las virtudes terapéuticas del vino, recomendándolo en el tratamiento de la desnutrición, como purgativo, antiemético, antiséptico, o en el tratamiento de la depresión⁽¹⁻²⁾, y Galeno, médico griego, contemporáneo de Hipócrates, quien vivió entre el siglo I y II d.C. y quien cuidaba de la dieta y de las heridas de los gladiadores, refiere el uso del vino en las heridas por evitar la putrefacción^(1,4).

La tradición vinícola peninsular fue mantenida por los Visigodos. En 711 d.C. las tropas

islámicas cruzaron el estrecho de Gibraltar, invadieron la Península, tomaron el control de las viñas y, más importante, prohibieron la producción de vino⁽¹⁾. La presencia de los moros condujo a un debilitamiento de la viticultura. Con la fundación de Portugal, el vino mantuvo su importancia en la alimentación, en la vida social y económica⁽¹⁻²⁾, y hasta en la vida religiosa, ya que el vino simboliza la sangre de Cristo. La Iglesia misma fue propietaria de extensos viñedos y productora de vinos y licores⁽¹⁾. En los monasterios se producía vino no solo para la eucaristía, sino también para la financiación de obras religiosas⁽¹⁻²⁾.

Sin embargo, los descubrimientos fueron el gran propulsor del vino portugués y español por el mundo. Durante los descubrimientos, las carabelas siempre llevaron vino, fomentando la exportación, primero del vino, y después de la vid, para los países conquistados; de este modo la viña y el vino fueron introducidos en diferentes locales del mundo a través de los Imperios Portugués y Español⁽¹⁾.

A lo largo de todo este periodo el vino estuvo también presente en los cuidados de salud, como tratamiento de algunas enfermedades. Además, esta asociación del vino a la salud se extiende también a la Iglesia. La relación de la Iglesia con los hospitales medievales también puede ser asociada al vino. El Hôtel Dieu o Hospide de Beaune, fundado en 1443 d.C., se presenta como un célebre caso de un hospital que surge por medio de un propietario de viñas y hasta hoy se mantiene a causa de las ventas del vino⁽²⁾.

Por las razones referidas son objetivos de este trabajo: Describir la utilización terapéutica del vino, en las enfermerías de los conventos, entre el año de 1601 y el año de 1800, y caracterizar los cuidados desarrollados por los enfermeros en lo que concierne a la administración de esta terapéutica.

MÉTODO

Con la finalidad de dar respuesta a las dos cuestiones de la investigación — 1) ¿Cuál es la utilización terapéutica del vino, entre 1601 y 1800, en las enfermerías de los conventos en Portugal?, y 2) ¿Cuáles son los cuidados de Enfermería en la aplicación de esta terapéutica, en lo que concierne al período en análisis? — se ha optado por un estudio histórico, con análisis de las fuentes primarias (heurística, críticas interna y externa y hermenéutica) y síntesis del conocimiento. La metodología histórica fue utilizada con la finalidad de rellenar los vacíos de los hechos y sucesos, reconstruyéndolos, de modo a garantizar la percepción de la continuidad y del entrelazamiento de los fenómenos⁽⁵⁾. La cosecha de datos se hizo con la consulta de fuentes primarias existentes en bibliotecas, con especial énfasis para la biblioteca del Palácio Real de Mafra, que tiene un valioso acervo con cerca de 36000 obras.

Para aumentar la validez fueron definidos criterios de inclusión de las fuentes primarias: libros, documentos legales, reglamentos de órdenes religiosas con actividad en enfermerías de conventos y otras fuentes fechadas entre 1601 y 1800 que indiquen la utilización terapéutica del vino a los enfermos y/o los cuidados de enfermería en su preparación y/o administración, en las enfermerías de los conventos.

Después de la lectura de las fuentes y definición de la muestra bibliográfica, se hizo la categorización de los hallazgos, con el compromiso de conseguir estructurar el proceso analítico de modo a volver comprensible lo que los datos revelan. Se recurrió a dos jueces

a lo largo del proceso de análisis para determinar la validez, adecuación, pertinencia, exhaustividad, homogeneidad y objetividad de las categorías.

Se garantizaron los principios éticos asociados a la pesquisa histórica, garantizando la cualidad de las fuentes documentales y de los esfuerzos del investigador, que debe proteger la memoria de la profesión, mediante la recuperación, preservación y producción de fuentes históricas⁽⁶⁾. Desde la concepción del proyecto a la búsqueda en las fuentes primarias, pasando por el análisis de los hallazgos y por la elaboración del artículo final, hubo la preocupación de construir una versión histórica consistente.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las fuentes primarias identificadas, que permiten contestar a las cuestiones de investigación, son de distinta naturaleza, de farmacopeas a libros médicos, libros de cirugía, reglamentos de órdenes religiosas y solo una es de un manual de enfermería, el cual es hasta hoy la primera obra conocida en Portugal redactada por un frade enfermero de la Ordem Hospitaleira de São João de Deus, para la formación de sus novicios, también ellos enfermeros⁽⁷⁾.

El análisis temático de las fuentes constituyentes de la muestra bibliográfica ha permitido estructurar los resultados de la investigación en: indicaciones terapéuticas del vino; contraindicaciones en su utilización; cuidados específicos en la administración y cuidados de enfermería en la aplicación y vigilancia del enfermo.

En cuanto a la categoría "Indicaciones terapéuticas", a lo largo de los dos siglos en análisis (XVII–XVIII) se verifica que el vino era ampliamente utilizado como terapéutica principal, o coadyuvante en otros tratamientos, contribuyendo para la cura o control de la sintomatología de enfermedades tan distintas como: las heridas; ictericia; diarrea y otros trastornos gastrointestinales; quemaduras e inflamaciones diversas; fiebre; infecciones respiratorias; sarampión; hemorroides; dolor de muelas; obstrucción de glándulas y ductos biliares; cálculos renales; alteraciones linfáticas; síndromas vertiginosos; trastornos uterinos^(7–11), entre otros.

El vino se utilizaba en el tratamiento de los heridos, con la recomendación de que solo en tres situaciones podría ser utilizado: la primera, cuando existía debilidad, la segunda, cuando existía "*animi diliquium*" y la tercera cuando el herido había perdido mucha sangre. Excluyendo estas situaciones, el vino estaba contraindicado porque no se quedaba en el cuerpo y causaba la licuación de la sangre⁽⁸⁾.

El vino "*meracio*" estaba indicado en el tratamiento de la Erisipela; se mezclaba este vino con agua, pero no con mucha. Además, estaba indicado en el tratamiento de las inflamaciones del ojo⁽⁸⁾.

En las situaciones de vértigo se recomendaba un vino emético (vomitivo)⁽⁹⁾, así como en las crisis de asma con tos, para las cuales el autor prescribe una mezcla de vino blanco y diversas hierbas, que se quedaban 12 horas "en cenizas calientes", en blando hervor; después de cocido se cuajaba y guardaba en un recipiente de cristal⁽⁹⁾.

En la hemorragia de la nariz se hacían machas con hierbas arruda mojadas con vino y vinagre⁽⁸⁾.

La utilización terapéutica del vino iba acompañada de varias recomendaciones⁽⁷⁻¹¹⁾, como las indicaciones de administración ante la dolencia del enfermo; a los “bexigosos”, por ejemplo (varicela), y “sarampados” (sarampión), un médico advierte que el vino solo debería ser utilizado si las vejigas fueran malignas, principalmente si hubiera sudores diaforéticos; porque el vino corrobora la naturaleza y facilita la erupción de las vejigas⁽⁹⁾ y la posología se individualizaba en función de la patología⁽¹⁰⁾; con la recomendación de que el vino utilizado “sea bueno, puro, claro y delgado” y en cantidad moderada⁽⁸⁾.

Importa contextualizar que la teoría humoral, desarrollada por Hipócrates, quien intenta una explicación de la enfermedad, y consecuentemente de la cura, a través del equilibrio entre la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra⁽¹²⁾, seguía siendo una teoría vigente en este periodo. De este modo, la utilización del vino como terapéutica intenta promover el equilibrio perdidos de los humores corporales.

La enfermedad surge en conexión con la punición divina, entendida como una manifestación de Dios, y por eso solo al cuidar inicialmente del alma se podría, posteriormente, cuidar del cuerpo⁽¹³⁾. La enfermedad era una forma de purificar el cuerpo y una oportunidad de salvación del alma⁽¹³⁾. En este sentido, las medicinas aplicadas visaban controlar los síntomas, pero la creencia era que la verdadera cura se obtenía a través del perdón de los pecados.

En la categoría de las contraindicaciones, las fuentes también describen las situaciones en que el vino estaba contraindicado, particularmente para las personas que sentían “daño en la cabeza” después de beberlo o para los que ven “cosas raras” delante de sus ojos, y así el autor considera que en estas situaciones el perjuicio de su utilización es superior a los beneficios⁽⁸⁾.

Con respecto a los cuidados en la aplicación de los remedios en que el vino es el elemento principal, o el medio de dilución para otros productos, se encuentran varias recomendaciones sobre la temperatura (por ejemplo, en cuanto a la disentería, era necesario calentar el vino, y solo después de frío podría ser dado al enfermo⁽⁹⁾), así como para el modo de confeccionar estos remedios. La mezcla de vino con cebolla y limón, y su infusión, durante seis horas, en cuatro onzas de vino blanco colado, se consideraba un remedio de gran eficacia para quebrar y expulsar las “piedras de los riñones”⁽⁹⁾.

No solo en la administración del vino, sino también en otros cuidados, existía la preocupación de controlar algunos factores ambientales que se consideraba capaces de interferir en la calidad de los humores corporales y en la eficacia de los tratamientos aplicados⁽¹³⁾, como la temperatura a la que se administraba el vino.

Después de la aplicación del medicamento, el enfermo debería descansar y no debería hacer movimientos violentos, ni porfiar, ni gritar⁽⁸⁾.

En las obras consultadas no hay referencias directas a los cuidados de enfermería en la preparación, administración y vigilancia del enfermo, excepto en la “Postila Religiosa”⁽⁷⁾, donde el enfermero que hizo el manual determina que en la administración de los remedios el enfermero tendría que hacerlo, directamente por su mano y en el horario exacto, para que no privara el enfermo del tratamiento a que tenía derecho⁽⁷⁾.

Para evitar errores, el enfermero debería garantizar la correcta identificación del tipo

de vino, color, calidad, cantidad y olor, ya que, como advierte fray Diogo Santiago, en las boticas muchas veces pasa que se ponen los números errados y eso solo podría ser remediado con la experiencia en la administración de la terapéutica⁽⁷⁾. Advierte además para que los remedios solo deberían ser dados después de revueltos y debería darse agua para lavar la boca al enfermo y evitar que este la echase fuera⁽⁷⁾.

El cuidado muestra la preocupación con el enfermo pero, al mismo tiempo, la atención en el sentido de evitar el error y el daño, y esto exigía conocimiento. Está presente la noción de deseo de cumplir un deber⁽¹³⁾.

CONCLUSIONES

En la investigación histórica efectuada, se identificaron siete fuentes documentales primarias que permitieron dar respuesta a las dos cuestiones de investigación formuladas.

Entre 1601 y 1800 varias medicinas realizadas, esencialmente, a partir de vinos blancos fueron recomendadas para el tratamiento de fiebre, ictericia, disturbios gastrointestinales, problemas de piel, control del dolor y de las alteraciones de comportamiento. El vino tinto, al cual se solía añadir cáscaras de granada, rosas rojas, gábulas de ciprés, entre otros elementos, se indicaba para tratamientos estéticos, por ejemplo, tratamientos en las zonas de piel laxa. Las medicinas eran producidas en las boticas de los conventos y de los hospitales de la época y los enfermeros administraban estos tratamientos siguiendo las orientaciones médicas, de manera a garantizar la inexistencia de errores y a vigilar la eficacia del tratamiento.

El vino fue durante estos dos siglos utilizado como terapéutica principal o para dilución de otros productos, con el objetivo de controlar diversas sintomatologías.

Este estudio nos permitirá comprender mejor la utilización terapéutica del vino en la Península Ibérica.

REFERENCIAS

1. Estreicher SK. WINE: From Neolithic Times to the 21st Century. New York: Algora Publishing; 2006.
2. Johnson H. The Story of Wine. Londres: Mitchell-Beazley; 1989.
3. Fonseca S, Jané MRG, Ibrahim M. O vinho no Antigo Egito: uma história mediterrânea. Mundo Antigo. [Internet]. 2012 [Access 2016 Sep 11]; 1(1):139-55. Available from: <http://www.nehmaat.uff.br/revista/2012-1/artigo07-2012-1.pdf>
4. Fabião C. O vinho na Lusitânia: reflexões em torno de um problema arqueológico. Revi Port Arqueologia, 1998;1(1):169,98.
5. Boas F. Os métodos da etnologia. In: Castro (Org.). Antropologia Cultural (6. ed.) Rio de Janeiro: Zahar; 2004.
6. Peres MAA, Santos TCF. Ethics in Historical Research in Nursing and Health - Perspective to Scientific Integrity. Hist enferm Rev eletrônica [Internet]. 2015 [Access 2016 Nov 15];6(1):4-7. Available from: http://here.abennacional.org.br/here/0_1_Editorial_PORT.pdf
7. Santiago D. Postilla religiosa e arte dos enfermeiros, guarnecida com eruditos conceitos de diversos autores, facundos, Moraes, e escrivães. Lisboa: Lisboa Occidental; 1741.
8. Correa JL. Castello Forte contra todas as infirmitades que pereguem o corpo humano, E Thesouro universal, aonde se acharão os remedios para ellas. Lisboa Occidental: Officina da Musica; 1723.
9. Henriques FF. Medicina Lusitana, Socorro Delphico. Aos clamores da natureza humana, para total profligação de seus males. Porto: Na Officina Episcopal de Manoel Pedroso Coimbra; 1750.
10. Lemetry N. Curso Chimico, en el qual se enseña el modo de hazer las operaciones mas usuales en la medicina, com reflexiones sobre cada operacion, para la instruccion de los que se quieren aplicar a esta ciência (3ª ed.). Madrid: Por Manuel Romàn, Impresor de Libros, en la Calle del Duque de Alva; 1721.
11. Santo Antonio C. Pharmacopea Lusitana augmentada. Lisboa Occidental. Na Officina de Francisco Xavier de Andrade; 1725.
12. Sevalho G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. Cadernos de Saúde Pública. 1993;9:349-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300022>
13. Ferraz I, Baixinho C, Rafael H. The first book written by a nurse in Portugal (1741): contributions to religious nurses education. Hist enferm Rev eletrônica [Internet]. 2015;6(2):288-98. Available from: http://here.abennacional.org.br/here/historia_HERE_2015.pdf

IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE HOSPITALES ANTIGUOS EN LA PROVINCIA DE ÁLAVA (ESPAÑA)

IDENTIFICATION AND LOCATION OF ANCIENT HOSPITALS IN THE PROVINCE OF ÁLAVA (SPAIN)

Manuel Ferreiro Ardións

Comisión de Historia y Humanidades del Colegio de Enfermería de Álava
Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea

Juan Lezaun Valdubieco

Comisión de Historia y Humanidades del Colegio de Enfermería de Álava
Osakidetza/Servicio Vasco de Salud

PALABRAS CLAVE: Hospital antiguo,
Peregrino, Sinodales, Álava.

KEY WORDS: Ancient hospital, Pilgrim,
Synods, Álava.

RESUMEN: Se han documentado 91 hospitales en Álava hasta 1900. A finales del siglo XVIII perviven un 48,35%, si bien solo una cuarta parte mantiene rentas. La expresión "son comunes en todos los lugares" pudiera ser cierta para el siglo XVI, pero para 1739 el sistema ha entrado en quiebra. Los más antiguos se relacionan con monasterios o santuarios y la ruta jacobea, existiendo ya en 1556. Los posteriores y la mayoría de los que llegan a 1739 se encuentran en Caminos principales, sugiriendo una adaptación del peregrino al vagabundo, pero manteniendo el fin de dar seguridad y favorecer el tránsito de personas.

ABSTRACT: A total of 91 hospitals have been documented in Álava until 1900. At the end of the 18th century, 48.35% survived, although only a quarter keep getting income. The expression "are common in all places" may be true for the sixteenth century, but by 1739 the system has gone bankrupt. The oldest ones are related to monasteries or sanctuaries and the Jacobean route, already existing in 1556. The later ones and most of those who arrive in 1739 are in Main paths, suggesting an adjustment from the pilgrim to the vagabond, but maintaining the aim of giving Security and promoting the transit of people.

INTRODUCCIÓN

Las Constituciones Sinodales de Calahorra de 1698 dedican el título XIV del Libro tercero a las normas que han de seguirse en los hospitales para enfermos y de hospitalidad (*De nosocomiis, seu domibus Hospitalitatis*) de la Diócesis -a la que pertenecía Álava- afirmando que aquellos centros “son comunes en todos los lugares, por pequeños, y pobres que sean”¹.

Esta afirmación, la propia existencia de una normativa eclesial que los regulaba y, especialmente, su larga pervivencia en el tiempo, denotan una importancia capital de los hospitales en la estructura social de aquellos pequeños pueblos alaveses que solo puede explicarse, sin soslayar lo espiritual, desde el utilitarismo de una respuesta asistencial eficaz. Asistencia más social que sanitaria -por mucho que estas fueran de la mano- pues su razón de ser no puede desligarse de la inveterada cuestión de la pobreza y su amparo religioso.

Nuestro grupo de trabajo realizó un primer acercamiento a la asistencia hospitalaria en Álava durante el Antiguo Régimen a partir del hallazgo de un documento inédito de 1739 en el Archivo Histórico Nacional (A.H.N.)² que nos permitió pasar de los 62 hospitales documentados por Guereñu³ e Iturrate⁴ a 76. La presencia en tal documento de importantes alusiones a la estructura y quehaceres cotidianos de aquellos centros nos llevó a la elaboración de un estudio, recientemente publicado⁵, centrado en los aspectos asistenciales (cuidadores, usuarios y cuidados) más que en los meramente cuantitativos y geográficos.

No obstante, la posterior necesidad de utilizar, en el marco de otro trabajo, el *Libro de visita del licenciado Martín Gil* (1556)⁶ -base documental fundamental del recuento de Guereñu e Iturrate-, nos deparó la sorpresa de advertir varias ausencias y algún error que invalidaba el conteo de aquellos -y por ende el nuestro-, motivo por el cual planteamos un estudio de revisión que actualizara tanto la cifra como su ubicación geográfica.

La identificación y localización geográfica de los hospitales es una cuestión quizá secundaria pero de necesaria divulgación, en cuanto que aquellos edificios albergaron una de las escasas muestras de actividad enfermera laica ajena a la ejercida por barberos y sangradores en tiempos históricos, la desarrollada por los hospitaleros -en muchas ocasiones un matrimonio- que, a tenor del número de hospitales localizados y la clara sospecha de que fueron muchos más, fue una actividad presente y reconocible en cualquier pueblo de Álava. Lo que se ha considerado pertinente sacarlo a la luz a través del presente estudio.

OBJETIVO Y METODOLOGÍA

Se pretende realizar un estudio descriptivo cuantitativo basado en una revisión documental y bibliográfica al objeto de identificar y localizar antiguos hospitales existentes en el actual territorio de la provincia de Álava -marginando por tanto el espacio de Treviño (Burgos) y el de Orduña (Vizcaya)- con anterioridad al año 1900.

La documentación primaria se basa en los dos documentos ya señalados (Libro de visita del licenciado Martín Gil de 1556 y Contestación de las Hermandades alavesas a la

Real Provisión de Felipe V de 1739 para conocer el estado de los centros benéficos en España), complementados con la hallada en los archivos alaveses. La revisión bibliográfica parte fundamentalmente de los estudios de Gerardo López de Guereñu^{3,7}, José Iturrate^{4,8,9,10} y Marcelo Núñez de Cepeda¹¹ -los autores que más aportaciones han realizado al conocimiento de este tema- junto a la ya utilizada por nosotros en trabajos previos, a las que se han sumado las obtenidas tras búsqueda sistemática en la Fundación Sancho el Sabio (F.S.S.).

La cuestión de las “ausencias” en los recuentos de Guereñu e Iturrate sobre la visita pastoral de 1556 probablemente se deba a que utilizaron directamente el libro original o la copia del A.H.N., con las dificultades que ello entraña, mientras que nosotros hemos utilizado la ventaja de la transcripción profesional que realizó la Diócesis de Calahorra con posterioridad a los trabajos de aquellos⁶.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los dos textos principales nos proporcionan una información muy extensa geográficamente sobre la presencia de hospitales en Álava; sin embargo, no es completa, abarcando en su conjunto aproximadamente un 66% de los municipios alaveses -si bien se incluyen los más importantes-. Por parte de la Visita Pastoral de 1556 (la presunción es que la visita se realizó varios años antes)¹², esta recoge solo los centros bajo patronato de la Diócesis de Calahorra, no apareciendo los de patronato privado o municipal, caso por ejemplo de los cinco vitorianos (2 privados y 3 del Ayuntamiento); mientras que por parte de las Contestaciones de 1739, solo aparecen mencionadas o legibles (hay varias páginas prácticamente en blanco por haberse borrado la tinta) las respuestas de 27 de las 53 hermandades que constituían la provincia. Los dos textos se caracterizan por una recogida sistemática de datos que proporcionan valiosas informaciones adicionales ya estudiadas por nuestro grupo⁵.

La localización geográfica se ha actualizado al actual nomenclátor de Álava, lo que ha supuesto adaptar las divisiones de ambos textos -arciprestazgos en la Visita y hermandades en las Contestaciones- a la configuración municipal actual.

En la Visita de 1556 se documentan 55 hospitales y en las Contestaciones de 1739 aparecen 44, de los que 20 ya se mencionaban en 1556 y 24 no -aunque algunos documentamos por otras fuentes que ya existían entonces-. A esos 79 centros únicos añadimos otros 12 que identificamos por distintas fuentes, ampliando por tanto nuestro anterior recuento de 76 centros a los 91 actuales (cuadro 1).



Así, y a pesar de las lagunas geográficas, para finales del XVIII quedan un 48,35% del total de hospitales identificados, pero apenas un 24% expresa contar con rentas propias, lo que anticipa que el modelo de respuesta social en el que se articulaba aquel sistema hospitalario ya estaba entonces en quiebra. Confirmaría además la justificación de quienes promovieron la Real Provisión de Felipe V de 1739 para conocer el estado de los centros benéficos en España: "...se hallaba con noticias, que de los Hospitales, que estaban fundados en estos nuestros Reynos, assi para la curacion de Enfermos pobres, como para el acogimiento de hospedage de Peregrinos, se hallaban muchos de ellos casi abandonados, sus fabricas ruinosas, sus rentas, ò perdidas, ò mal administradas, vsurpadas, y sin disposicion alguna, para que sirviessen à los fines piadosos de su ereccion..."².

Por la misma razón, la afirmación de las Constituciones Sinodales de Calahorra de 1698 de que los hospitales "son comunes en todos los lugares, por pequeños, y pobres que sean" no parece real en Álava en 1739, fecha tan cercana a las propias Sinodales, sino un anacronismo heredado de la situación que pudo existir en la Baja Edad Media o primer Renacimiento, momento aún de auge en el peregrinaje a Santiago y previo a la reducción hospitalaria promovida por Trento -de la que quizá participó la propia Visita de Martín Gil en tiempos del tridentino Bernal Díaz de Luco como Obispo de Calahorra y La Calzada

hasta precisamente 1556^{-5,12}.

Iturrate⁴, muy probablemente desde una visión espiritualista de la función de aquellos hospitales, achaca a las guerras del cambio a la contemporaneidad (Convención, Independencia y Primera Carlista) así como las desamortizaciones del liberalismo el final de aquellos centros. Nuestra evidencia es que el sistema ya estaba en crisis al menos medio siglo antes y que, como mucho, estos sucesos bélicos y desamortizadores pudieron ser causas inmediatas y definitivas pero no fundamentales.

¿Cuáles fueron esas causas? No tenemos una respuesta clara, pero en nuestro trabajo previo⁵ apuntamos dos elementos: una relación entre la perdurabilidad de los hospitales y la adaptación a un paulatino cambio en la tipología del cliente hospitalario, del peregrino religioso renacentista hacia el vagabundo estereotipo del barroco; y el agotamiento de los patronatos particulares -por problemas en la sucesión del derecho o por el fin de su rentabilidad- que permitió modificar los fines de algunos hospitales.

La impresión es que la relación de estos centros con las rutas de peregrinaje religioso había sido superada para 1739. Los hospitales que llegan funcionando a fines del XVIII lo hacen porque conservan una clientela de caminantes que ya no son peregrinos -sujeto de las cartas fundacionales de la mayoría de estos hospitales- sino los miserables de la crisis del XVII a quienes dirigen el mismo objeto: dar seguridad a los caminos y favorecer el tránsito de personas.

Las Constituciones Sinodales de 1698 vienen a confirmar esa evolución al señalar como usuarios expresos de estos centros a viandantes, a los que impone restricciones temporales a su acogida: "por una noche sola..."¹, lo que nos sugiere una clara finalidad de control social: cumplieron una función de contención de los desarraigados que pululaban de pueblo en pueblo, acogiéndolos en estos centros sin necesidad de delinquir pero sin posibilidad de asentarse en los mismos.

Otro elemento fundamental fue su implicación en la red de solidaridad vecinal y apoyo mutuo tradicional que limitaba el desamparo del pobre o del anciano sin apoyo familiar. Sin embargo, esta acción debió estar muy ligada a la escrupulosidad en el cumplimiento de los fines fundacionales, punto en el que el patronato jugaba un papel fundamental. Y en 1739 se ha desdibujado completamente la titularidad, figurando en muchos casos como patronos los Ayuntamientos y como administradores los párrocos. Eso no convierte la titularidad en pública, pero la discrecionalidad de la ayuda sí parte de las mismas estructuras que conformarán las Juntas municipales de Beneficencia que promoverá la Ley General de Beneficencia de 1822. Elementos que nos llevan a pensar que, ya en esas fechas, hay un cambio en la mentalidad, un primer paso de la "limosna" particular al "derecho" colectivo que se anticipa a la legislación de la Beneficencia Pública del Trienio Liberal y su precedente, la Constitución de 1812.

MUNICIPIOS	Localidad/Hospital	1556	1739	Otras Fuentes
LANTARÓN	Begüenda Caicedo-Yuso Turiso	SI SI SI	SI Desuso.	
LEGUTIANO	Legutiano	SI	SI	
LLODIO/LAUDIO	Llodio/Laudio	SI	SI	
OKONDO	Okondo	SI	SI	
OYÓN-OION	Labraza Oyón-Oion	SI	SI	
PENACERRADA	Peñacerrada	SI	SI	
RIBERA ALTA	Abigano	SI	SI	
RIBERA BAJA	Quantilla	SI	SI	
SALVATIERRA/AGURAIN	Rivabellosa Salvatierra/Agurain San Lazaro	SI SI SI	SI	4, 11, 14
SAMANIEGO	Samaniego	SI		
	Aspuru/Axpuru	SI		
	Barria (Monasterio)	SI	15	
SAN MILLÁN	Galarreta	SI	SI	
	Luzuriaga	SI		14
	Narbaiza	SI		
URKABUSTAIZ	San Román	SI		
VALDEGOVIA	Abezia Angosto (Santuario)	SI	Ruina.	16
	Contrasta	SI		3, 17
VALLE DE ARANA	San Vicente	SI		
	Ullibarrí-Arana	SI		
VILLABUENA	Villabuena	SI		
	Argandoña	SI		
	Betofo	SI		
	Foronda	SI		
VITORIA-GASTEIZ	La Magdalena	SI	11	
	Mendoza	SI		
	San José	SI	SI	
	San Pedro	SI	SI	
	Santa María	SI	SI	
	Santiago	SI	SI	
ZALDUONDO	Zaldondo	SI		
ZAMBRANA	Berganzo	SI		
	Ocio	SI		
	Zambrana	SI		
ZIGOITIA	Etxabarrí-Ibifia	SI	Ruina.	
	Manurga	SI	SI	4, 10
	Bloriano	SI		4, 10
ZUIA	Domakia	SI		
	Sarria	SI		

MUNICIPIOS	Localidad/Hospital	1556	1739	Otras Fuentes
ALEGRIA-DULANTZI	Alegria-Dulantzi	SI	SI	
AMURRIO	Amurio	SI	SI	
ARANA	Estambio Salinas de Arana	SI SI	SI	
ARAMAIO	Ibarra	SI	SI	
ARMINON	Estavillo	SI	SI	
ARRAIA-MAEZTU	Apellániz/Arnalz Korres	SI SI	3, 4	
	Mestu/Maeztu	SI	SI	
ARRAZUA-UBARRUNDIA	Arrotabe	SI	3	
	Landa	SI	SI	
	Ullibarrí-Gamboa	SI	SI	
ARTZINIEGA	Artzniega	SI	SI	
ASPARRENA	Iardulia	SI	Ruina.	
	Luisondo	SI	SI	
AYALA/IARA	Respatiz	SI	SI	
BAÑOS DE EBRO	Zuaza/Zuhatza Baños de Ebro	SI SI	SI	
	Audikana	SI	SI	
	Elgea	SI	SI	
BARRUNDIA	Gebara	SI	SI	
	Heredia	SI	SI	
	Larrea	SI	SI	
	Marieta	SI	SI	
	Mencujur	SI	Cerrado.	
	Ozatea	SI	SI	
BERANTEVILLA	Berantevilla	SI	SI	
	Santa Cruz	SI	SI	
BERNEDO	Bernedo	SI	SI	
	San Román	SI	SI	
CAMPEZO/KANPEZU	Orbisio	SI	Ruina.	
ELBURGO/BURGELU	Santa Cruz	SI	SI	
ELCIEGO	Arbulu/Arbulu	SI	SI	
ELVILLAR/BILAR	Eiciego Elvillar/Billar	SI SI	SI	
	Nandares Oca	SI	SI	
IRURIA DE OCA	Olivárrere/Olabarri	SI	SI	
	Trespentes	SI	13	
	Villotas/Biltoda	SI	SI	
KRIPAN	Kripan	SI	SI	
LABASTIDA	Labastida	SI	SI	
	Salinillas de Buradón	SI	SI	
LAGRÁN	Lagrán	SI	SI	3
LAGUARDIA	Pipaxón	SI	SI	
	Laguardia	SI	SI	
LANCIEGO	Lanciego	SI	SI	

CONCLUSIONES

La base documental principal de nuestro trabajo -la Visita de 1556 y las Contestaciones de 1739-, a pesar de ser fuentes incompletas, constituyen un conjunto documental con cierta sistematización que ofrece una visión de gran parte de la geografía alavesa, tanto urbana como rural.

Se ha pasado de 76 a 91 los hospitales localizados y hay rastros que apuntan a un número aún mayor. Su presencia fue por tanto muy extensa en la geografía alavesa que claramente fue mayor en el XVI que en el XVIII, momento en que se evidencia una situación de crisis de aquel modelo asistencial.

Las causas potenciales de esta crisis han sido analizadas en otro trabajo en los que se aborda el funcionamiento de estos centros.

REFERENCIAS DOCUMENTALES Y BIBLIOGRÁFICAS

1. De Lepe P. Constituciones Synodales antiguas, y modernas del Obispado de Calahorra y La Calzada (1698). Madrid:Antonio González de Reyes (Imp.); 1700. p. 523.
2. A.H.N. 12.629-15 y 12.629-16. Contestación de las Hermandades alavesas a la Real Provisión de Felipe V de 1739 para conocer el estado de los centros benéficos en España.
3. López de Guereñu G. Antiguos hospitales alaveses. Ohitura. 1986;4.
4. Iturrate Sáenz de la Fuente J. Antiguos hospitales en la Diócesis de Vitoria. Memoria Ecclesiae. 1997; X.
5. Ferreiro Ardións M, Lezaun Valdubieco J. La asistencia hospitalaria en Álava durante la Edad Moderna. Sancho el Sabio. 2015;38: 219-242.
6. Díaz Bodegas P. Libro de visita del licenciado Martín Gil / introducción, transcripción y notas de Pablo Díaz Bodegas. Logroño:Diocesis de Calahorra y La Calzada; 1998.
7. López de Guereñu G. Apellaniz. Pasado y presente de un pueblo alavés. Ohitura. 1981;0.
8. Iturrate Sáenz de la Fuente J. El antiguo hospital de la villa de Arceniega. Scriptorium Victoréense. 1984;31.
9. Iturrate Sáenz de la Fuente J. El antiguo hospital de Legutiano-Villarreal de Álava. Ohitura. 1984;4.
10. Iturrate Sáenz de la Fuente J. "Markina de Zuia. Sus gentes e instituciones", Ohitura, nº 8, 2001.
11. Núñez de Cepeda M. Hospitales Vitorianos. El Santuario de la Santísima Virgen de Estíbaliz. El Escorial:imprensa del monasterio. 1931.
12. Ibáñez Rodríguez S. La Diócesis de Calahorra a mediados del siglo XVI según el libro de visita del Licenciado Martín Gil. Brocar. 1998;21:135-183.

13. 13. Madoz P. Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de Ultramar. Madrid;1850. Vol. XVI. Voz Iruña.
14. 14. Portilla MJ. Una ruta europea. Por Álava, a Compostela. Del paso de San Adrián al Ebro. Vitoria:Diputación Foral de Álava; 1991.
15. 15. Portilla MJ. Barría. Ayer y hoy de un monasterio. Vitoria:Diputación Foral de Álava;1987.
16. 16. De la Inmaculada, E. Historia del Santuario de Nuestra Señora de Angosto y del Valle de Gobeia de la M.N. y M.L. Provincia de Álava. San Sebastián:Gráficas Fides;1943.
17. 17. Enciso E, Cantera J, Portilla MJ, Eguía J, Azcarate JM. Catálogo Monumental de la Diócesis de Vitoria. Vitoria:Obra Cultural de la Caja de Ahorros Municipal de Vitoria;1967-1988. Vol. I a VI.

CUIDADOS Y CUIDADORES EN EL HOSPITAL GENERAL DE MADRID EN EL SIGLO XVIII

CARE AND CAREGIVERS AT THE GENERAL HOSPITAL OF MADRID IN THE 18TH CENTURY

María Lorente Pedreille

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología
Universidad Complutense de Madrid

PALABRAS CLAVE: Hospital General de Madrid. Profesiones sanitarias. Cuidados siglo XVIII. Cuidadores del siglo XVIII.

RESUMEN: Mediante el estudio de fuentes primarias del siglo XVIII y estudios posteriores, se ha podido enmarcar la situación y las necesidades sanitarias de la sociedad de la España del siglo XVIII, dando una visión de la atención que se proporcionaba en los hospitales de la época y conocer las funciones propias de la enfermería que se desarrollaban en ellos.

Este análisis de las fuentes nos ha permitido conocer con detalle la labor de los encargados de proporcionar los cuidados adecuados a los pacientes dentro del marco del Hospital General de Madrid durante el siglo XVIII.

KEY WORDS: General Hospital of Madrid. Health professions. Care in the 18th century. Caregivers of the 18th century.

ABSTRACT: Through the study of primary sources of the 18th century and secondary sources of later epochs, it has been possible to frame the situation and the health needs of the society of the Spain of the 18th century; giving a view of the cares which were provided in the hospitals during that time and being able to know the nursing activities developed in them.

This analysis of the sources, has allowed us to know in detail the work developed by those in charge of providing the appropriate care to patients within the framework of the General Hospital of Madrid during the 18th century.

OBJETIVOS GENERALES

Contribuir al estudio histórico de la enfermería española en el contexto del siglo XVIII y dentro del Hospital General de Madrid donde se desarrollaba sus funciones, no solo con el fin de resaltar la necesidad de conocer nuestro pasado como presencia necesaria, sino también como estímulo para seguir avanzando en el conocimiento de las bases históricas en las que se sustenta nuestra profesión dentro de la realidad de la que formó parte.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analizar la estructura y función de cada profesional sanitario del Hospital General de Madrid en el siglo XVIII.

Dar a conocer las funciones específicas del personal de enfermería dentro del hospital.

Obtener una visión de la actividad diaria dentro de los hospitales de la época.

METODOLOGÍA

Consulta de fuentes históricas de dos tipos: por un lado las fuentes primarias de la época, siglo XVIII, como base primordial del estudio. Por otro lado las fuentes secundarias, que nos han permitido contextualizar históricamente la situación del Hospital General de Madrid y exponer la organización del personal que lo componía y las funciones que cumplían, sobre todo centradas en el personal encargado de los cuidados de enfermería.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la Edad Media los hospitales no solo cumplían con la función de atender a los enfermos, sino que también asistían a pobres y peregrinos. Y no fue hasta mediados del siglo XVIII cuando se empezó a considerar que los hospitales debían ser lugares dedicados al cuidado y curación de enfermos y no como un lugar para cobijo de marginados. Al mismo tiempo se comenzó a plantear la necesidad de formar al personal que estaba al cuidado de enfermos. (1, 2).



Figura 1. Plano de 1706.

Bajo el mandato de Fernando VI (1746-1759) se inicia la reforma del antiguo Hospital General de Madrid fundado a finales del siglo XVI. Con esta nueva construcción no solo se pretendía aumentar el espacio para la atención de los enfermos, sino además mejorar la calidad de las instalaciones y de los cuidados que se les proporcionaba. Para ello también se formaba a los encargados de proporcionar los cuidados en las diferentes funciones que se efectuaban en las distintas áreas del hospital bajo la supervisión del personal ya cualificado. (3).

Personal del Hospital General

En este artículo vamos a intentar detallar las distintas funciones que se desarrollaban en los Reales Hospitales; todas ellas en relación a los cuidados del paciente, por lo que quedarán al margen todas aquellas funciones de carácter administrativo y de dirección del

hospital.

En primer lugar encontramos la figura del Hermano Mayor, que siempre recaía sobre el superior de los Hermanos Obregones (congregación religiosa dedicada al servicio de los pobres y necesitados). Entre las obligaciones del Hermano Mayor figuraba la de asignar a un Hermano por cada una de las salas de enfermería como encargado de cubrir todas las necesidades de la misma; debía ocuparse de que estos Hermanos cumpliesen con sus obligaciones. Estaba a cargo del Inventario General del hospital, por lo que se encomendaba de que no faltara lencería, colchones y utensilios en las enfermerías y almacenes, y que tampoco les faltase ropa a los pobres que ingresaban en el hospital así como de que todo fuese hecho con la mayor limpieza posible. (4).

El buen funcionamiento de las salas de enfermería estaba a cargo del Enfermero mayor, que se aseguraba de que los Practicantes, Hermanos Obregones y sirvientes cumpliesen con sus deberes. También acompañaba a los médicos en sus visitas y a los cirujanos en sus curas, procurando que estas, las sangrías, la administración de medicamentos y las comidas recetadas se hiciesen a sus correspondientes horas.

En caso de que sirvientes o practicantes cometiesen alguna falta o delito era deber del Enfermero mayor aplicar el correspondiente castigo que él mismo considerase oportuno, con la excepción del despido, que era potestad del Hermano Mayor y/o el Consiliario de guardia. (5).



Figura 2. Planta principal

Para hacerse cargo de los Reales Hospitales, el Real Protomedicato destinó nueve médicos, seis de ellos irían al Hospital General de hombres y los tres restantes al Hospital de la Pasión de mujeres. De entre estos nueve médicos el de

mayor antigüedad y rango pasaba a ser el Primer médico, quien una vez al mes se reunía con todos los médicos para informarse de la situación de los pacientes del hospital y de los cuidados que se les proporcionaba. El resto de los médicos debían estar bajo las órdenes del Primer médico, teniendo que obedecer sus decisiones, especialmente las referentes al beneficio de los pacientes.

Durante las visitas, los médicos eran acompañados por un Hermano Obregón, el Boticario y el Remedios Mayor. Cada uno de ellos debía llevar una libreta durante la visita en la que apuntaban respectivamente los alimentos prescritos para cada paciente, los medicamentos y en la última, además de los dos datos anteriores (que se usaría para corroborar la información), se tomaría nota de todos los demás procedimientos que pautara el médico y otros detalles particulares de cada visita. De esta forma al acabar la visita, el médico comprobaba la información recogida para evitar fallos y la firmaba.

El puesto de practicante de medicina era de menor rango que los médicos licenciados; en total había cuatro en el Hospital General, dos para el hospital de hombres y dos para el de mujeres. Su función principal era estar en la puerta de las enfermerías para atender las necesidades que en ellas pudiesen surgir. A la llegada de los enfermos al hospital era su

misión examinarles en primer lugar y distribuirlos en función de la enfermedad que padecían, teniendo especial cuidado de no mezclarlos y de no permitir la entrada de los infecciosos, enviándolos a los hospitales para infecciosos correspondientes. En caso de que la entrada se produjese después de la visita de la tarde de los médicos era su deber atender las necesidades y enfermedad del paciente administrándole la medicación necesaria para aliviarle hasta la siguiente visita. (6) Por las mañanas debían acompañar a los boticarios mientras administraban medicación para tener conocimiento de los cambios surgidos en los enfermos y así poder prevenir al médico.

Los Cirujanos, considerados una rama inferior de la medicina, se encargaban de las cirugías y de hacer algunas curas. En los Reales Hospitales había un total de cinco cirujanos: el Mayor, tres compañeros y el Practicante Mayor.

El Cirujano Mayor era escogido por antigüedad y méritos. Estaba a cargo de todas las cirugías de los Reales Hospitales y de las curas hasta que el enfermo estaba fuera de peligro que era cuando delegaba en otros cirujanos. Las curas se realizaban por la mañana y por la tarde, siempre antes de la visita del médico para que los practicantes que le acompañaban estuviesen libres para dicha visita; en caso de ser necesario, se realizaba una tercera cura antes de recogerse por la noche. (6).

Al principio de cada mes el Cirujano Mayor se reunía con el resto de cirujanos y practicantes para que le diesen cuenta de todos los enfermos que habían pasado por las enfermerías de cirugía, cuántos de ellos se habían curado y cuántos de ellos habían muerto.

El resto de los cirujanos de los Reales Hospitales debían dar cuenta al Cirujano Mayor de todos los casos extraordinarios que se encontraran; cada uno de ellos tenía asignado una zona concreta del hospital donde debía realizar sus curas. El Segundo Cirujano atendía a las enfermas en el Hospital de la Pasión, y cuando se ausentaba el Cirujano Mayor era el responsable de los pacientes de este, junto con el Practicante Mayor. El Tercer Cirujano estaba destinado en el Hospital General encargándose de las curas en las salas de cirugía. El Cuarto Cirujano tenía las mismas obligaciones que el Tercer Cirujano pero en el Hospital de la Pasión. De esta forma quedaban repartidos el Segundo y Cuarto Cirujano en el Hospital de la Pasión y el Mayor y el Tercer Cirujano en el Hospital General. (6).

El Practicante Mayor era el cargo inmediatamente por debajo de los cirujanos, sus funciones consistían en sustituir a los cirujanos en sus ausencias. Estaba a cargo de la enseñanza de los practicantes, durante la noche se ocupaba de los casos más urgentes en las salas de medicina y cirugía y curaba a los heridos que entraban en el hospital fuera de las horas en las que atendían los cirujanos. Por la mañana se levantaba antes que los cirujanos para cerciorarse de que todo el material necesario para las curas de ese día estuviese preparado y no faltase de nada. El puesto debía estar ocupado por un hombre con experiencia y soltero que dormía en una habitación cercana a las salas de cirugía para estar disponible a cualquier hora si se le requería. Desde este cargo se podía aspirar a ocupar el puesto de Cuarto Cirujano cuando quedara vacante por defunción, renuncia o por la ascensión de cualquiera de ellos a un puesto superior. (6).

El resto de los practicantes tenían que auxiliar a los médicos y estar presentes en las curas de cirugía de la mañana y de la tarde no pudiendo interferir una tarea con la otra.

Cuando estaban de guardia era su deber recibir a los enfermos que llegasen a las salas de cirugía y, en ausencia de todos los cargos superiores al de Practicante (cirujano, Practicante Mayor, Remedios Mayor...) sería este el encargado de realizar las curas de los enfermos. Además de estas tareas debían encargarse de otras como subir de la botica todos los medicamentos y remedios que fuesen necesarios; acompañar a los que subían las comidas de las cocinas y la despensa; de hacer las camas de los enfermos; Y trasladar los cadáveres a la capilla. Todos los Practicantes debían vivir fuera del Hospital General y ser solteros, siendo el cambio de estado civil motivo de despido inmediato. Desde el puesto de practicante podían ascender hasta llegar a Remedios Mayor y después a Cirujanos. A medio camino entre el cargo de Practicante y los cargos superiores existía el puesto de Sangrador, las cinco plazas existentes en el Hospital recaían sobre los Practicantes que destacaran sobre los otros por su inteligencia y sus méritos demostrados en el examen realizado por el Cirujano Mayor. Los sangradores tenían las mismas funciones que el resto de Practicantes pero se les añadía la tarea de ejecutar las sangrías que se recetaban en el hospital. (6).

El Remedios mayor tenía el cometido de asegurarse de que los practicantes cumpliesen durante sus guardias y velar en la salas de cirugía; llevaba la libreta durante el pase del médico para apuntar todo lo que mandase. También debía procurar que a los enfermos no les faltasen los remedios necesarios y tener todo preparado para las cirugías antes de que llegasen los cirujanos. (6).

La elaboración de todos los remedios pautados por los médicos y cirujanos estaba a cargo del Boticario Mayor. El cargo de boticario que debía ser aprobado por el Real Protomedicato, recaía sobre un hombre de confianza, de experiencia y practica acreditadas y soltero ya que debía vivir en los Reales Hospitales en una habitación contigua a la Botica y tener plena disponibilidad para realizar sus labores. Los mancebos junto con los mozos estaban a sus órdenes, el Boticario Mayor debía designar a dos de los mancebos para llevar la libreta durante la visita del médico, uno en cada hospital y a otros dos a las curas de los cirujanos para apuntar todos los remedios que estos pautasen a cada enfermo. A pesar de esta delegación de tareas, el Boticario Mayor estaba obligado a asistir siempre que le fuese posible a estas visitas con los médicos y cirujanos para comprobar por sí mismo el efecto de sus elaboraciones en los enfermos.

Todas las normas que se aplicaban para el Hospital General de hombres eran igualmente aplicadas al Hospital de la Pasión de mujeres. Las diferencias en lo que a trabajos, vida y normas se refiere entre ambos hospitales radicaba en que, los únicos hombres que tenían libre acceso a las salas de mujeres eran los propios trabajadores de las salas. El resto de hombres tenían unos limitados periodos de tiempo para acceder a ellas.

Por otro lado existían ciertos cargos destinados solo a trabajar en el Hospital de la Pasión. En primer lugar estaban las Madres, que eran las supervisoras de las salas de enfermería, llevaban el registro de la ropa y utensilios de las salas de enfermería y eran las últimas responsables de lo que ocurriese en las salas de enfermería. Subordinadas a ellas se encontraban las Enfermeras, encargadas del cuidado de las necesidades de las enfermas y limpieza de las salas; y la Boticaria, que no estaba autorizada a elaborar los

remedios, pero debía estar presente durante sus visitas llevando la libreta de alimentos apuntando lo que pautasen, para después encargarse personalmente de que se administraran tanto los medicamentos como los alimentos correctos a las horas adecuadas, y dar aviso a los superiores de los incidentes, ocurridos con las administraciones. (4, 6).

La Vida dentro del Hospital General de Madrid

Todo el personal que vivía dentro de los Reales Hospitales estaba sujeto a una serie de normas, cuyas faltas eran castigadas por los cargos superiores en cada nivel. Debían cumplir con sus obligaciones diarias, no faltando nunca a sus puestos salvo en caso de enfermedad o con el pertinente permiso de los superiores. Aquellos miembros del personal que vivían dentro de los Reales Hospitales tenían prohibido hacer noche fuera de ellos; podían salir en su tiempo libre pero debían volver antes de que se cerraran las puertas del Hospital, de lo cual estaba encargado el Portero del hospital, en verano lo hacía a las diez de la noche y en invierno a las nueve. Por las noches las puertas solo se abrían en caso de que llegara algún enfermo que necesitaba ser atendido. (4,6).

Por lo demás en los Reales Hospitales se seguía todos los días la misma rutina, los sirvientes se levantaban a las cuatro en verano y a las cinco en invierno para iniciar sus tareas cuanto antes y terminar con ellas a tiempo para que iniciasen las curas los cirujanos, a las cinco en verano y entre las seis y las siete en invierno. De esta forma los practicantes podían estar presentes tanto en las curas de la mañana como en las visitas del médico que tenían lugar a las seis en verano y a las ocho en invierno. Por las tardes el cirujano hacía el resto de curas a las tres de la tarde y el médico terminaba las visitas pendientes a partir de las cinco de la tarde.

Las comidas de los enfermos tenían igualmente un horario determinado: el desayuno se daba a las ocho de la mañana, la comida a las once y las cenas a las seis de la tarde. Las únicas excepciones a estos horarios era cuando se trataba de una dieta más rigurosa o de una dieta a base de caldos, en la cual se daban cada cuatro horas intercalando otros líquidos entre medias. La medicación de los enfermos por otro lado, se daba por las mañanas a las cinco en verano y a las seis en invierno. Estos horarios, tanto para comidas como para medicación, podían ser alterados por los médicos y cirujanos si consideraban que era para beneficio del paciente, en tal caso debía quedar reflejado claramente en el Recetario para prevenir los errores.(4,5,6).

CONCLUSIONES

En este artículo se ha pretendido contribuir al estudio histórico de una parcela de la enfermería que se ha considerado relevante por las aportaciones que en la época ayudaron a potenciar las bases de las profesiones sanitarias, algunas de las cuales se ven



Figura 3. Planta segunda

culminadas en la actualidad.

Se ha logrado dar una visión de la actividad diaria de un hospital del siglo XVIII, prestando una especial atención a las funciones desarrolladas por los profesionales sanitarios y subalternos que están directamente implicadas en el cuidado de los pacientes y que hoy en día forman parte de la profesión de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Martín F. coord. Historia de la enfermería en España (desde la antigüedad hasta nuestros días). Madrid: Síntesis; 1996.
2. Martínez Martín ML, Chamorro Rebollo E. Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero. Barcelona: Elsevier; 2011.
3. Sainz Carrero A. Historia del hospital general o provincial de Madrid, cuna de un servicio de urología centenario. Historia de la Urología, Arch. Esp. Urol. 2006; 59 (7): 663-673.
4. Constituciones y Ordenanzas, para el gobierno de los Reales Hospitales General y de la Pasión de Madrid, aprobado por el Rey Nuestro Señor Don Carlos Tercero, (que Dios guarde) y pasado por el Real Consejo de Castilla. Reimpresas en Madrid: Imprenta de Pantaleon de Aznar; 1780.
5. Muñoz Alonso D. De hospital a museo. [Tesis doctoral]. Universidad Politécnica de Madrid. Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid; 2010.
6. Núñez Olarte JM. El Hospital General de Madrid en el siglo XVIII. Madrid: CSIC; 1999.

LA REVOLUCIÓN MÉDICA DE PARACELSO: LA VISIÓN HOLÍSTICA DEL ENFERMO Y SU APLICACIÓN EN ENFERMERÍA

THE MEDICAL REVOLUTION OF PARACELTUS: THE HOLISTIC VISIÓN OF THE PATIENT AND HIS APPLICATION IN NURSING

David Laloumet Cediel

Universidad Rey Juan Carlos (Campus Alcorcón)

Irene Jiménez Villanueva

Universidad Rey Juan Carlos (Campus Alcorcón)

Fabio Gutiérrez Marcos

Universidad Rey Juan Carlos (Campus Alcorcón)

PALABRAS CLAVE: Paracelso, Paragranum, Enfermería, Holismo.

RESUMEN: La filosofía de Paracelso (s.XVI) supuso un punto de inflexión en la historia de la medicina. En su obra Paragranum estableció las bases para que futuras generaciones tuvieran una visión global del mundo, la medicina, la enfermedad y los enfermos. Habla de sembrar la semilla del aprendizaje holístico para que esta se desarrolle dando la capacidad al enfermero/a de ver en el interior de las personas, entender las respuestas del organismo con su entorno, conocer las herramientas de que dispone y cómo utilizarlas y alcanzar una virtud ética que le permita tratar a cada enfermo de un modo holístico sin descuidar ningún aspecto del mundo que nos rodea.

KEY WORDS: Paracelsus, Paragranum, Health Sciences

ABSTRACT: The philosophy of Paracelsus (s.XVI) marked a turning point in the history of medicine. In his work Paragranum, Paracelsus laid the foundations for a holistic perspective of the world, medicine, disease and sickness for future generations. The book advocates the need to sow the seed of holistic learning so it will develop nurses with the ability to see inside people, to understand the body's responses to the environment, to know the tools at their disposal and how to use them, as well as to acquire an ethical virtue that would allow them to attend each patient in a holistic way without neglecting any aspect of the world we live in.

INTRODUCCIÓN

Paracelso fue un médico y alquimista suizo del siglo XVI que nos ha dejado numerosas e importantes publicaciones.

La trascendencia que supuso su obra en el desarrollo de la medicina, la química y la teología nos llevó a retomar su obra *Paragranum*, escrita durante su estancia de ocho meses en Beratzhausen entre 1529 -1530, dada su gran relevancia en aspectos como la atención al paciente, la dignidad del profesional sanitario y el amor hacia el enfermo.

Paragranum viene del latín (*Para*: igual- comparable a y *Granum*: semilla de cereal) y significa más allá de la simiente. La semilla, como concepto de algo que se siembra y crece desde el interior: la dedicación al enfermo.

La obra comienza con un largo prefacio; varias páginas de palabras gruesas dirigidas a sus detractores en general, a los que trata de enemigos y oponentes. En este comienzo Paracelso descarga toda su rabia contra el *statu quo* de la época ¹.

A continuación desarrolla su idea de los cuatro pilares sobre los que se asienta el arte médico.

A través del análisis del documento original y los escritos de Andrew Weeks, se extrae la importancia de un modelo holístico para tratar al enfermo.

El holismo se ha convertido, desde hace algunos años, en el centro de atención de profesionales enfermeros, instituciones y organizaciones a nivel internacional y como corriente del conocimiento ha tenido una gran influencia en el desarrollo teórico de la enfermería². Esta tendencia filosófico – científica nos permite entender los eventos desde el punto de vista de las múltiples interacciones que lo caracterizan, lo que corresponde a ver las cosas enteras, en su totalidad, en su conjunto, en su complejidad.

Debe existir congruencia de palabra y acción y una gran virtud ética que esté por encima del ego y lo material porque, sanar, es un don que no proporcionan solo los libros, pues no existen enfermedades sino enfermos.

OBJETIVOS

El objetivo principal es proponer un modelo holístico aplicable al cuidado en la práctica clínica actual, a partir de la obra *Paragranum*.

Con este fin, se analiza dicha obra, identificando los aspectos más relevantes para poder contextualizar la información obtenida a la práctica clínica actual, remarcando la aplicación de su misión holística en la enfermería.

FUENTES

La elaboración de este trabajo se sustenta como fuente principal sobre el manuscrito original de *Paragranum* escrito por Paracelso en 1530. Dado que los originales se perdieron por completo tenemos acceso a los documentos de Johannes Huser (1545-1597 / 1604) quien recogió y copió gran número de manuscritos. Gracias a él, se pudiendo sacar a la luz las obras filosóficas médicas y naturales completas de Paracelso publicadas en diez volúmenes en Basilea entre 1589 y 1591.

METODOLOGÍA

A partir de la pregunta de investigación: ¿Qué aplicación en la práctica clínica actual, podemos proponer a partir de la obra *Paragranum* de Paracelso?, se realizó una búsqueda bibliográfica no exhaustiva introduciendo las palabras clave en bases de datos como PubMed, Ebsco, Dialnet y metabuscadores como Brain de donde se obtuvieron artículos muy genéricos para poder obtener información sobre el autor, su biografía y las generalidades de su obra.

Para poder realizar una búsqueda más detallada del tema a tratar solicitamos la ayuda de Urs Leo Gantenbein, fundador y director de *The Zurich Paracelsus Project* de la Universidad de Zúrich donde se ocupan de la compilación, indexación, reedición y promoción de la vida de Paracelso y sus obras, quien nos remitió al registro digital de la Biblioteca Estatal de Baviera (*Bayerische Staatsbibliothek*), donde se encuentra el archivo original digitalizado de *Paragranum*.

Tras una serie de contactos en los que se detalló el fin de la documentación que se estaba solicitando, se nos facilitaron las imágenes digitalizadas del documento original pertenecientes a la primera edición impresa de *Paragranum*, editado por Johannes Huser en 1589, fuente principal sobre el que se basa este artículo.

Después de una lectura crítica y apoyada en los textos de Weeks, A. y Pereda Torres, J. realizamos un análisis de la obra para poder responder a la pregunta de investigación, poniendo en contexto los aspectos más relevantes sobre la visión holística del cuidado del enfermo y su aplicación en enfermería.

Relación con los cuidados profesionales de enfermería

La obra persigue desechar todo lo anterior para crear un nuevo paradigma sobre las CC.SS. (Ciencias de la Salud). Define la enseñanza como algo que se siembra y crece desde el interior. Cuatro son los pilares fundamentan las CC.SS.

- **Filosofía:** al conocimiento científico de la naturaleza y el hombre.

Propugna que nada debe ser tan firme que no pueda ser cuestionado y nada tan cuestionado que no pueda ser firme, juzgando con la habilidad del conocimiento que lo recién nacido puede prevalecer sobre lo viejo. No debemos quedarnos en los patrones fijos del saber que únicamente se centran en la superficie. Para alcanzar un conocimiento profundo de las enfermedades y el enfermo debemos prestar más atención al interior del ser humano y la imagen completa que este proyecta de sí mismo. Tener un conocimiento de “lo invisible” que no es más que darle importancia a la naturaleza de cada individuo llegando a describir el factor anímico como causante de enfermedades. Se pone en valor la irreductibilidad del todo a la suma de sus partes, atribuyéndole al factor de totalidad principios no materiales e incognoscibles con carácter místicos³.

Todo ello debe ser estudiado a través de la observación, la prueba y la experimentación de los fenómenos, virtudes, propiedades y efectos de las cosas. Debemos admitir que el aprendizaje a través de los libros es equiparable a la lógica formal y el razonamiento humano, el cual es necesario pero resulta engañoso, proporcionando una falsa satisfacción humana si pasamos por alto la naturaleza interna de cada individuo.

- **Astronomía:** los astros y la atmósfera influyen sobre la vida del hombre y los procesos de su organismo.

Debemos entender que es el mundo exterior el que afecta al ser humano y no al revés.

Así describió la acción tóxica de los alimentos y como estos, en determinadas condiciones, producían depósitos semicristalinos semejantes al poso de los procesos fermentativos a los que denominó *Tártaros*, que eran los causantes de las enfermedades *tartáricas* (gota, litiasis, reuma, inflamación articular, etc), así como la constitución física y la herencia recibida de nuestros padres.

El concepto de que el hombre es un microcosmos dentro del macrocosmos tiene su fundamento en el origen del universo cuyas teorías no se plantearon hasta siglos más tarde pero que dieron la razón a su modo de pensar y entender la fisiología. Toda la materia está compuesta de los mismos elementos.

En este sentido Einstein declaraba: "A medida que penetramos en la materia no nos muestra ningún ladrillo básico aislado, sino que aparece como una complicada telaraña de relaciones existentes entre las diversas partes del conjunto" ⁴. Einstein y sus seguidores demostraron que las partículas atómicas no podían considerarse como una entidad aislada, sino que debía entenderse como parte integrante de un conjunto poniendo de manifiesto la importancia de una visión holística de la ciencia.

El organismo no puede ser dividido en órganos, mente y cuerpo porque es el organismo, como un todo, el que reacciona con el entorno. Nada es independiente dentro del organismo. El organismo es un todo.

Paracelso denomina a esto *Astrum in corpore*, que la realidad químico – física del mundo exterior es la misma que la del cuerpo, lo que nos da una idea de la complejidad de la enfermedad y de la visión holística que hay que plantear de esta.

- **Alquimia:** explica los procesos que transforman la naturaleza para extraer de esta los medicamentos.

Paracelso es considerado el padre de la farmacología moderna ya que, con sus postulados, transformó a los alquimistas en iatroquímicos mediante su principio de *Spagyria* (Gr. *Span* – Extraer, separar y *Ageiren* – reunir) el cual buscaba la separación de compuestos, eliminar la materia inservible de la sustancia pura o principio activo y la creación de combinaciones para hallar los remedios.

Todo ello, amparado por el principio de que la diferencia entre veneno o medicina reside únicamente en la dosis, le llevó a desarrollar el Láudano. Esta tintura alcohólica compuesta por opio, vino blanco, azafrán, clavo y canela fue el medicamento más importante de la farmacopea del s.XVI y los siguientes. Dada su capacidad analgésica y narcótica, esta tintura fue precursora de los medicamentos empleados en los cuidados paliativos actuales ya que se administraba en gran variedad de dolencias pero en especial las terminales e incurables ⁵.

- **Virtud:** posición que adopta el sanitario ante la profesión y el enfermo.

La virtud entendida como “saber hacer”, anteponer lo ético a lo material y entregarse al enfermo. La curación exige la virtud ética del médico y la reprobación de aquellos que aplican su ciencia y su medicina por amor a las ganancias y lo material.

El/La enfermero/a debe huir de la palabrería y la retórica y atacar la mentira, la hipocresía y la ignorancia. La virtud debe ser de palabra y acción para que el hombre crezca y se desarrolle coherentemente en su profesión.

El aprendizaje y la experiencia deben ser continuos. Nunca se deja de aprender. La experiencia crece día a día en un proceso de cambio mutuo y simultáneo con el entorno y, lo que es más importante, esta formación debe ser holística.

El hombre debe cultivarse en las artes y las ciencias como conocimiento global, un todo del que alimentarse.

Se debe hacer un abordaje sistémico de la vida, un enfoque global interdisciplinario en que todo es considerado en continua relación e interdependencia de los fenómenos físicos, biológicos, psicológicos, espirituales, culturales y sociales ⁷.

CONCLUSIONES

El hombre es un ente unificado que posee una entidad propia y manifiesta características que constituyen un conjunto mayor y diferente que la suma de sus partes⁸. La persona es un sistema abierto inmersa en un proceso de continua interacción con el entorno. El desarrollo humano se produce rítmicamente y en él pueden distinguirse ciertos patrones que se consideran como índices de un funcionamiento humano holístico⁸.

Podemos valorar la enfermería como un arte dotado de cualidades metafísicas que debe centrarse en la observación de las personas y el mundo en que viven, considerando a las personas y su entorno de forma holística. Para ello es necesario amor por la profesión y el enfermo, elementos que no se aprenden de forma académica sino mediante la dedicación, la experiencia y el aprendizaje que aporta la práctica clínica y el contacto con el enfermo.

La enfermería debe aplicarse a la persona como un todo. Debe concebir a la persona como un sistema dinámico de relaciones establecidas entre los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Los diagnósticos de enfermería establecen una base de datos que incluyen interacciones dinámicas entre las dimensiones fisiológicas, psicológicas, biológicas, espirituales, socioculturales, políticas y económicas, considerando a los cuidados como los medios holísticos más amplios que permiten conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la enfermería para orientar la práctica de esta disciplina⁶.

El enfermero/a debe de validar estas dimensiones con la persona y su familia. Tiene que explorar el significado y las consecuencias de compartir la información con familiares y amigos. Tener en cuenta la espiritualidad de la persona, como sentido de vida, afrontamiento a la enfermedad, significado de la muerte, significado de la vida así como las creencias religiosas, en sintonía con los aspectos culturales, sociales, económicos, psicológicos, biológicos y políticos sin pasar por alto su dimensión cultural, sus hábitos,

costumbres, formas en que la sociedad concibe a cada tipo de enfermo.

Percibir la naturaleza interior de cada individuo y lo que en ella ocurre; el conocimiento sobre la complejidad del mundo y cómo afecta a cada individuo; el dominio de las medicinas para su correcto uso y la capacidad ética de anteponer el ego y lo material al bien del enfermo, deben ser los pilares de un/una enfermero/a para conseguir el mayor grado de profesionalidad y realización personal.

Cuando tanto se habla en estos tiempos de recobrar una práctica sanitaria humanizada, en las denominadas Ciencias de la Salud, la obra *Paragranum*, escrita por Paracelso hace ya casi cinco siglos, puede servir de orientación y guía para tal meta.

Su visión holística de la persona, o el concepto de virtud que nos transmite, pueden resultar de gran utilidad para quienes acompañan y tratan de aliviar al enfermo en su sufrimiento.

La enfermería, como ciencia del cuidado, debe saber explorar esta vieja, y a la vez novedosa, filosofía de Paracelso. Ello le puede permitir aproximarse a la excelencia en su campo de actuación.

El/La enfermero/a que posee las capacidades académicas – técnicas y las combinarlas con la virtud, generosidad y experiencia, alcanza la excelencia tras recorrer un camino en el cual pueden entender, interpretar y predecir los complejos problemas de salud de una manera holística asumiendo que no existen enfermedades sino enfermos.



Imágenes digitalizadas de la primera edición impresa de *Paragranum* (1589)

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Pereda Torres, J. (2007) "Liber PARAGRANUM" (op. Cit. Del prólogo) p.47, Ed. Tritemio, 2ª Edición en Español (2007).
- ² Hernández Cortina, A. El pensamiento holístico. En: Berdayes Martínez, D, et al, Cruz Valdés, L. editora. Bases conceptuales de enfermería. Cuba: ed. Ciencias Médicas; 2008 p. 175-183.
- ³ Fragoso Guimarães, C.A. O Novo Paradigma Holístico. ASSEPE [Internet]. 2012 [citado 14 Feb 2017]; Disponible en: http://www.assepe.org.br/artigos/carlos_Holistica.pdf
- ⁴ Fritjof C. El Tao de la Física. Barcelona: Sirio S.A; 1997.
- ⁵ Soledad Esteban Santos. Paracelso el médico, Paracelso el alquimista. Anales de la Real Sociedad Española de Química, Nº. 4, 2003, págs. 53-61.
- ⁶ Morató C. J, Martínez R. A. Diccionario de filosofía. Barcelona: Editorial Herder S.A; 1999. Holismo; p. 136.
- ⁷ Scorggins L. *Inter.Journ. of Nurs. Term. and Class.* [Internet]. April 2008. [citado 14 Feb 2017]; Volumen 19, Issue 2: Pages 57–64. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-618X.2008.00082.x/full>
- ⁸ Fitzpatrick, J.J. (1983). A life perspective rhythm model. In J.J. Fitzpatrick & Whall. A.L. (Eds.), *Conceptual model of nursing: Analysis and application*. Bowie, MD: Robert J. Brady.

Textos no referenciados

- Andrew Weeks. *Paracelsus (Theophrastus Bombastus von Hohenheim, 1493-1541): Essential Theoretical Writings*. 1ª ed. Leiden: Brill. 2008.
- Juan José Serrano Pérez. De Paracelso a la medicina moderna: donde la química y la física van de la mano. Anales de la Real Sociedad Española de Química, ISSN 1575-3417, Nº. 4, 2011, págs. 398-403.
- Gantenbein, U.L. 1999, "The Zurich Paracelsus Project. Legends, controversies and prospects for current Paracelsus research", *Gesnerus*, vol. 56, no. 1-2, pp. 29.

LOS ENFERMEROS EN LAS BOTICAS: SU FUNCIÓN

NURSES IN PHARMACIES: THEIR ROLE

Paloma Posada Moreno

Dpto. de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología
Universidad Complutense de Madrid. España

Francisca J. Hernández Martín

Dpto. de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología
Universidad Complutense de Madrid. España

Ramón del Gallego Lastra

Dpto. de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología
Universidad Complutense de Madrid. España

PALABRAS CLAVE: Enfermeros, Farmacia, Hospital

KEY WORDS: Nurses, Pharmacies, Hospital

RESUMEN: Nuestro objetivo es analizar el papel de los enfermeros a lo largo de la historia, en las boticas sobre todo de hospitales.

Se trata de una investigación histórica descriptiva utilizando el análisis cualitativo de documentos escritos.

Existen diversa actividades realizadas por el personal de enfermería directamente relacionadas con el campo de la Farmacia y reflejadas en escritos referidos a los siglos XVII, XVIII y XIX:

- En los monasterios medievales hay monjes enfermeros que actuaban como médicos y farmacéuticos.

- Personal de enfermería, realizaba actividades directamente relacionadas con la farmacia, sobre todo con el registro y control de los medicamentos prescritos.

ABSTRACT: Our aim is analyzing the role of nursing in hospital pharmacies throughout history.

This is a historical descriptive research by using qualitative analysis of written documents.

There are several activities performed by nursing staff directly related with pharmacy field, which are reflected in writings of the seventeenth, eighteenth and nineteenth centuries:

- There was monk nurses who acted as physicians and as pharmacist at medieval monasteries.

- Nursing staff, practicing group and Daughters of Charity were doing activities directly related to the field of pharmacy, especially the register and control of prescription medicines.

PROEMIO

La historia tiene muchas facetas oscuras, sin investigar. Hoy, a un nivel muy general, damos por sentado que las cosas son como nosotros las percibimos. Pero la historia es un proceso o mejor se desarrolla en un proceso en el que intervienen multitud de factores, en el que el tiempo tiene su poso y su peso.

El avance profesional es lento y se va consolidando conforme el hombre va conquistando nuevos espacios en los que desarrolla su quehacer. De ahí que una de nuestras primeras tareas como investigadores sea esclarecer los hechos.

Nos proponemos en este trabajo investigar el papel de los enfermeros junto a los boticarios y farmacéuticos a través de la historia.

Un tema importante, un tema del que hay legislación desde muy antiguo y un tema que apenas menciona al enfermero como ayudante o colaborador, como responsable o como sustituto.

Y lo hacemos, no desde los textos legales, pues el marco de las profesiones en la legislación aparece cada vez más delimitado, sino desde textos de enfermería que nos dicen de su colaboración y de confesiones hechas, en trabajos de investigación, por médicos, boticarios o farmacólogos. Si esto fuera una excepción, no lo trataríamos; sino porque era algo más común y no aparece escrito en textos históricos, es por lo que queremos hacer memoria de ello. No se trata de hacer una reivindicación actual para ocupar ese espacio. La pugna hoy por la prescripción está servida. En el momento actual también hay enfermeros colaborando en la farmacia con tareas profesionales de conjunto o interprofesionales; de lo que se trata es hacer constancia de este hecho que llevó a que religiosos o laicos asumiesen esta tarea y no se les mencione, cuando de ellos dependía la elaboración de los productos farmacológicos o la preparación de las recetas galénicas, con rigor tanto en su elaboración como en su administración asegurando, de este modo, que los enfermos recibían el tratamiento prescrito por el médico.

Como esta tarea no es fácil, y no es posible encontrar muchas fuentes, iniciamos nuestro trabajo aproximándonos a publicaciones de ciertas épocas en que los enfermeros tuvieron un mayor protagonismo en la atención, pues los hospitales más que instituciones de curación, eran instituciones de cuidados, sobre todo cuidados a bien morir y de un legado diverso (informes y tesis) que aseguran ese hecho.

HIPÓTESIS

Los enfermeros tuvieron un papel relevante a lo largo de la historia en muchas boticas, sobre todo de hospitales. Nuestra meta en este trabajo es evidenciarlo.

OBJETIVO

Nuestro objetivo es investigar el papel de los enfermeros como colaboradores de los boticarios y farmacéuticos.

MÉTODO

Se trata de una investigación histórica descriptiva utilizando el análisis cualitativo de documentos escritos.

RESULTADOS Y DEBATE

Desde las primeras civilizaciones se encuentran vestigios de la terapéutica farmacológica. Dos hechos destacables en este sentido son: en el siglo I de nuestra era Dioscórides recoge en un texto todas las terapias conocidas hasta el momento; posteriormente en la época de Galeno se introduce el término “receta galénica” como claro exponente de su prescripción o tratamiento.

Pero, ¿quién elabora esos medicamentos, las dosis; quien los prepara y dónde?. Habría que entrar en la historia de la historia, en los mitos, en las culturas previas a lo que nosotros conocemos como boticas o boticarios. El Chamán o su ayudante, el sacerdote en el templo o su ayudante preparan los brebajes, los ungüentos, las tisanas... Todo un mudo de secretismos y misterios. Ya desde la Escuela de Hipócrates o la de Alejandría y desde el desarrollo de las grandes figuras médicas del Impero Romano, sabemos quién prescribe, quien vigila si lo que se prepara es correcto y cómo hacerlo llegar así a los pacientes; todos actúan como sanadores y terapeutas.

Con la caída del Imperio Romano, sobre todo, a partir de los siglos VI y VII, la clase médica y las Escuelas médicas desaparecen de Europa y la medicina comienza a practicarse en los monasterios. De ahí que sean los monjes quienes ejerzan como tales. Será la Regla de San Benito la que marque la pauta de que todo monasterio ha de tener un lugar para atender a los monjes enfermos; pronto se crearán a su lado los hospitales monásticos. Y el huerto que tenía una función de esparcimiento, recreación de los monjes y como soporte de la alimentación de los monjes, pronto se transformará además en huerto medicinal y de esas plantas medicinales elaborarán los medicamentos necesarios para la enfermería de los monjes y del Hospital.

Desde estas premisas comienzan a aparecer las boticas en los monasterios y muy pronto se abrirán al exterior creando boticas en los poblados (como en el Paular) y a partir de los siglos IX, X y XI en las grandes ciudades, bien en los Hospitales urbanos o fuera de ellos.

Característico de la Edad Media son las asociaciones de los profesionales y artesanos en gremios que les servían para defender sus intereses; van apareciendo disposiciones legales separadoras de las profesiones y gremios de boticarios.

El ejercicio de la Farmacia es libre, no existiendo órdenes que la regulasen.

La separación legal entre la Medicina y la Farmacia comienza a partir del siglo IX y se consolida en el reino de las dos Sicilias de Federico II con la publicación en el siglo XIII, de sus ordenanzas medicinales en donde se declara ilegal toda asociación o negocio entre médicos y farmacéuticos, quedando estos últimos bajo la tutela científica de los primeros. Esto nos introduce claramente en el tema de las boticas y los boticarios. ¿Cómo aparecen las boticas y quiénes son los boticarios?

Un **boticario** (también llamado *apothicario* o *apothecario*) es aquella persona que está en una oficina de farmacia o botica (que proviene de la voz griega *apotheka*, almacén o tienda de víveres). Hasta el final del siglo XVII es el nombre que recibe el maestro que está en la botica que es un establecimiento donde se elaboraban los remedios que prescribían los médicos.

En el Renacimiento surgen corporaciones de boticarios solos o agrupados a otros artesanos que se ocupan del control de acceso a la profesión y de otras actividades. Es el caso, entre otros, de un gremio que nace en Italia a finales del siglo XIV y en el siglo siguiente entre sus principales misiones se mencionan la de auxiliar a los compañeros enfermos y pobres, regular la apertura de farmacias y demás menesteres. En España, al igual que en los demás países, no se encuentra una uniformidad en el ejercicio profesional.

Sin embargo, desde el siglo XV y tras la firme actitud de los Reyes Católicos mantenida después por Carlos I y Felipe II, en su corpus legal exigen a quienes quieran ejercer como tales, que debían obtener el título de maestro boticario por medio de un examen para el que eran preparados por los maestros ya establecidos.

Aparecen libros específicos como el de Saladino de Ascalo publicado en 1488 en el que se define el oficio del farmacéutico por sus funciones y se indican las virtudes que deben poseer.

Durante el Renacimiento tiene lugar por un lado, la consolidación profesional de la Farmacia y por otro, el impulso de la Botánica debido en parte a la actividad investigadora realizada en el campo y en los jardines botánicos y por los viajes de exploración y conquista.

Si bien a partir del Siglo XVII y sobre todo del XVIII con los avances de la medicina y la medicalización del Hospital la atención sanitaria empieza a cambiar, podemos afirmar que esta nomenclatura se mantiene y será en los comienzos del XIX cuando ese nombre desaparece y se regulan los estudios de Farmacia, apareciendo en su lugar el farmacéutico. En uso coloquial, se puede llamar boticario al farmacéutico de oficina de farmacia.

En este contexto nuestro interés se dirige principalmente hacia las personas que preparaban los medicamentos. Hacia los colaboradores de los boticarios ¿Quiénes eran, cuál fue su colaboración, qué hicieron?

En los monasterios medievales, los monjes enfermeros actuaban como médicos y farmacéuticos indistintamente. Una serie de circunstancias, principalmente de tipo ético (sínodos, concilios), fueron prohibiéndoles el ejercicio de la cirugía primero y de la medicina después, aunque prosiguieron con la actividad farmacéutica; se consideraba más adecuado para los religiosos la preparación de medicamentos que el ejercicio de la medicina.

Estos monjes constituyeron una especie de aristocracia farmacéutica, por sus mayores conocimientos y tradición científica; los monasterios disponían de mayores recursos económicos, lo que les permitía disponer de más textos de farmacología o botánica y mejores huertos y boticas (después de la invasión de los bárbaros la cultura en occidente,

se refugia en los monasterios por lo que los monjes disponen de las mejores fuentes; en el “scriptorium” se copia a Hipócrates, Galeno, Dioscórides, Plinio, Celso, Isidoro).

Una figura destacable en este sentido es **Fray Bernardino de Laredo**, franciscano formado en la ciencia escolástica; aunque no fue aprobado por el Protomedicato como médico o farmacéutico, ejerció como **enfermero y farmacéutico** en el convento de San Francisco del Monte de Villaverde del Rio, cerca de Sevilla. Escribió el que se suele considerar el primer libro de farmacia en castellano “Mondus faciendi cum ordine medicandi” (Sevilla 1527,1534, 1542; Alcalá de Henares, 1567). La mayor parte de las fórmulas descritas proceden de Mesué; indica los componentes, la utilidad terapéutica y la manera de prepararlas. También realiza descripciones botánicas de algunos simples medicinales. Laredo aporta su experiencia como botánico y trabajador diario en una botica.

No siempre las boticas monásticas tuvieron el respaldo institucional esperado, ya que fueron muchos los enfrentamientos mantenidos con los boticarios seculares que veían disminuidos sus beneficios dada la mayor demanda de los remedios monacales por parte del público en general.

Dos dependencias particularmente interesantes para nosotros de los monasterios son, por un lado los huertos y jardines dedicados al cultivo de plantas medicinales destinadas a abastecer a las boticas y por otro lado, los hospitales.

Huertos medicinales

En un plano del siglo IX del monasterio suizo de Saint Gall se observa la presencia de una botica y su correspondiente huerto. Los huertos estaban generalmente próximos a la propia botica y a su mantenimiento se dedicaban varios monjes; posibilitaban el desarrollo de ciertas plantas sin necesidad de buscarlas en los montes o a través de proveedores lejanos. A lo largo de la Edad Media los productos medicinales, en su inmensa mayoría, tenían origen vegetal y se conseguían mediante extractos de plantas. Las plantas se maceraban, se cocía el producto macerado y se destilaba sucesivas veces. Estas labores de extracción tenían lugar preferentemente en conventos y monasterios con las plantas cultivadas en sus huertos.

Hospitales

En la Edad Media surgen: el hospital cristiano que tuvo su origen en las salas de enfermería de los monasterios, el “infirmarium” y el hospital (“hospes” forastero) situado fuera del recinto monacal siendo el caso, entre otros, del Hospital Real de Santiago de Compostela fundado en 1499 que disponía de una Botica y en su organigrama se menciona al Boticario, al Oficial y al Mozo.

El boticario acompañaba al médico y al cirujano en las visitas a los enfermos en las salas y anotaba los tratamientos que el médico le dictaba. Dado que estas dos autoridades realizaban esta práctica simultáneamente, era frecuente que el mancebo acompañara a uno de ellos. Otra de las tareas del boticario era la de marcar las pautas para el cultivo de las especies vegetales necesarias para preparar las medicaciones. De ello se ocupaba el hortelano; encargado de cuidar la huerta aneja al hospital.

El Oficial Mayor, llamado también “Mancebo de la botica” o “Ayudante”, en ocasiones participaba en la preparación de los medicamentos.

A continuación se detallan las actividades realizadas por el personal de enfermería directamente relacionadas con el campo de la Farmacia y reflejadas en escritos referidos a los siglos XVII, XVIII y XIX.

- Hospital General y Pasión de Madrid (1767-1850)

Una congregación relacionada con este hospital es la de los Hermanos Obregones que desempeñaron su labor como enfermeros. El Enfermero Mayor realizaba diversas actividades sanitarias entre las que se encuentran: controlar el cumplimiento de las dietas prescritas, acompañar a los médicos y cirujanos en las visitas a los enfermos vigilando que los remedios se aplicaran puntualmente, llevar la responsabilidad de las recetas médicas.

En años posteriores, los escritos referentes a las Hijas de la caridad (1844), en los artículos particulares para cada uno de los establecimientos, el referente al Hospital “Jeneral”, el artículo III menciona a la “hermana boticaria que asistirá a la visita que el facultativo hace a los enfermos y anotará en su libreta los alimentos y medicinas ordenadas”.

- Hospital de la Misericordia de Toledo

En el reglamento para su gobierno (Julio 1847) menciona la botica “que estará al cargo de un Profesor de farmacia y al cuidado de las hermanas de la caridad, las cuales tomaran los remedios que fueran ordenados a cualquier hora del día o de la noche de la mano de la encargada de este importante servicio”.

Posteriormente, una vez reconocida la profesión de Practicante, el reglamento para el régimen interior, aprobado por la Excma. Diputación Provincial (1891) en su Capítulo II *De los Profesores médicos* expone que el “Practicante encargado de la libreta anotará todas las prescripciones que le dicte el Profesor”.

Por otro lado, en el Capítulo IV *De los Practicantes* menciona entre sus obligaciones: “anotar con claridad y exactitud todas las prescripciones que le sean dictadas; la de extender en el recetario u hojas impresas destinadas a este objeto las fórmulas de los medicamentos prescritos poniéndose de acuerdo con las Hijas de la Caridad encargadas de administrarlos a los enfermos; también extenderán las de los que hagan falta en el Botiquín acompañado de las vasijas necesarias con sus correspondientes rótulos”.

Por último, el Capítulo VIII menciona las obligaciones de los Practicantes de Farmacia entre las que se encuentran la de “despachar los medicamentos con la mayor exactitud y cuidado, reconocer si las vasijas son de capacidad proporcionada y están bien limpias y rotuladas, preparar los medicamentos que se les encomienden, ayudar al Farmacéutico en todas las tareas de confección, conservación y reposición de los medicamentos”.

CONCLUSIONES

1.-En los monasterios medievales hay monjes enfermeros que actuaban como médicos y farmacéuticos.

2.-El Enfermero Mayor (Hermanos Obregones) en el Hospital General y Pasión de Madrid (1767-1850) controlaba que se cumplieran las dietas prescritas y que otros remedios se aplicaran puntualmente y se responsabilizaban de las recetas médicas.

3.-Personal de enfermería, Practicantes y Hermanas de la Caridad, realizaban actividades directamente relacionadas con la Farmacia, sobre todo con el registro y control de los medicamentos prescritos.

4.- Se plantea la necesidad de debatir esta colaboración con otras profesiones relacionadas con las ciencias de la salud.

FUENTES

Nuestras fuentes son principalmente:

- Constituciones, y Ordenanzas, para el gobierno de los Reales Hospitales General, y de la Pasión de Madrid, aprobadas por el Rey nuestro señor Don Carlos Tercero, (que Dios guarde) y pasadas por el Real Consejo de Castilla [Internet]. Madrid: Pantaleón Aznar; 1780. Citado (24, 11, 2016). Disponible en: https://books.google.es/books/ucm?vid=UCM5319062946&printsec=frontcover&redir_esc=y&hl=es#v=onepage&q&f=false.

- Gómez-Rodríguez S. El hospital de la Misericordia de Toledo en el siglo XIX. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense. Facultad de Farmacia, 1991.

- Sanz R. Compendio de la historia de San Vicente de Paul y de las Hijas de la Caridad. Madrid: Severiano Omaña; 1844.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez Soaje M. Botica del monasterio de Santa María del Sobrado: del siglo XVII a la desamortización de Mendizabal. Cuadernos de Estudios Gallegos. 2014; LXI (127): 143-175.

- Floch Jou G. Historia de la Farmacia. 2ª ed. Madrid: Biblioteca Universitaria; 1957. p. 133-156.

-Puerto Sarmiento FJ. La farmacia renacentista española y la botica de El Escorial. Madrid: Centro Universitario Escorial-María Cristina; 1993. p. 73-132.

- Sanmartin Miguez JS. Los boticarios del Hospital Real de Santiago de Compostela en el siglo XVIII. Asclepio, 2001. 53(11): 57-94.

- 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, 1995; Serie V, Hª Contemporánea, t.8: 33-45.



Capítulo 7

La prestación de cuidados: desde los orígenes hasta la Edad Media



INVESTIGACIÓN ENFERMERA: LOS PRIMEROS CUIDADORES EN LA PREHISTORIA

NURSING INVESTIGATION: THE FIRST CAREGIVERS IN THE PREHISTORY

Beatriz Valdayo Rosado

Servicio Andaluz de Salud

Rocio Martín Almenta

Servicio Aragonés de Salud

Elena María Cruz Morales

Servicio Andaluz de Salud

PALABRAS CLAVE: Cuidadores, Enfermería, Historia de la enfermería, Prehistoria.

KEY WORDS: Caregivers, Nursing, History of nursing, Prehistory

RESUMEN: El origen de la actividad de cuidar surge motivada por dos factores: La supervivencia de la especie humana y la necesidad humana de dar y recibir.

El primer factor dio lugar a que surgieran prácticas de cuidados con relación a la crianza, a la alimentación y a la conservación del grupo.

El segundo factor tiene objeto ayudar al otro, compartir y como consecuencia nos hace más humanos ya que para cuidar de otro tiene que salir de nosotros mismos.

En las tribus primitivas existían dos figuras dedicadas al arte de sanar: la mujer sanadora y el chamán-curandero o sacerdote.

ABSTRACT: The origin of the caring activity arises motivated by two factors: The survival of the human species and the human need to give and receive.

The first factor led to the emergence of caring practices regarding the upbringing, feeding and preservation of the group.

The second factor is intended to help the other, share and as a result makes us more human because to take care of another has to come out of ourselves.

In primitive tribes there were two dedicated to the art of healing figures: the woman healer and shaman-healer or priest.

OBJETIVO

Analizar las características de los cuidados de los enfermos en la prehistoria.

METODOLOGÍA

Se efectuó una revisión sistemática y para elaborar el estudio y su consecuente recogida de información se han utilizado las bases de datos Cochrane, Cuiden y SciELO (Scientific Electronic Library Online) limitándose la búsqueda a artículos publicados en español con los descriptores: Cuidadores, enfermería, historia de la enfermería y prehistoria. Para la concreción de dicha búsqueda se utilizaron los operadores booleanos “and” y “or”. La búsqueda se restringió a los artículos y libros publicados entre el año 1999 al 2016, obteniéndose un total de 100 resultados. Se seleccionó 9 referencias que se consideraban cumplían los criterios de inclusión, quedando reflejados en esta revisión sistemática.

RESULTADOS

Analizando los artículos seleccionados, en la prehistoria la enfermedad se entiende como la manifestación de una guerra entre espíritus que combaten en el campo de batalla que es el cuerpo, y el enfermo es un poseído

Las dos figuras dedicadas al arte de sanar eran el chamán y la mujer sanadora. El chamán se ocupaba principalmente de la parte oculta de la enfermedad, interpretaba los acontecimientos que ocurrían en la persona enferma retirándose a la soledad para solicitar la ayuda de los espíritus benévolos en la curación. El contacto con la persona enferma lo hacía a través del lenguaje simbólico de los rituales en los que empleaba siempre un objeto intermediario para manipular el cuerpo en un intento de extraer el mal. En los rituales se empleaban cantos, danzas, pieles, máscaras de animales... Podía emplear sus conocimientos para extraer los espíritus malignos del cuerpo enfermo y para evitar las catástrofes naturales.

Este cuidado se complementaba con la aportación que hacía la mujer sanadora. Ella es la encargada de mantener la vida en el grupo, cuidar del fuego, cría a los niños, prepara los alimentos y cuida de los enfermos.

El cuidado que ella proporcionaba, estaba impregnado de contacto, de acercamiento e intimidad. Se establecía una relación de cercanía, de intercambio de lazos energéticos que favorecían la curación.

La mujer sanadora procedía de un linaje ilustre y tenía almacenado en su cerebro todo el conocimiento adquirido por sus antepasadas. Aprendía de su madre el conocimiento sobre el cuerpo y sus funciones y puesto que las mujeres de la tribu eran las encargadas de disecar a los animales y prepararlos para la alimentación del grupo, esto le proporcionaba un conocimiento directo sobre las estructuras corporales (órganos, conexiones nerviosas, glándulas, estructuras venosas, etc.)

La sanadora permanecía cerca de la persona enferma y le ayudaba a resistir y superar la enfermedad. Observaba detenidamente el cuerpo, atendía sus necesidades de bienestar y trataba las respuestas de fiebre, diarreas, dolor, vómitos, intoxicación, heridas,

inflamación, con tratamientos basados en el contacto, la alimentación, la higiene, la limpieza, el ayuno, el descanso...Usaba remedios naturales en forma de aceites, infusiones, ungüentos, preparados alimenticios...

Mantener significa proveer de todo lo necesario, sostener, conservar en buen estado y esto es era lo que hacían las mujeres sanadoras, mantenían la vida usando todos los recursos que aportaba la naturaleza. El poder curativo de las plantas y vegetales, las pieles de animales, los minerales, el agua y sus propias manos fueron los primeros instrumentos para el cuidado y la sanación.

La actividad de cuidar y su desarrollo están muy ligados a la mujer y a su evolución en la sociedad.

La repartición de roles y sus características biológicas determinaron que en el principio de la historia la mujer fuera la portadora de cuidados, la encargada de mantener la vida del grupo. Las primeras prácticas de cuidados surgieron alrededor de la alimentación, la crianza y el cuidado del fuego y del hogar.

Es a la mujer madre a quien le corresponde el papel de "cuidadora-sanadora intuitiva" a través de tratamientos que se transmitían de madres a hijas en el más estricto secreto y que proporcionaron a las primeras cuidadoras-sanadoras un bagaje de conocimientos sobre el arte de sanar.

El papel de la mujer en el cuidado se fue ampliando desde la crianza al cuidado de los enfermos. El hecho de estar más cerca de la necesidad del otro, desarrolló en la mujer una mayor sensibilidad y una actitud solidaria hacia los necesitados. El acto de cuidar del otro, fue extendiéndose progresivamente desde el ámbito doméstico, al ámbito social.

La estrecha vinculación de la mujer con los cuidados le proporciona a estos un carácter femenino que se refleja en características como capacidad de entrega, receptividad, sensibilidad, aceptación y que impregnan el acto de cuidar de intimidad, del contacto, de presencia...

Otro aspecto femenino muy vinculado al cuidado desde su origen es la intuición, el conocimiento que se utilizó desde el principio para cuidar. La mujer cuida del grupo utilizando el conocimiento intuitivo.

CONCLUSIONES

Desde el principio de la historia surgen dos formas diferentes y complementarias de acercarse al arte de sanar, una orientación basada en todo aquello que contribuye a asegurar el mantenimiento y la continuidad de la vida. A partir de aquí surge una ciencia de la naturaleza basada en un saber hacer, un saber usar. Esta orientación representada por la mujer es una orientación femenina del cuidado que tiene como objetivo asegurar el mantenimiento de la vida y se basa en la confianza hacia los procesos corporales de autorregulación. De esta orientación procede la Enfermería.

Y una orientación metafísica basada en la interpretación de los acontecimientos y el uso de los rituales para combatir el mal. Esta orientación está representada por el hombre, es una orientación masculina del cuidado que tiene como objetivo exterminar la enfermedad y se basa en la manipulación del cuerpo orientada al logro de explicar y tratar

la enfermedad. De aquí deriva la profesión médica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bravo MF. De la Historia de la Enfermería o del principio de los tiempos. ENE, Revista de Enfermería. 2012; 1(37-39).
2. Pipió CM. Aproximación histórica al origen de los cuidados en las sociedades paleolíticas: aportación desde la obra de Jean M. Auel Alicante Ud, editor.; 2013.
3. Mendoza, A. C. Nuevas metas de la ciencia del cuidado: una aproximación histórica-teorética-práctica.
4. Siles J. Historia de la enfermería: Aguaclara; 1999.
5. Barbeito MCC, González MEC, Argüelles MÁM, Varga JMPdl, Martínez MEF. Historia de los cuidados de enfermería desde la Prehistoria a la Edad Media en León. Asociación de enfermería: revista de enfermería y actualidad socio-sanitaria. 2001.
6. Gómez ER. Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología. El Manual Moderno; 2015.
7. Canalejo CG, López FM. La transformación de la enfermería: nuevas miradas para la historia. Granada; 2010.
8. Juárez-Rodríguez PA, García-Campos MdL. La importancia del cuidado de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2009; 17.
9. Martín FJH. La historia integradora de culturas y saberes. Revista de Enfermería y Humanidades. 201.

LOS REMEDIOS DE SANACIÓN DE LOS PAPIROS MÉDICOS DEL IMPERIO MEDIO EGIPCIO

HEALING REMEDIES FOR THE MEDICAL PAPYRI OF THE EGYPTIAN MIDDLE KINGDOM

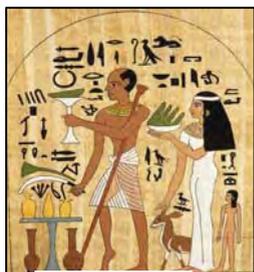


Figura 1.

PALABRAS CLAVE: Imperio Medio egipcio, remedios egipcios, Jean-François Champollion y François Daumas.

RESUMEN: Nuestro trabajo busca resaltar la aplicación práctica de los remedios naturales recopilados en la farmacopea egipcia del Imperio Medio, cuyas fuentes médicas principales son los papiros de Kahoun, Ebers y Edwin Smith.

En dicho análisis hemos encontrado principalmente tratamientos de origen vegetal como el uso de los nenúfares, la mandrágora y la adormidera (por sus efectos alucinógenos y analgésicos), además de los inciensos psicotrópicos (como el kyphi).

Del mismo modo, cabe destacar la importancia del curandero y las técnicas terapéuticas que manejaba para tratar enfermedades del corazón, la vista y el aparato ginecológico.

Cristina Criado Flores

Dpto de historia de ciencias de la salud. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. UCM

Javier Fernández de Ramón

Dpto de historia de ciencias de la salud. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. UCM

KEY WORDS: Egyptian Middle Kingdom, Egyptian remedies Jean-François Champollion and François Daumas.

ABSTRACT: Our work seeks to highlight the practical application of the natural remedies collected in the Egyptian pharmacopoeia of the Middle Kingdom, whose main medical sources are the papyri of Kahoun, Ebers and Edwin Smith.

In this analysis we have mainly found treatments of plant origin such as the use of water lilies, mandrake and opium poppy (for its hallucinogenic and analgesic effects), in addition to psychotropic incenses (such as kyphi).

Likewise, it is important to emphasize the importance of the quack and the therapeutic techniques that he managed to treat diseases of the heart, the sight and the gynecological system.

La preocupación por la salud y el bienestar han estado presentes en los diferentes grupos sociales a lo largo de la historia. En cualquier comunidad, resaltaba el papel de alguna persona destacada por poseer la habilidad de curar. Partiendo de esta cuestión, analizaremos una parte concreta de la farmacopea del Imperio Medio (caracterizada por el **clima nilótico**¹ de la zona), donde el auge de la escritura egipcia y la dureza de las superficies del terreno fueron claves para redactar muchos de los papiros médicos, ricos en conocimiento sobre la anatomía humana y la aplicación práctica de remedios naturales. Ellos nos han permitido conocer la relación entre el paciente y el sanador en aquel entonces. A pesar del período tan amplio que abarca la civilización egipcia, las fuentes escritas son relativamente escasas y, asimismo, sin el descubrimiento de la Piedra Roseta y el trabajo de Jean-François Champollion, no se habría logrado interpretar los jeroglíficos de estos pergaminos. (1,2,3).



Figura 2.

Analizados los papiros de Kahoun, Ebers (Figura 2) y Edwin Smith, estudiaremos el uso de remedios en enfermedades del corazón, la vista y el aparato reproductor femenino, pero antes de ello, debemos conocer quiénes se preocupaban de los cambios físicos que experimentaba el cuerpo humano en el Antiguo Egipto.

Siguiendo de forma minuciosa las anotaciones que realizaron los escribas en el papiro de Ebers, podemos distinguir tres tipos de curanderos encargados de velar por el bienestar del paciente. Los sacerdotes de **Sekhmet**², cuyo papel era el de intercesor entre el enfermo y la Diosa, con el fin de otorgarle al mismo tiempo salud y misericordia. Por otro lado, el mago, encargado de combatir contra el Dios **Seth**³ u otra divinidad hostil e irracional que se apodera del cuerpo provocando que este enfermase, lo que en el papiro de Ebers se describe como “la expulsión del wehedu” (corrupción de un principio material, doctrina cercana a la patología humoral hipocrática). No obstante, ¿por qué la magia tiene un gran peso a lo largo de estos papiros? Para los egipcios la unión de estos dos enfoques (el empirismo y la magia) les proporcionaban una visión más amplia y completa del hombre, lo que hoy en día sería inconcebible. Finalmente, el sanador,

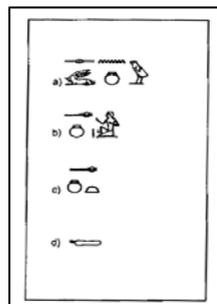


Figura 3.

¹**Clima nilótico:** Hace referencia a la zona próxima del río Nilo. Como bien describió Homero en un pasaje de la Odisea: “El país donde el suelo fecundo produce más drogas cuyas mezclas sin fin son mortales las unas, las otras saludables; mas todos los hombres allí son expertos como nadie en curar, porque traen de peán su linaje”. (4)

²**Sekhmet:** “Diosa leona, o con cabeza de leona, esposa de Ptah. Su nombre es “la poderosa” y es una diosa destructora y feroz con sus enemigos. Como símbolo solar, representa el poder devastador del Sol.”

³**Seth:** “Hermano de Isis, Osiris, y hermano y esposo de Nephthys. Es el dios malvado que mata y despedaza a su hermano por celos y ansias de poder. Se le llama el usurpador, el divisor y el adversario. Es el que hiere y arranca un ojo a Horus, su sobrino y vengador de su padre. Se le representa con figura humana y cabeza de animal de difícil identificación cuya característica es el color rojo y las orejas cuadradas.”

sunu o también llamado **escriba**⁴, practicaba la medicina tradicional. Su formación tenía lugar en una institución del Estado denominada "*Casa de la Vida*", cerca de los templos y bajo el amparo del faraón y los Dioses. Además, era una disciplina hereditaria y de carácter esotérico en la que cada sanador se dedicaba exclusivamente al estudio de una enfermedad (como bien nos ejemplifica Heródoto). El primer practicante que despuntó en el campo de enfermedades de la vista fue Hesy-Ra. (5,6) En lo que respecta a la escritura jeroglífica, la forma más abreviada de referirse al sanador, era una flecha, pudiendo tener un papel de ideograma indicando que era el hombre que extraía la flecha a los soldados heridos (Figura 3). (2).

En los papiros médicos, así como en las tumbas de la élite egipcia, yendo desde el sarcófago del arquitecto real Kha hasta el de Tut-Ankh-Amon, se puede evidenciar que la flora psicotrópica, dentro de la fitoterapia utilizada por estos practicantes, fascinaba por su efecto sedante y por cómo elaboraban los **ungüentos**⁵. Por tanto, el empleo de las plantas narcóticas tenía dos fines sobresalientes, lo mágico y lo médico, destacando: los nenúfares (cuyas dos variedades más representadas en las tumbas faraónicas eran el nenúfar azul o "*Nymphaea caerulea*" y blanco, "*Nymphaea alba*"), la mandrágora (*Mandragora officinarum*) y la adormidera (*Papaver somniferum*, que al igual que la mandrágora, son plantas no autóctonas del clima nilótico pero que, tras su importación a Egipto, se adaptaron completamente al medio). (8,9,10) Las flores o rizomas de *Nymphaea* eran macerados en vino o cerveza, donde se obtenía una bebida narcótica con poderes alucinógenos y afrodisíacos, al igual que ocurría con la mandrágora. (4).

La ingesta de los alcaloides de *Mandragora officinarum*, bien procediesen de sus bayas o de sus raíces, producían un efecto ocular y alucinógeno, una especie de trance mental en el que no eran conscientes de estar bajo los efectos de un estupefaciente, que les aproximaba al mundo **osiriaco**⁶, de ahí el gran misticismo existente en el culto a las divinidades. El alcaloide responsable de ello era la atropina, que originaba midriasis a quienes la ingerían (esta mirada característica se muestra en los egipcios representados en algunas pinturas y bajorrelieves del Imperio Nuevo).

Su acción alucinógena era mayor que la del nenúfar, pero su toxicidad podía conllevar vómitos, diarrea e incluso la muerte, por lo que sus efectos adversos se intentaban revertir con el opio, ya que actuaba como analgésico y astringente. (9) Este opio se extraía del látex o jugo de la *Papaver somniferum* (11), donde se hallaban alcaloides como la morfina, papaverina, tebaína y codeína.

La adormidera era la planta psicotrópica que mayor adición producía y como se muestra en el papiro de Ebers, las culturas egipcias empleaban el opio como calmante,

⁴**Escriba**: Quien plasmaba las rúbricas en mayúsculas y en rojo, como se evidencia en el papiro de Ebers, otorgándole gran riqueza al principio de cada capítulo y párrafo. (7)

⁵**Ungüentos**: "Empleados, por un lado, en las liturgias funerarias y en el culto a los Dioses y, por otro, con el fin de preservar la salud ante ciertas enfermedades que asolaban a la población.

⁶**Osiriaco**: Referido al dios Osiris, cuyo mito relata cómo fue asesinado y desmembrado por su hermano Seth y, posteriormente, recompuesto por su esposa Isis tras recorrer la tierra en busca de sus despojos e ir uniéndolos mediante vendajes (símil a una momia).

"para que los niños no gritasen fuerte". Asimismo, indagando a lo largo de la historia, encontramos referencias al *Papaver somniferum* reseñadas por ilustres personajes como Homero (en su obra *la Odisea*), Dioscórides e incluso, Avicena y sus discípulos, quienes atribuían al opio las características que se exponen a continuación: "Hace olvidar cualquier pena"; "mitiga la tos, refrena los flujos estomacales y se aplica a quienes dormir no pueden". (11,12).

Sería en el siglo XIX, en 1804, cuando el farmacéutico Sertürner descubriría la morfina (13) (cuya designación fue en honor al dios griego responsable de los sueños, a Morfeo, debido al efecto somnífero que desencadenaba esta sustancia). (14).

Cabe resaltar que, a parte de la flora psicotrópica mencionada anteriormente, también existían los inciensos psicotrópicos como el **kyphi**⁷. Era una fragancia cuyo efecto se asemejaba al de una droga, ya que era el medio perfecto para establecer comunicación entre la divinidad y el ente humano. Su ingrediente psicoactivo era el aceite de enebro, un potente alucinógeno. (15) Sin embargo, como muy bien mostró Victor Loret en su trabajo *Le kyphi, parfum sacré des anciens égyptiens*, no solo estaba compuesto por un único ingrediente, sino por un conjunto de dieciséis componentes (16) que debían mezclarse correctamente por el perfumista según indicaban los textos sagrados. (17).

Asimismo, es en el papiro de Ebers donde se menciona el uso del kyphi en el área de ginecología como remedio, junto al aceite de trementina y las infusiones de hierbas o cerveza, con el fin de lograr que la matriz volviera a su lugar tras la distocia. No obstante, las infusiones vaginales provocaban como resultado fiebres puerperales, que sumadas a malas condiciones de higiene, hicieron que mermara la esperanza de vida en la mujer. A pesar de los riesgos que provocaba la pérdida de sangre, el colapso uterino, la retención de la placenta o la eclampsia, encontramos fórmulas mágicas acompañadas de una técnica basada en vendar la parte inferior del vientre y aplicar emplastos o supositorios vaginales para paliar los síntomas.

Por lo que respecta al embarazo, si existía riesgo de aborto natural con evidencia clínica de hemorragia, se recurría a la cebolla y al vino, o sino a las hojas y frutos de diferentes plantas junto con aceites y miel, que eran aplicados en los genitales con fines beneficiosos. Estos aceites también se empleaban para mantener la elasticidad del vientre en la gestación. Para mitigar el dolor del parto, se administraban recetas compuestas de sustancias minerales, animales y vegetales (azafrán, trigo o vino).

Las mujeres que pertenecían a la alta alcurnia daban a luz en una estancia conocida como "pabellón del parto", donde la parturienta se sentaba en un taburete característico que poseía un orificio. Podemos observar el ejemplo en la imagen (Figura 4) donde una mujer da a luz acompañada de la Diosa **Hathor**⁸. Del mismo modo, los egipcios daban suma importancia a la lactancia materna, un ejemplo de ello es la efigie, donde se puede

⁷**Kyphi**: "Complejo químico odorante, utilizado tanto en perfumería como en embalsamamiento, cuyos ingredientes son: miel, vino, pasas, juncia, resina, mirra, aspálato, sésamo, lentisco, betún, junco oloroso, acedera, enebro mayor y menor, cardamomo y cálamo".

⁸**Hathor**: "Diosa celeste con forma de vaca. Se representa a veces como una mujer con orejas de este animal. Es diosa de la vida, del amor y de la música y danza. En ocasiones se asimila a Isis".

ver a **Isis**⁹ dándole el pecho a **Horus**¹⁰ (Figura 5). Consideraban que la leche de la madre o la nodriza era un remedio mágico, un “agua de protección” (que por un lado, regeneraba al faraón y, por otro, alejaba a los demonios de él). De la misma manera, los escribas se cercioraban de la calidad de la leche oliéndola y, si el flujo era escaso, se recetaba el uso de aceite (que se hubiese cocido anteriormente con la aleta dorsal de una perca del Nilo) en la espalda de la madre.

Con lo que respecta al área de ginecología, la fertilidad era una bendición para los egipcios y consideraban la esterilidad una maldición (se especifica el uso de dátiles en los genitales o aplicar sangre menstrual en abdomen y muslos como remedio).



Figura 5.



Figura 4.

Teniendo en cuenta que para ellos existía una cohesión entre la cavidad bucal, anal y vaginal; los curanderos se valían de una técnica específica para asegurarse que una mujer no era fértil, la cual consistía en mantener durante una noche los genitales femeninos en contacto con ajo, cebolla u otras sustancias. Si al día siguiente, su aliento no olía a dicha materia, la mujer era diagnosticada como infértil. (6,18,19).

La cultura egipcia atribuyó poderes de sanación a ciertos animales, destacando la figura del **cocodrilo**¹¹, cuyo excremento se empleaba como anticonceptivo ginecológico. Este tipo de cura también era utilizada en la “ceguera del río” (una enfermedad causada por un parásito de agua), cuya dosis adecuada lograba sanar al paciente de dicha afección. (20) Dada era su frecuencia (Figura 6), que contaban con la aplicación de la bilis de cerdo en el oído como tratamiento, entendiendo que existía una relación anatómica entre el ojo y el pabellón auditivo. Además, los ungüentos y las fumigaciones, mencionadas anteriormente, eran colocados en compresas sobre los párpados con fines terapéuticos. Una de las causas de ceguera, de la cual se tenía constancia, era el tracoma. En el papiro de Ebers se señala la bilis de tortuga, láudano, acacia, algarrobo, granito molido, pintura negra, ocre, ocre rojo

⁹**Isis:** “Diosa madre de Horus y esposa-hermana de Osiris. Es la gran diosa de Egipto, de naturaleza lunar, y protagonista de la búsqueda del cadáver y posterior resurrección de su esposo. Se vincula con la magia y era conocida como la gran mediadora. Se la representa con la forma humana llevando un trono en la cabeza”.

¹⁰**Horus:** “Hijo de Isis y Osiris representado por un halcón o como hombre con cabeza de halcón. Es un dios de muchos aspectos. La Luna era considerada el “ojo de Horus” que el dios perdió en su lucha con su tío Seth. Es uno de los dioses más importantes de Egipto y de naturaleza celestial.”

¹¹**Cocodrilo:** Actualmente, se sabe que en la sangre de los cocodrilos se encuentra un potente componente antimicrobiano (un antibiótico natural), denominado por los científicos “cocodrilinas”.

o natrón rojo como aplicación terapéutica para diversas dolencias.

Un dato relevante del manuscrito (dentro de las páginas que hablan de patologías oculares), es una analogía que relaciona el trauma ocular con la lesión que sufrió Horus en la batalla con el Dios Seth. **Thot**¹² restituyó el **ojo**¹³, y se convirtió en el primer oftalmólogo reconocido en la mitología. (6,21).

El vocablo shet, no solo se utilizaba para denominar a la divinidad, sino también en el ámbito de la cardiología. El **corazón**¹⁴ era considerado un órgano anatómico y centro del sistema vascular en el cual reside la vida anímica. Asimismo es un símbolo espiritual y religioso. Las descripciones más completas se encuentran en el papiro de Ebers donde se dice “el corazón habla por los vasos a todos los miembros del cuerpo”. Igualmente, tanto en el papiro de Kahoun como en el de Edwin Smith, se recomienda el examen cardiológico y la palpación de los pulsos, gracias al empleo de un instrumento similar a la clepsidra de Karnak. (5,22, 23).



Figura 6.

En conclusión, se puede considerar a los egipcios como precursores en el cuidado de los enfermos y en el mantenimiento de la salud, no sólo por su sabiduría, sino también por su repercusión en el resto de civilizaciones a lo largo de los siglos. Además, se valían de la riqueza de sus suelos (otorgada por las crecidas del Nilo) para confeccionar remedios elaborados como herramienta contra la enfermedad. Heródoto lo resume en una frase, “Egipto es un regalo del Nilo”. También, cabe destacar que el gran peso farmacológico de la cultura egipcia relacionada con la sanación reside en su manuscrito más elaborado encontrado hasta la fecha, el papiro de Ebers (un manual médico que integraba, no solo las recetas, sino que ilustraba a los sanadores de la época mediante rigurosas descripciones anatómicas y fisiológicas, con el fin de recopilar el mayor conocimiento médico posible). Como bien citaba François Daumas: “Il s’agit d’un traité modèle et qui véhicule une doctrine médicale très élaborée”.

¹²**Thot:** “Uno de los más antiguos dioses egipcios. Dios de la palabra y escritura. Es el notario de los dioses. Es un dios lunar que se asocia con la magia y la sabiduría, así como es considerado *el gran juez*. Se le representa como un ibis o como hombre con cabeza de ibis”

¹³**Ojo:** “El ojo dio origen al amuleto conocido como *udya* o *wedyat*, el cual representaba la regeneración y la restauración del orden cósmico”.

¹⁴**Corazón:** Según la interpretación de Thierry Bardinet, la concepción egipcia sobre el corazón englobaba tres conceptos: “le coeur-haty, ou muscle cardiaque, le coeur-ib ou intérieur-ib, correspondant au reste del’ organisme, et le coeur spirituel, centre du caractère, de la pensé et de la mémoire”.

Bibliografía

1. Bencomo Viala M, Carballo Pérez J, Rodríguez Dorta G. Textos médicos en el Egipto Antiguo. (Trabajo Asignatura Historia Antigua Universal I). Santa Cruz de Tenerife: Universidad de la Laguna; 2013.
2. Nunn JF. La medicina del Antiguo Egipto. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2002. p. 139-145.
3. Ashrafian, H. Deciphering the death of Jean-François Champollion (1790–1832), the man who decoded ancient Egyptian hieroglyphs. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*. 2015 May; 45(2): 178-179.
4. Bardinnet T. Les papyrus médicaux de l'Égypte pharaonique. Paris: Fayard; 1995. p. 13-29.
5. Laín Entralgo, P. Historia de la medicina. 1ª ed. Barcelona [etc.]: Edic. Científicas y Técnicas; 1994. p. 16-22.
6. Jacq, C. El saber mágico en el Antiguo Egipto. Madrid: Edaf; 1998.
7. Bryan CP, trad. Smith, GE, pr. Ancient Egyptian Medicine: The Papyrus Ebers. Chicago : Ares, 1974. p. 1-6.
8. González Wagner C. Farmacología neurotóxica en el Antiguo Egipto. (Trabajo de departamento). Madrid: Facultad de Historia de la UCM; 2012.
9. Casal Aretxabaleta MB. Plantas para la eternidad. *Rev Antropología Chilena*. 2001 Ene; 33(1): 161-168.
10. Rodríguez Rivera V. La magia en la medicina. *Rev Hispánica Moderna*. 1946 Jul; 12(3/4): 356-365.
11. Guerra Doce E. Evidencias del consumo de drogas en Europa durante la Prehistoria. *Trastornos Adictivos*. 2006 Ene; 8 (1):53-61.
12. Sancho JF, López G, Sancho A, Ávila C, Grande ML, Cavallo L, et al. Tratamiento del dolor oncológico. *Psicooncología*. 2006; 3(1): 121-138.
13. Goicoechea García C, Martín Fontelles MI. Sistemas cannabinoide y opioide en los mecanismos y el control del dolor. *Reumatología Clínica*. 2009;5 (S2): 5-8.
14. Goodman LS. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 11ª ed. Bruton LL, Lazo JS, Parker KL, editor. México D.F. [etc.]: McGraw-Hill; 2007. p. 547-589.
15. González Wagner C. Sobre inciensos, trances y (algunas) diosas. Una perspectiva etnobotánica. *Revista de Ciencias de las Religiones*. 2010; 15: 91-103.
16. Loret V. Le kyphi, parfum sacré des anciens égyptiens. Paris: Imprimerie Nationale; 1887.
17. Perea Yébenes S. El kyphi, un perfume ritual, mágico y medicinal en el universo egipcio grecorromano. *Espacio, Tiempo y Forma. Serie II, Historia Antigua*. 2011; (24): 349-362.
18. Jiménez Serrano, A. Las enfermedades y dolencias en el antiguo Egipto: I: El parto y los recién nacidos. *Seminario médico*. 2002 Dic; 54(1): 19-24.
19. Haimov-Kochman R1, Sciaky-Tamir Y, Hurwitz A. Reproduction concepts and practices in ancient Egypt mirrored by modern medicine. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005 Nov 1; 123(1): 3-8.
20. Germán Cupul-Magaña, Fabio. Cocodrilo: medicina para el alma y el cuerpo. *Rev Biomed*. 2003 Ene; 14(1): 45-48.

21. Güemez-Sandova, E. El papiro de Ebers y la oftalmología. *Rev Mex Oftalmol.* 2009 Mar; 83(2): 123-125.
22. Ziskind B. L'examen cardiovasculaire à la lumière des papyrus médicaux de l'Égypte ancienne. *Histoire des Sciences Médicales.* Tome XL. Paris; 2006.
23. Ziskind B, Halioua B. La conception du coeur dans l'Égypte ancienne. *Médecine sciences.* 2004. Paris: Érudit; 20 (3): 367-373.

Figuras

- Figura 1. Un sacerdote llamado Rom realiza una ofrenda; su cojera podría ser el más antiguo testimonio de la polio. Copia de una estela fechada hacia 1403-1365 a.C.
- Figura 2. Vista del Papiro Ebers, Biblioteca Universitaria de Leipzig.
- Figura 3. Diversas escrituras jeroglíficas de la palabra sunu en las que su significado es sanador.
- Figura 4. Una mujer en cuclillas para dar a luz acompañada de la Diosa de la fertilidad, la sexualidad y el parto, Hathor. Bajo y altorrelieve de Deir el-Medina.
- Figura 5. Isis dando el pecho a Horus. Museo Louvre. París.
- Figura 6. Músico ciego tocando el arpa. Bajorrelieve de la tumba de Pa-Aton-Em-Heb.

MUNDO CLÁSICO. SEGUIDORES DE HIPÓCRATES: APORTACIONES A LAS CC. SALUD. MANUSCRITOS REALIZADOS

CLASSIC WORLD. HIPÓCRATES' DISCIPLES: CONTRIBUTIONS TO HEALTH'S SCIENCES. MANUSCRIPTS OF THESE

Lucía Paniagua Montoro

Estudiante de Enfermería en E.U. Enfermería y Fisioterapia
Universidad de Castilla-La Mancha, Campus de Toledo

Sara Quintino Gargantilla

Estudiante de Enfermería en E.U. Enfermería y Fisioterapia
Universidad de Castilla- La Mancha, Campus de Toledo

Carmen María Rodríguez González

Estudiante de Enfermería en E.U. Enfermería y Fisioterapia
Universidad de Castilla- La Mancha, Campus de Toledo

PALABRAS CLAVE: Hipócrates, Discípulos, Salud y Actualidad.

KEY WORDS: Hipócrates, Disciples, Health and Nowadays.

RESUMEN: Hipócrates, Padre de la medicina, promotor del Juramento hipocrático. Con carácter ético, el Juramento hipocrático, regulaba las obligaciones y orientaba al médico en la práctica de su oficio. La escuela Hipocrática, además destacó por establecer la medicina como una disciplina separada de otros campos con los que había estado entrelazada hasta aquella época, como los son el campo de la teúrgia y el campo de la filosofía. Todos estos hechos han llevado a la aparición de diversos discípulos de la medicina hipocrática, realizando múltiples aportaciones al ámbito de la salud. Entre ellos cabe destacar la figura de Galeno, Polibo de Cos, Sorano de Éfeso o Eurifontes de Cnido.

ABSTRACT: Hipócrates, Medicine's Father, Hippocratic oath's promoter. With ethical character, Hippocratic oath regulated obligations and the doctor was guided in his job's practice. Hippocratic college, besides, highlight out because, It established medicine as a separated discipline from other fields with which she had been interlaced up until that age, like teúrgia's field and the philosophy's field. These facts have led to the appearance of diverse disciples to Hippocratic's medicine, carrying out multiple contributions to health's area. Between them it's necessary to highlight Galeno, Polibo de Cos, Sorano de Éfeso or Eurifontes de Cnido.

INTRODUCCIÓN

“El mundo clásico es considerado el momento histórico donde la medicina alcanza su punto más álgido. Este hecho es debido a Hipócrates, Padre de la medicina, promotor del Juramento hipocrático. Con carácter ético, las acciones reguladas por el Juramento Hipocrático han llevado a la aparición de diversos discípulos de la medicina hipocrática, realizando múltiples aportaciones al ámbito de la salud. Entre ellos cabe destacar la figura de Galeno, Polibo de Cos, Sorano de Éfeso o Eurifontes de Cnido. Sin embargo, existe una gran controversia en la atribución de dichas aportaciones, al igual que la autoría de los diversos manuscritos que han perdurado hasta nuestros días. Esto es debido a que se suelen entremezclar los descubrimientos médicos de los practicantes de la medicina hipocrática y las acciones del mismo Hipócrates.

METODOLOGÍA

Estudio histórico descriptivo, por tanto, nos referiremos a todas aquellas informaciones que aportan conocimiento, directo o indirecto, sobre lo acontecido durante ese período. Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales ya que dicha investigación es una revisión bibliográfica analítica basada en los siguientes materiales:

Bases de datos	Palabras Claves	Artículos encontrados	Artículos revisados
Google Académico	Discípulos Hipócrates Salud Aportaciones	10	8
Scielo	Discípulos Hipócrates Aportaciones	7	4
PubMed	Discípulos Hipócrates Salud Influencia	2	0

OBJETIVOS

Establecer cuáles son las aportaciones de los discípulos de la medicina hipocrática y realizar un estudio sobre, si verdaderamente estas aportaciones han tenido repercusión en la sociedad actual.

MUNDO CLÁSICO E HIPÓCRATES

Las primeras civilizaciones elaboraron una medicina primitiva basada en tres principios: el instinto, el empirismo primario y las prácticas mágico-religiosas.

Es ya a partir del mundo clásico, cuando los interrogantes sobre la propia existencia comienzan a tener una respuesta clara. El mundo clásico, cuya influencia perdura hasta nuestros días, constituye el componente fundamental de la cultura occidental” [1].

“A partir del mundo clásico, la medicina se limita al famoso Juramento Hipocrático. Se trata de una declaración pública de carácter moral que realizan los recién titulados en Medicina en la mayoría de los países occidentales, por la cual se comprometen a respetar el secreto profesional de la información al respecto, a preservar por todos los medios la salud y la vida de los enfermos, por encima de prejuicios y bajo amenazas.

Hipócrates, el gran médico griego del siglo V a.C. nace en la isla griega de Cos, en el año 460 a.C. y muere en Tesalia a los 85 años. Estudia medicina en la ciudad de Selymbria y sus maestros fueron Gorgias de Leontini y Demócrates. Platón y Aristóteles tienen en gran estima a Hipócrates y es además considerado universalmente como el “Padre de la Medicina” y contaba con un gran humanismo médico que se observa en el juramento Hipocrático el cual aun con el paso de los años continúa siendo un documento de gran importancia. Hipócrates y sus discípulos escribieron diversos libros que, hasta el final de la Edad Media, fueron la base del conocimiento médico: el “Corpus Hipocrático”, donde se recoge el saber médico de aproximadamente un siglo” [2].

Tras una breve exposición, como se indicó con anterioridad, la medicina hipocrática ha dado lugar a la aparición de diversos discípulos muy importantes:

GALENO DE PÉRGAMO

“Galeno de Pérgamo, fue un médico griego, nació en el año 129 d. C en el seno de una familia adinerada. Su medicina galénica surge en la etapa de los humores. Estaba basada en el método clínico, brindando un algoritmo clínico basado en ideas tanto materialistas como idealistas que dio como resultado innumerable aportes a la comprensión de la fisiología del cuerpo humano. A los veinte años Galeno se convierte en terapeuta (discípulo) del dios Asclepios en el Asclepeion de Pérgamo durante cuatro años, donde iniciaría sus estudios de medicina. Sería ya en esta época donde entraría en contacto con la obra de importantes anatomistas como Herófilo y Erasístrato. Galeno sostuvo como tesis que la salud del individuo se basa en el equilibrio entre la sangre y una serie de humores conocidos como bilis amarilla, bilis negra y flema. Su estudio se limitó a la disección de animales. Esto condujo a que tuviera ciertas ideas equivocadas sobre el cuerpo humano. Además de realizar experimentos y disecciones para el estudio de la función de los riñones y de la médula espinal” [3].

OBRAS Y MANUSCRITOS DE GALENO

“La obra de Galeno se basa en la tradición hipocrática, a la que une elementos del pensamiento de Platón y Aristóteles. El gran prestigio del cual gozo, se debió a su actividad literaria con más de cuatrocientos textos.

En su estudio en la rama sanitaria, Galeno clasificó los espíritus en tres tipos. “Esta clasificación era correspondiente a los tres tipos de alma el principio del movimiento y de los cambios en los seres vivos:

1. El espíritu natural: Los filósofos lo solían denominar como “espíritu vegetal o vegetativo. Era el correspondiente al alma concupiscible. Se correspondía a la zona del hígado, y de ahí, se repartía por las venas a todo el organismo.
2. El espíritu vital: Era el que se encontraba localizado en el tórax. Su órgano fundamental era el corazón, incluyendo los pulmones. Era el correspondiente al alma irascible, propia de las facultades vitales.
3. El espíritu animal: Se encontraba localizado en el cerebro. Era el que poseía las virtudes más complejas, es decir, de carácter mental. Correspondía al alma racional” [4].

“Uno de sus manuscritos a destacar es “Las facultades del alma siguen los temperamentos del cuerpo”. En él, Galeno explica el funcionamiento del cuerpo y el espíritu o pneuma basándose en la clasificación presentada anteriormente.

En su tratado “El diagnóstico de los sueños” (*De Dignotione ex Insomnis Libellis*) describió los sueños y ensoñaciones, y afirmó que éstos pueden ser un reflejo de los padecimientos del cuerpo.

APORTACIONES AL ÁMBITO SANITARIO

Galeno de Pérgamo realizó diversas aportaciones a la ciencia siguiendo las enseñanzas de la medicina hipocrática. Sus aportaciones:

- Estableció al cerebro como el órgano encargado de controlar la voz. Estudió las funciones del riñón y de la vejiga. Demostró que es la sangre y no el aire, la circula a través de las arterias. Estableció las diferencias estructurales entre venas y arterias.
- Describió las válvulas del corazón. Describió diversas enfermedades infecciosas y su propagación.
- Describió los métodos de conservación y preparación de fármacos, base de la actual farmacia galénica.
- Operó con éxito el labio leporino y recomendó el empleo de una lima para eliminar las porciones con caries de los dientes” [5].

SORANO DE EFESO

“Nació en Asia Menor, en la ciudad de Éfeso a finales del siglo I d. C. Practicó la medicina en la Roma de los emperadores Trajano y Adriano, siendo así, miembro de la corriente metodista, fundada por Themison de Laodicea, cuyos discípulos buscaban métodos que facilitasen el aprendizaje de la medicina. La influencia de Sorano fue enorme en los siglos posteriores siendo su obra traducida a la lengua latina con el fin de formar a las mujeres obstetras” [6].

OBRAS Y MANUSCRITOS DE SORANO DE EFESO

“Escribió *Gynaikeia*, el trabajo más importante de la época sobre las enfermedades de la mujer, un libro revolucionario por el que se le consideraría el padre de la obstetricia y la ginecología. Pero también escribió sobre cirugía, medicina interna, embriología...” [7].

APORTACIONES AL ÁMBITO SANITARIO

“En la era cristiana, Sorano de Éfeso se especializó en las dificultades obstétricas. En este campo realizó múltiples aportes como:

- Introdujo la úteroversión podálica en momentos en que las mujeres dominaban el ejercicio de la ginecología y la obstetricia, con autorización del Estado.
- Se dedicó a analizar en uno de sus libros la silla obstétrica, deduciendo por tanto que el parto en aquellos tiempos se sucedía estando la mujer en posición sentada.
- Sorano de Éfeso, para evitar la maternidad no deseada, recomendaba el uso de una mezcla compuesta por aceite rancio de oliva, miel y bálsamo o resina de cedro, que debía introducirse en el útero.
- Así como otro método muy efectivo, consistía en introducir una bola de lana en la vagina que era empujada hasta la entrada del cuello del útero, previamente empapada de vino u otras sustancias de textura gomosa” [8].

EURIFONTES DE CNIDOS

“Eurifontes de Cnidos fue un médico griego del siglo V a.C. original de Cnido. La medicina representada por Eurifonte de Cnidos, es célebre por su afición a los cauterios” [9]. La teoría de Eurifontes en cuanto a la acción perturbadora de los residuos indigestos de la alimentación tiene su precedente, en una especie de putrefacción que se forma en el bajo vientre y se trasmite por los vasos sanguíneos al resto del cuerpo.

OBRAS Y MANUSCRITOS DE EURIFONTES DE CNIDOS

“Se le atribuye *“De Locis in homine”*, uno de los manuscritos recogidos en el *Corpus Hippocraticum*. Los investigadores han relacionado dicho manuscrito con Eurifontes no solo por sus aspectos teóricos y su lengua, sino también por los aspectos recogidos sobre la terapia a base de cauterios, la terminología ginecológica, los conocimientos anatómicos y la teoría de la digestión, relacionado con este.

APORTACIONES AL ÁMBITO SANITARIO

Eurifonte de Cnidos realizó diversas aportaciones, entre ellas:

- Localizó la pleuritis en los pulmones.
- Catalogó los síntomas de la pleuritis en los pulmones.
- Preconizó el uso de cauterios en su terapéutica” [10].

POLIBO DE COS

OBRAS Y MANUSCRITOS DE POLIBO DE COS

Se atribuyen varias obras:

- Una parte del libro de " *La naturaleza del hombre*".
- Libro titulado " *La naturaleza del niño*".
- Libro titulado " *Régimen saludable de afectos*".
- Libro titulado " *Parto a los ocho meses*"
- Tratado sobre la naturaleza del hombre.

APORTACIONES AL ÁMBITO SANITARIO

Siguiendo la doctrina del tratado Sobre la naturaleza del hombre, Polibo estableció que ,la sangre es caliente y húmeda, lo que hace que el temperamento sanguíneo se relacione con el elemento aire y con la primavera; la bilis negra es fría y seca, y el temperamento melancólico se asocia al elemento tierra y al otoño; la flema es fría y húmeda, por lo que el temperamento flemático se vincula con el elemento agua y con el invierno; y la bilis amarilla es caliente y seca, de donde se colegía que el temperamento colérico casaba con el fuego y con el verano" [11].

CONCLUSIÓN

Tras una larga investigación, y un análisis de las aportaciones de los seguidores de Hipócrates, tomando como referencia central el Mundo Clásico, cabe destacar que todas ellas han perdurado hasta nuestros días, teniendo así una importante repercusión en la sociedad actual, como son los métodos anticonceptivos, los métodos de conservación y preparación de fármacos, así como diversas descripciones fisiológicas y anatómicas de distintas partes del organismo humano, destacando las válvulas del corazón y las diferencias estructurales de las venas y las arterias, entre otras.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Espinar Ojeda, José Luis: "La medicina en la Antigüedad", [online] [consultado: 2 de octubre de 2016] ISSN 1699-6305, Profesor de Griego en I.E.S. Los Boliches, Málaga. Disponible en: <http://www.pasajealaciencia.es/2011/pdf/01-joseluisespinar.pdf>

[2] Darriba Rodríguez, Pilar: "Mitología, Medicina y Enfermería en la Grecia Antigua", [online] [consultado: 1 de octubre de 2016] Supervisora de formación continuada de enfermería, Ferrol .Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5164/1/CC_05_06.pdf

[3] Valdés Reyes, José Manuel; Alfonso de la luz, Alegna y Huergo López, Carlos José: "GALENO de Pérgamo Sus aportes y filosofía" [online] [consultado: 3 de octubre de 2016] UNIVERSIDAD de ciencias MÉDICA DE LA HABANA CURSO 2011-2012 Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jose_Manuel_Valdes_Reyes2/publication/289380368_GALENO_de_Pergamo_sus_aportes_y_filosofia/links/568c630d08aeb488ea2fd66d.pdf

[4] Tostado, Francisco Javier: "Sorano de Éfeso, el gran ginecólogo de la Antigüedad"

[artículo online] [consultado: 30 de septiembre de 2016] Disponible en: <https://franciscojaviertostado.com/2016/05/16/sorano-de-efeso-el-gran-ginecologo-de-la-antiguedad/>

[5] Blázquez Martínez, José María: “Los anticonceptivos en la Antigüedad Clásica” (Real Academia de la Historia) [online] [consultado: 1 de octubre de 2016] Disponible en: <http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&ved=0ahUKEwiZ5JC1xbzPAhUEOhQKHcKiAKwQFqhMAK&url=http%3A%2F%2Fwww.cervantesvirtual.com%2Fobra%2Flos-anticonceptivos-en-la-antiguedad-clasica-0%2F003012ac-82b2-11df-acc7-002185ce6064.pdf&usq=AFQjCNESBsxQualjKJ8wVHbFaohTJkjW1A&bv=m=134495766,d.d24>

[6] Rodríguez Alfageme, Ignacio; Gil, Luis. “Una obra singular: La Literatura Científica Griega” [consultado: 4 de octubre de 2016] Universidad Complutense de Madrid Disponible en: [file:///C:/Users/Zunla/Desktop/32241-32258-1-PB%20\(1\).PDF](file:///C:/Users/Zunla/Desktop/32241-32258-1-PB%20(1).PDF)

[7] Hnos. San Juan de Dios y Comunidad Betsaida; Verdu Vicente, Dr. Francisco Tomás; Martínez González, Jesús; Escuela de Enfermería San Juan de Dios de Barcelona; Duo, Roberto y Ernesto; Serrano, Teresa; Rubio, Juan y Fernández Andrés: “Ayuno y Plenitud”[online] [consultado : 1 de octubre de 2016] Disponible en : http://www.herbogeminis.com/IMG/pdf/ayuno_y_plenitud.pdf

[8] De locis in homine: intento de datación* Ignacio RODRÍGUEZ ALFAGEME. ”[online] [consultado : 1 de octubre de 2016] .UCM (Universidad Complutense de Madrid). Disponible en: <file:///C:/Users/Zunla/Downloads/31856-31873-1-PB.PDF>

[9] José María Ferri Coll , “Musa enferma: la melancolía en la poesía española de fin de siglo” .[online] [consultado el 1 de octubre de 2016] .Universidad de Alicante. Disponible en: <http://revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16468/16313>

[10] López y Cía. “Anales históricos de la Medicina en general, y biográfico-bibliográfico de la Española en particular: 6 vols. in tribus relig” [online][consultado el 30 de septiembre de 2016] Biblioteca de la Abadía de Montserrat. 10 Nov 2010. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=XlXbOjVIP8C&pg=PA113&lpq=PA113&dq=polibio+de+cos&source=bl&ots=yDGJ9iFBhL&sig=q4jaVweZA2MMwJcLnaSY3Zq0uw&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj34uiK877PAhXLWx4KHYY0zBHUQ6AEIODAE#v=onepage&q=polibio%20de%20cos&f=false>

[11] Bottaccionali, Francesco “Medicina Naturale. Filosofia per medicina, medicina per la Filosofia. Grecia e Cina a confronto” [online][consultado el 4 de octubre de 2016] .Editorial Tecniche nuove. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=hbHj4asjUCIC&printsec=frontcover&hl=es>

**LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y LAS PRÁCTICAS DE SALUD EN LA
PENÍNSULA IBÉRICA DURANTE EL TIEMPO DE GAYO PLINIO**

**EATING HABITS AND HEALTH PRACTICES IN THE IBERIAN PENINSULA IN
THE TIME OF GAIUS PLINE**

Isabel Pereira

Profesor de la Escuela de Enfermería de Lisboa. Doctorado en Enfermería

Cristina Lavareda Baixinho

Profesor de la Escuela de Enfermería de Lisboa. Doctorado en Enfermería

Helga Rafael Henriques

Profesor de la Escuela de Enfermería de Lisboa. Doctorado en Enfermería

PALABRAS CLAVE: Hábitos alimentarios, Prácticas de salud, La historia, Método de la historia.

RESUMEN: El objetivo es conocer los hábitos alimentarios y las prácticas de salud de las personas que habitaban la península Ibérica en el siglo I a la luz de Plinio Caius, autor del libro Historia Natural, Traducción Gerónimo Huerta (1599). Se realizó una investigación histórica que ha permitido conocer la diversidad de animales y plantas y su uso en la alimentación y la salud. Plinio se refiere a Hipócrates, entre otros, en relación con el control de la salud mediante la dieta y el ejercicio. Da a conocer una amplia gama de enfermedades, muchas de las cuales se mantienen en la actualidad.

KEY WORDS: Eating habits, Health practices; History; Historical Method.

ABSTRACT: The objective is to know the eating habits and health practices of the people who inhabited the Iberian Peninsula in the first century in the light of Plinio Caio, from the book Natural History, translated by Geronimo Huerta (1599). We conducted a historical investigation that allowed us to know the diversity of animals and plants and their use in food and health. Plinio refers to Hipocrates, among other authors, regarding health control through diet and exercise. It reveals a vast array of diseases, many of which remain today.

INTRODUCCIÓN

Desde las primeras civilizaciones que los hábitos alimentarios se van modificando debido a factores ambientales, culturales, sociales, económicos y étnicos. Los hábitos alimentarios son tal vez la más genuina manifestación de la cultura de un pueblo.

Las personas transportan el patrimonio cultural de un pueblo, y forman parte de él, cuando ganan raíces en otro local. La lengua y la tradición culinaria vinculan el individuo a su lugar de origen. Por eso, de región a región se verifican diferencias alimentarias impuestas no solo por la historia de las poblaciones, sino por los aspectos geográficos locales y los recursos alimentarios ahí existentes.

Las características geográficas y climáticas de determinadas zonas y la acción del ser humano en el medio ambiente posibilitaron el cultivo de nuevas plantas y la cría de determinadas especies animales. Además, la proximidad al mar determinó la diversidad alimentaria y, de este modo, la fijación y supervivencia de algunos pueblos.

En la península Ibérica, la miscelánea de pueblos que por ella pasaron condujo al cruce de culturas que han perpetuado las memorias de las prácticas alimentarias y de salud. La cultura alimentaria en Portugal y en España está fuertemente relacionada con los hábitos de las gentes que por allí circularon y por allí permanecieron.

Sin embargo, ¿qué pueblos fueron estos? ¿Cuáles las influencias que estos pueblos tuvieron en los hábitos alimentarios? ¿De qué modo los libros y los artefactos pueden atestiguar lo que comían y lo que bebían y su influencia en la salud? ¿Cuáles los documentos que prueban estas aserciones?

Tenemos, así, por objetivo conocer los hábitos alimentarios y las prácticas de salud de los pueblos que habitaron en la península Ibérica según Plinio el Viejo. Su obra es una fuente importante para el conocimiento de las costumbres de los pueblos que pasaron en esta vasta región. Este artículo forma parte de un estudio más amplio donde, a través de las obras literarias, pretendemos conocer los alimentos y las recomendaciones relacionadas con la salud y la manutención de la vida de los pueblos.

De Plinio, en la Antigüedad Clásica, a las anotaciones de Gerónimo de Huerta en la Edad Media

Gayo Plinio Segundo el Viejo, también conocido por Plinio el Viejo, era considerado *el apóstol de la ciencia humana*. Oficial e historiador romano que vivió en el siglo I, durante el imperio de Nero, fue nombrado procurador en España, norte de África y Galia.

A lo largo de las campañas militares romanas durante la dinastía de Tito Flavio Sabino Vespasiano (9-79 d.C.) y, luego después del suicidio de Nero el año 68, Plinio recurrió vastos territorios como España, Siria, Germania Occidental (desde Danubio hasta el Reno), África (a la cual los griegos llamaban Libia¹ y Asia.

Su interés por la naturaleza lo condujo a la compilación de una vasta obra compuesta por 37 libros que abarcan un vasto conjunto de conocimiento en el ámbito de la cosmología, geografía, zoología, botánica, agricultura y medicina¹.

En el libro sobre Historia Natural, Plinio escribió sobre la naturaleza frágil del ser

humano cuando nace, ya que no tiene, como los otros animales, la firmeza para andar y *comer*¹. Esta es una de las condiciones que, a lo largo del tiempo, va adquiriendo a través de la convivencia con los humanos.

El contacto con pueblos tan diferentes creó en él la curiosidad y la capacidad de compilar una vasta cantidad de información, sobre varios asuntos que nos permitieron conocer los usos y las costumbres de esos pueblos. Confrontado con *lo diferente* o *lo raro*, Plinio se reveló, a veces, algo crítico delante de la diferencia. Escribió sobre animales y plantas que desconocía, y sobre el modo como el hombre los usaba en la alimentación y en la producción de remedios.

De su autoría, **Historia Natural** está considerado uno de los mejores textos de la Antigüedad Clásica que han llegado hasta hoy. Presentamos el mundo a través de la mirada sensible de Plinio en el trascurso de sus expediciones, obtenida a partir de narrativas de pueblos considerados bárbaros, pero también sustentada en pasajes de algunos eruditos, como Hipócrates (460-370 a.C.), Aristóteles (385-323 a.C.), Asclepiades de Bitinia (129-40 a.C.) o Dioscórides (siglo I d.C.).

Plinio revela que el consumo alimentar se orientaba, fundamentalmente, por un cuerpo de conocimientos fuertemente hipocrático, centrado en la teoría de los humores. Su lectura es testigo de la presencia de recetas que son a la vez recomendaciones dietéticas, pero también terapéuticas.

La obra de Plinio fue traducida por Gerónimo de Huerta, que la enriqueció con sus anotaciones ancladas en autores reconocidos como Galeno; Oribasio Sardiense, entre muchos otros¹.

Gerónimo de Huerta, médico y estudioso de las humanidades y de la filosofía, nació en Escalona (Toledo), en el 1573, y murió en Madrid en el año 1643. Fue apoyado por el rey Felipe, I de Portugal y II de España, después de haber leído los primeros ensayos de la traducción de **Historia Natural**, editada en 2 volúmenes de los años 1624 y 1629. Sus anotaciones refuerzan o contrarían lo que los diferentes teóricos defendieron a lo largo de los tiempos. Hace referencia al médico y escritor lusitano, Amato Lusitano, nacido en el siglo XVI¹, para reforzar los casos insólitos descritos por Plinio, como el nacimiento de críos monstruosos, o la mudanza de sexo de una doncella quien, después de la menarca, *...alcançò sexo y naturaleza de hombre...*, llevando a que, en pocos días, dejara el hábito y el nombre de mujer¹. Hipócrates emite una opinión distinta en sus escritos al afirmar que en estas situaciones la mujer no se convertía verdaderamente en hombre¹.

Las plantas y los animales en la alimentación de los pueblos de la península Ibérica

Hispania, como era conocida la península Ibérica, incluía Hispania Citerior y Hispania Ulterior. Hispania Ulterior estaba subdividida en dos provincias: Lusitania y Bética. Según Plinio, en Lusitania pasaban los ríos Duero (Duero), Vouga (Vaca), Miño (Minio), Guadiana (Ana) y Tajo (Tago) por varias poblaciones. De Lusitania formaban parte las regiones de Leiria (Colipo), Évora (Eburo), promontorio del Cabo de la Roca (Artabro) y la ciudad de Lisboa (Olisipona), muy poblada entonces¹.

En el libro XX Plinio alude a varias plantas que entraron en la alimentación de los pueblos con quien contactó. Hay referencia al nabo; zanahoria; cebolla; ajo; endivia,

chicoria; col, espárragos, perejil, berro; hierbabuena, menta piperita, poleo, comino; alcaparra; orégano; dormidera branca y negra; opio; verdolaga, cilantros; tres tipos de mostaza; anís, cardos, cáñamo, entre otras.

El pan estaba en el centro de la alimentación de los pueblos ibéricos. Por eso la cultura de trigo y cebada formaba parte de sus culturas. En Andalucía usaban un tipo de semilla de cebada llamada *Turanio* proveniente de una región de la antigua Asia central llamada Turán.

Cuando faltaban el trigo o la cebada, el pan era confeccionado con una especie de harina obtenida a partir de bellota tostada y molida. Las bellotas formaban parte de la alimentación, pues en esa época la patata no integraba la alimentación de estos pueblos. Plinio refiere varias especies de bellotas, unas más agradables al paladar y otras más agrestes. Por eso uno de los hábitos consistía en asarlas en cenizas calientes para para dejarlas más dulces¹.

En la península Ibérica, además del castaño y del roble, cuyas castañas y bellotas eran utilizadas en la alimentación de las personas y de los animales, existían también otros árboles de frutos, reconocidos por sus olores y sabores. Plinio distingue los varios sabores como: dulce, suave, graso, amargo, austero, agrio, agudo, acervo, avinagrado y salgado, entre otros¹.

Habla del cultivo de vides presentes en Iberia y de la venta de uvas en los meses de Otoño, cuando los campos estaban cubiertos de agua¹.

Plinio describe varios tipos de plantas, muchas de ellas relacionadas con Dioses: el quejigo (especie de roble) relacionado con Júpiter; el laurel con Apolo; la oliva con Minerva; la arrayán con Venus; el álamo con Hércules y el fruto de la vid con Baco.

La carne y el pescado integran los hábitos alimentares del pueblo ibérico. Plinio describe diferentes animales como el pavo real; el gallo; el pollo, el venado; el erizo; el carnero; el puerco; el jabalí, entre otros animales. Describe un tipo de yegua muy veloz que vivía cerca de la ciudad de Lisboa, junto al río Tajo, que *...nasce velocissimo, pero no vive mas que tres años*¹. A lo largo del Tajo existían muchos conejos que eran perseguidos por aves y otros animales que de ellos se alimentan¹. Plinio tiene el cuidado de indicar cuando un animal era raro por ser todavía desconocido, o cuando ya era conocido por los romanos.

Describe que entre marzo y julio comían carne de un animal semejante al lobo. Este era un tipo de animal que abundaba junto a la desembocadura del río Guadiana. Su carne era muy apreciada y cuando asada se asemejaba a la carne de carnero, la cual era también considerada muy buena y solo accesible a príncipes y poderosos¹. En las orillas del río Tajo había una especie de gato, más grande que el doméstico, cuya carne se asemejaba a la de la liebre¹.

Hace algunas recomendaciones para dejar los alimentos más ternos y sabrosos, como cocinar a carne en vinagre y vino y adicionarle especiarías¹.

El pescado, abundante en la costa Atlántica y ríos ibéricos, era apreciado por unos, por otros no tanto, pues consideraban que este *poco alimentaba*¹. Plinio describe algunos de los peces que iban por los ríos, específicamente el río Ana, actual río Guadiana. Releva la

calidad del pescado del Océano Atlántico, sendo o eleito para a preparación do *garo* o *garum* “licor q salia de su gordura despues de auerlos salado”¹.

Describe la caballa, pescado muy usado en la alimentación y apreciado por romanos por su sabor y grado de gordura. Se refiere al *fagro*, nombre por lo cual se lo conocía en Portugal, o al *bezogo*, como era conocido en España. Este era frecuente en las riberas de Lusitania y en el Océano Atlántico, aunque fuera también pescado en las aguas del río Nilo^{1,2}. Refiere que en las aguas de los ríos Duero y Tajo existían muchos salmones que andaban *en manadas*, engordaban en las aguas dulces y después bajaban por el río hasta el mar¹. Describe además que en los ríos existía una especie muy apreciada, la trucha salmonada. Sin embargo, reconoce que, ya que es un pez muy gordo, favorecía el vómito y la indisposición, motivo por el cual Plinio refiere la necesidad de cocinarla en vino o vinagre y sal y adicionar especiarías. Esto nos indica que las especiarías ya circulaban en Iberia².

Las prácticas de salud de los pueblos en la península Ibérica

En el mundo vegetal, Plinio describe las diferentes especies de plantas y el modo como los diferentes pueblos las utilizaban en el combate a las enfermedades. Expone para qué servían y cómo debían ser utilizadas y como eran acondicionadas. Refiere que algunas infusiones podrían durar hasta tres años¹. Señala algunas contra-indicaciones cuando utilizadas inadecuadamente.

Con las plantas y las raíces se hacían varios ungüentos y emplastos usados para varios fines. En la preparación de los remedios se usaba zumo de fruta mezclado con aceite de oliva. Y con estos se hacían diferentes linimentos¹. Los linimentos, líquidos o semilíquidos, se destinaban al uso externo para alivio de dolores como: gota o enfermedades de la piel. El zumo mezclado con vinagre servía para hacer instilaciones².

Utilizaban las plantas para varios fines. La *thapsia*, zanahoria salvaje (planta venenosa que existía alrededor del Mediterráneo occidental y costa Atlántica de Portugal y Marruecos) mezclada con vinagre producía un tipo de infusión con varias finalidades. Las semillas molidas y mezcladas con vino disminuían la hinchazón del intestino, prevenían los desmayos y *los dolores de las mujeres*. Las raíces eran recomendadas para las enfermedades del hígado, vasos y riñones. Cocida en leche, era administrada en los espasmos, o dolores de gota o espaldas³.

Hay referencia a la preparación de elaterios, medicamento con base en la semilla del pepino bravo¹ con el cual hacían un remedio que provocaba el vómito.

Se usaban mucho el vino y el vinagre en la medicina. Plinio refiere que algunos pueblos utilizaban el vino con fines diferentes, ya que este tenía propiedades diferentes, dependiendo de quien lo ingiriera. Podría adormecer o despertar. El vino, en la mujer, aumenta la fertilidad, mientras en el hombre podría provocar la rabia. Infusiones de vino y vinagre eran usadas contra las picadas de animales como el escorpión. Con el vino hervido hacían diferentes tipos de jarabe. *En algunos lugares cuezen el mosto hasta que se haze arrope*¹.

Plantas, como la cebolla, además de ser utilizadas en la alimentación, eran también utilizadas para fines terapéuticos. Algunos pueblos les reconocían propiedades que

alejaban determinados males, o potenciaban determinadas *virtudes*⁴. Plinio, hablando de Orfeo, señala la virtud de *hacer amar*¹. La cebolla, con su olor, también causaba las lágrimas, pero aclaraba la visión¹. Podía también provocar el sueño o sanar heridas de la boca cuando se comía con pan¹. Verdes, untadas con vinagre o vino seco y miel, eran utilizadas para la mordedura de los perros. Mezclada con vinagre y alecrín, sanaban las heridas del rostro¹. Plinio refiere la escuela de Asclepiades, donde recomendaban comer diariamente cebolla en ayunas para mantener una buena condición de salud y un color saludable. Era también recomendada para el buen funcionamiento del estómago y del intestino. Su jugo, juntamente con el jugo del hinojo, combatía el estado inicial de las cataratas y la angina. Mezclada con ruda y miel, era benéfica para los letárgicos¹. Tomada con vinagre y miel, expelía los parásitos intestinales¹. La miel era muy usada en la preparación de remedios, y por ese motivo era necesario tener cuidados especiales con las colmenas¹.

Muchas plantas eran usadas para preparar el estómago y aumentar el apetito. La **chirivía** o pastinaca era una raíz usada en la alimentación del pueblo griego. Durante mucho tiempo la **chirivía** ocupó el lugar de la batata en diferentes pueblos de Europa. Se asemejaba a la zanahoria, aunque tenga un color más pálido y sabor más intenso. Su cultivo remonta a tiempos antiguos en Eurasia, territorio entre Europa y Asia.

Plinio describe las propiedades del ajo y del puerro y sus indicaciones contra varias enfermedades¹. El ajo cocido en vinagre melado expelía todos los vermes. Cocido con miel y después machucado, ayudaba a sanar las postulas. Cocido en grasa de aves o leche, aliviaba la tos. Asado y mezclado con miel y después aplicado sobre la piel macerada, aliviaba el calor. Habla de las propiedades terapéuticas de otras plantas y modo de aplicarlas. Por ejemplo aplicar lechuga con miel y vinagre sobre el vientre ayudaba a eliminar las *cosas danosas de las tripas*¹.

La carne presentaba varios beneficios. Hace referencia a la carne de venado, ingerida diariamente por la mañana por las mujeres, ya que evitaba que surgieran las enfermedades, como las *calenturas*¹. De la vesícula *fel* mezclada con gordura del gato salvaje (especie que vivía junto al río Tajo) era usado con grande eficacia en el mal de la gota¹.

Realzaba que la carne de venado tenía varios beneficios para la salud: asada o cocida, y después ingerida, protegía de la lepra y de las llagas pulmonares. De la sangre hacían un potente hidromel, utilizado en gargarismos, contra la ronquera¹. Plinio menciona varios autores que recomendaban, para los enfermos epilépticos, la ingestión de pescado y cetáceos¹. La grasa o *unto* del salmón era aplicada en los dolores de oído¹.

Pone de relieve las propiedades terapéuticas de la leche de burra y de vaca, y la ingestión de carne de vaca cocida y misturada con vinagre y vino para atenuar la incomodidad del estómago¹. Las salsas a base de especiarías *activaban la digestión*, o podrían también aliviar los estreñimientos. Algunos componentes de animales o vegetales presentaban propiedades laxativas o indicaciones en las enfermedades del tracto gastrointestinal.

Con la expansión del imperio romano aumentaba la relación con el Oriente y, de este modo, el dominio del comercio de especiarías, tales como la pimienta, canela, nuez-

moscada y azúcar² que circulaban por toda Europa por las múltiples calzadas romanas, por ellas construidas. Si la agricultura fue la principal fuente de riqueza del Imperio Romano, el comercio tuvo, también, gran importancia⁴.

CONCLUSIÓN

Los romanos, con su ideología expansionista, contribuyeron para la miscelánea de usos y costumbres locales del vasto territorio conquistado, incluyendo la dieta alimentaria³. Sus influencias se dejaron sentir un poco por toda península Ibérica, ya que este fue un pueblo que conquistó un vasto territorio. Alimentos, tales como: vino, aceite, cereales o incluso pescado en salmuera o garo fueron comercializados y transportados a largas distancias en ánforas de barro.

En esta obra Plinio refiere diferentes autores eruditos, particularmente griegos, tales como Hipócrates, Heráclides y Diocles, así como otros no eruditos, considerados de pueblos bárbaros, ambos eruditos y no eruditos de diversas áreas de conocimiento, como medicina, filosofía, astrología, entre otras. El interés de esta obra está, en primer lugar, en que ella es una fuente extraordinariamente importante de información reveladora de las prácticas de alimentación. Empezando por las características de los animales y plantas, indica los que entraban en la alimentación, como los confeccionaban de modo a obtener beneficios para la salud o como los utilizaban con fines terapéuticos.

Esta es una obra que revela cuidado con detalles prácticos, particularmente los relacionados con la preparación de remedios y medicinas caseras a utilizar en la salud. Es, por eso, una fuente imprescindible y extremadamente valiosa en el ámbito del conocimiento de las prácticas de alimentación y de la salud de los diferentes pueblos del siglo I al siglo XVII a través de las anotaciones de Huerta.

REFERENCIAS

- 1) Huerta GD. Historia natural de Cayo Plinio segundo traducida. Madrid: Luis Sanchez, impressor del Rey N.S; 1624.
- 2) Comis, L. Th y archaeology of taste: Gargilius Martialis's Garum. ITEMS, 33-38. Española, R. A. Diccionario de autoridades. Tomo V. Madrid: JdeJ Editores; 2009.
- 3) Tannahill, R. (1998). The silent centuries: in: Food in history. New York: Three River Press; 1998.
- 4) Machado AR. Livro em que dá relação do que viu y ouviu no Oriente Duarte Barbosa. Lisboa: Agência Geral das Colónias; 1946.

ALTA EDAD MEDIA, SIGLOS V-X: SALUD Y CUIDADOS REALIZADOS EN LA CULTURA ÁRABE

HIGH MIDDLE AGE, CENTURY V-X: HEALTH AND CARES REALIZES IN THE ARAB CULTURE

Patricia Domínguez Isabel

Universidad de Castilla La Mancha
Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia

Azucena Elena Hernández

Universidad de Castilla La Mancha
Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia

Sara Fernández Arroyo

Universidad de Castilla La Mancha
Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia

PALABRAS CLAVE: Cuidados árabes, Médicos árabes, Hospitales árabes, Matrona árabe.

KEY WORDS: Arab care. Arab doctors, Arab hospitals, Arab Midwife.

RESUMEN: Los árabes seguían unas pautas en la práctica de la medicina y en lo referido a la higiene, referenciándose en el Corán. Lo importante para ellos era el bienestar de la persona enferma; dividiendo en tres doctrinas el concepto de salud, estas eran: fisiología, patología y terapéutica. Avicena y Rhazes destacan en esta época. La tabiba era la mujer que se dedicaba a la práctica médica y la curación de enfermos; las mujeres solo atendían a mujeres. Otro papel importante de la mujer era el de la matrona, llamada qabila. Había tres tipos de hospitales: Europeo, maristán islámico y moderno.

ABSTRACT: The Arabs followed instructions in the practice of the medicine and in what hygiene referred, according to the Koran. The important thing for them was the well-being of the sick person; dividing in three doctrines the concept of health, which were physiology, pathology and therapeutics. Avicena as Rhazes, stands out in this epoch. The tabiba was the woman who work to the medical practice and the patients' treatment; the women only were attending by women. Another important role of the woman was being a matron, called qabila. There were three types of hospitals: European hospital, maristán Islamic and modern hospital.

INTRODUCCIÓN

Es necesario e imprescindible andar los pasos que ya hemos recorrido a lo largo de la historia para saber cómo hemos llegado a ser lo que somos hoy, ver cómo hemos evolucionado y averiguar cómo ha ido cambiando todo hasta hoy.

Como vemos siempre la mujer ha estado a la sombra del hombre, y sobre todo lo vemos en el ámbito de la medicina. Los médicos se formaban en instituciones, tales como universidades, hospitales, y tenían todo de forma muy documentada, destacan en esta época los nombres de Averroes, Albucasis o Avicena. Por otro lado, encontramos la figura de la mujer árabe que apenas tiene documentación recogida, ya que no tenían permitido escribir libros. El conocimiento se transmitía de mujer a mujer y destacamos la figura de la qabila y tabiba.

La qabila destaca en el periodo de Al-Andalus como asistentes de los partos. Y la tabiba, eran mujeres de médicos más cualificadas que llevaban a cabo la curación, de las cuales se ha encontrado escasa información.

El objetivo para realizar este trabajo es describir los conocimientos generales en cuidados realizados por los árabes de la alta edad media.

METODOLOGÍA

Este trabajo es un estudio histórico descriptivo, por tanto, nos referiremos a todas aquellas informaciones que aportan conocimiento, directo o indirecto, sobre lo acontecido durante ese período. Las herramientas utilizadas para llevarla a cabo han sido algunas de las bases de datos suscritas por la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM). Dichas bases de datos han sido: Cuiden, PubMed, Dialnet, EBSCO, CINAHL y la biblioteca virtual Scielo, Digitalia, Ingebook y Academic Research. Como buscadores de internet se utilizó “google académico”. También, se ha consultado manuales en formato físico en la Biblioteca de la UCLM del campus de Toledo, así como de otras Bibliotecas Universitarias como las de Alicante (Universitat Jaume I), Madrid (Universidad de Alcalá) (Universidad Complutense de Madrid), Universidad de la Rioja y congresos nacionales en formato digital. Se limitó a publicaciones de carácter científico y se encontraron artículos de revistas y de bases de datos, sedes webs de sindicatos y colegios de enfermería, escritas en lengua inglesa, portuguesa o española y a texto completo. Se seleccionaron documentos publicados entre el 2010 y el 2017, pero debido al gran interés del tema de estudio, se eligieron ciertas publicaciones anteriores al año 2010. Se utilizó lenguaje natural libre, combinado con operadores booleanos (“y/and”, “o/or”, “no/not”).

RESULTADOS

La Alta Edad Media es el periodo histórico que viven Oriente Medio y Europa desde la caída del Imperio Romano de Occidente en el año 476 d.C. hasta el año 1000 aproximadamente, naciendo a partir de entonces el Imperio Romano de Oriente. En este período los imperios Bizantino, Árabe y Carolingio luchan por el poder. (1)

En la Alta Edad Media, el sistema de gobierno existente era el feudalismo. La economía se basaba en la agricultura, el tratado de las tierras y la cría de animales. (2)

La cultura estaba fuertemente influenciada por la Iglesia, imponiendo su doctrina y rigiéndose por las Sagradas Escrituras. (3)

Fuera de las fronteras del Imperio vivían los Bárbaros quienes protagonizaron las invasiones del siglo V aprovechando la debilidad del Imperio, produciéndose migraciones masivas de dichas poblaciones, desapareciendo a principios del siglo VI el Imperio Romano y apareciendo el Reino Visigodo. En el año 693 la peste produjo una gran mortandad generando una gran crisis en el Reino y el enfrentamiento de dos familias de la nobleza visigodas, los Chinvasdinto y los Wamba, desencadenando una guerra civil, propiciando la invasión de Hispania por los musulmanes. (4)

SALUD Y CUIDADOS EN LA CULTURA ÁRABE

Los árabes se regían por la "medicina del profeta" siguiendo unas normas dietéticas plasmadas en el Corán, así como pautas de higiene. Tenían en alta estima en el bienestar del paciente.

Los musulmanes dividían en varias doctrinas el concepto de salud diferenciando entre fisiología, patología y terapéutica. (5)

La fisiología es la ciencia que estudia todos los conocimientos relacionados con las funciones de los seres orgánicos.

Luego la patología era la ciencia que estudia el progreso de las enfermedades que afectan al ser humano en los tres niveles (bioquímico, funcional y estructural).

Y la terapéutica hace referencia a la ciencia que se encarga de los medios de curación de enfermedades. La podemos dividir en tres niveles: dietética, farmacología y cirugía. (6)

Cada vez que se ejercía algún tratamiento o práctica en la medicina árabe se seguía un orden cronológico obligatorio. Había que empezar con la alimentación, ya que se entendía que los alimentos si se utilizaban de forma adecuada prevenían la enfermedad; En el caso de que no funcionaran los alimentos se recurre a las plantas medicinales. El siguiente eslabón de la cadena se continuaría con fármacos y como último recurso la cirugía, la cual engloba otros aspectos como la astrología, magia, higiene, y emociones. (7)

El tabib al-Ruhawi, indica que el estado de salud del paciente depende de la cooperación de tres personas: el médico, paciente y otra tercera persona que podía ser una enfermera. (7)

PAPEL DE LA MUJER (PARTO Y CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO)

La mujer se encargaba del cuidado de los hijos y se iniciaban en el trabajo entre los seis y trece años.

La mayoría de las mujeres musulmanas con formación cultural la adquirían en el ámbito familiar, otras eran enseñadas aparte por tutores privados, con frecuencia en sus casas siendo entrenadas algunas de ellas como enfermeras, comadronas y ginecólogas. (7)

QABILA (Matrona)

La qabila fue la matrona hispano-árabe Al-Andalus del siglo VIII. Por su condición de mujer no escribió libros sino que transmitió sus conocimientos oralmente; asistió partos

eutócicos (parto normal que se produce al terminar la gestación) y distócicos (parto que se produce cuando hay complicaciones que requieren de intervención médica).

La qabila reunía una serie de características que debía cumplir “ser cuidadosa y de modos suaves, tener instrumentos y conocimientos amplios, gran experiencia y práctica en mujeres, y poseer las uñas cortas para recibir al recién nacido”.

No hay documentación de instituciones donde se adquirirían su formación. Las fuentes históricas nos revelan que las enseñanzas de estas se transmitían de mujer a mujer, de madre a hija o de profesional a profesional. Y estas enseñanzas estaban basadas en la observación, en la escucha y la adquisición de destrezas de manera progresiva.

Durante la dilatación de la parturienta se aconsejaba que paseara y se atendía al feto en posición vertical.

En el parto utilizaba maniobras suaves y cuando había retenciones placentarias realizaba extracciones manuales.

En los cuidados del recién nacido no incluía el contacto precoz ni la toma de calostro.

La alimentación que se le aconsejaba a la mujer que acababa de dar a luz eran plantas medicinales y fármacos.

La qabila empleaba todas las técnicas, conocimientos y medidas que disponía con el objetivo de conseguir que el parto finalizase correctamente. (7)

TABIBA

La tabiba era la designación que tenían algunas mujeres que no se sabe cómo llegaron a adquirir la formación de médico, ya que las mujeres tenían prohibido una educación académica. Se cree por los registros históricos que estas mujeres consiguieron esta educación por el ámbito familiar. Detrás de estas mujeres se encuentran un padre de prestigio intelectual. (8)

La tabiba era la mujer que llevaba a cabo la curación, y se distinguen tres tipos de personas en el arte de la curación: Aquellos con educación académico, teórica y práctica (tabib, tabiba), Médicos prácticos experimentales donde destacan mujeres ancianas que aplicaban medicina popular; curanderos y charlatanes sus ganancias fueron denunciadas por importantes médicos.

Los tabib podían adquirir su formación en hospitales, escuelas médicas privadas o tutorías privadas. (8)

MÉDICOS DESTACADOS

AVICENA (980-1037 dC)

Avicena nació en agosto del año 980 d.C. en la villa persa de Kharmaitan o bien en Afsina, ambas cercanas a la importante ciudad de Bukhara. Era hijo del gobernador de su pueblo natal y desde pequeño dio muestras de su gran talento.

Nunca salió de Persia pero cambiaba constantemente de residencia. En Gurgan, abrió una escuela pública donde comenzó la redacción de su texto más famoso, el Canon de Medicina. Dicha obra le dio renombre universal y sirvió de texto para muchas escuelas de oriente y occidente durante varios siglos.

En el último viaje que hizo en su vida sufrió un cólico severo y por la necesidad de una rápida curación, se administró varias dosis de los medicamentos que existían para el caso y continuó atendiendo él mismo.

Finalmente, el llamado “príncipe de los médicos” murió en la ciudad de Hamadhan, donde fue sepultado a mediados del año 1037 d.C. a los 57 años de edad. (9)

RHAZES (865-925 d.C.)

Abu Bakr Muhammad ibn Zakariyya al-Razi (865-925) nacido en Ray, una ciudad al sur de Teherán.

Es uno de los médicos científicos más destacados de la edad de oro. Construyó un moderno hospital en Bagdad y estableció para el tratamiento de enfermedades mentales, una sección exclusiva dentro de este hospital.

Creó salas especiales para los pacientes con el fin de poder formar mejor a sus alumnos y también incluyó un sistema de rotaciones que incluían varias sesiones con estudiantes con diferentes niveles de experiencia, parecido al moderno MIR. (10)

Dos de las obras médicas más importantes que se han conservado son, Kitab al-Mansuri (manual conciso de ciencias médicas) y Kitab al-Hawi (un libro de texto integral de la práctica médica y tratamiento). El Kibat-col-Hawi es un conjunto de 26 libros sobre diferentes temas médicos, incluyendo sus propias observaciones y casos (alrededor de 900). Los primeros libros se ocupan de los trastornos neurológicos como: convulsiones, vértigos, parálisis, trastornos del nervio ciático, etc. Muchos escritos, pueden servir de inspiración en el campo de la neurociencia. (11)

CONCLUSIÓN

Con esta pequeña investigación nos hemos acercado más a la cultura árabe y a la salud salud. Hemos analizado las figuras importantes relacionadas con la salud y la enfermedad.

Hemos ido indagando hacia nuestros orígenes dentro de esta cultura para acercarnos a la figura de la enfermera árabe, e intentar conocer la realización de curas, y sobre todo resaltar el papel de la mujer en la época árabe.

Nos llamó la atención de la tabiba, mujer de la que se sabe poco, pero que tenía grandes conocimientos; y la qabila, sus aplicaciones en el parto, así como la importancia que su rol desempeñaba en esta sociedad estudiada y que fue importante también en la

asistencia al parto de otras culturas. Debido a la escasa documentación existente acerca de los cuidados realizados por la mujer árabe, nos ha parecido de gran valor la documentación encontrada al respecto, ya que como bien venimos describiendo a lo largo de la investigación, no se recogía información escritas de las mujeres, solo en caso de que lo escribiera un hombre sobre el papel, quedaba constancia de las funciones que desempeñaban estas mujeres.

También describimos a Avicena como a Rhazes ya que vemos que su paso por la medicina dejó muchas aportaciones y descubrimientos importantes y que algunas se siguen utilizan hoy en día.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prof. Dr. Manuel Amezcua. Evolución histórica de los cuidados. Teorías y Modelos. [monografía en Internet]. Granada. Facultad de Ciencias de la Salud; 2014[acceso 3 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://index-f.com/gomeres/wp-content/uploads/2014/10/Tema-3-Edad-Media.pdf>.
2. Hélène Barnier, Percepciones sobre el mundo árabe. Edición: María Gilabert. Madrid, 1997. Disponible en: <http://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Unidades%20Did%C3%A1cticas/BARNIER,%20H%C3%AAl%C3%A9ne,%20Percepciones%20sobre%20el%20mundo%20%C3%A1rabe.pdf>
3. Alexander A. Vasilev. Historia del Imperio Bizantino. Edición Electrónica. Madrid: Hilario Gómez; 2003[acceso 3 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://93.189.95.150/sites/default/files/libros/Historia del Imperio bizantino - Tomo I.pdf>.
4. Arnádez, R: La ciencia antigua y medieval: de los orígenes a 1450. Ed. Orbis. Barcelona 1998.
5. Samsó, J: Las ciencias de los antiguos en Al- Andalus. Mapfre. Madrid 1992.
6. José Siles González. Historia de la enfermería. Ed. Difusión Avances de Enfermería. S.F
7. Jiménez-rolan, M.F., Álvarez-Galeno, M, Monroiz-Pérez, R.E. , Sánchez-Calama, A.M, Torralbo Higuera, A, Angulo-Concepción, M.B, la qabila: historia de la matrona olvidada de Al-Ándalus (siglos VIII-XV), *Matronas Prof.* 2014; 15 (1): 2-8. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/es/ibc-124647>
8. Luisa F. AGUIRRE DE CÁRCER. Sobre el ejercicio de la medicina en al-Andalus: una fetua de Ibn Sa'ii. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/ANQE/article/viewFile/ANQE9191110147A/4032>
9. Ocampo J. Avicena: Médico árabe medioeval. *An Fac Med.* 1999;60(4):298-303.
10. Mohamad M, Alireza Mehdizadez, Arman Zargarán, Abdolali Mohagheghzadeh. Rhazes (865-925 AD). *J Neurol.* 2012;259(5):1001-1002. DOI: 10.1007/s00415-011-63
11. Pérez, A. D. (1995). La medicina del Islam: la práctica de la traumatología en el mundo árabe. In V Semana de estudios medievales: Nájera, 1 al 15 de agosto de 1994 (pp. 255-261). Instituto de Estudios Riojanos. Disponible en: [file:///C:/Users/Patri/Downloads/Dialnet-LaMedicinaDelIslam-554276%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Patri/Downloads/Dialnet-LaMedicinaDelIslam-554276%20(1).pdf)

ENFERMERÍA EN LA EDAD MEDIA

NURSING IN MIDDLE AGES

M^a de los Ángeles Molina Hernando

Universidad de Salamanca, Escuela de Enfermería y Fisioterapia

Milagros Arbe Ochandiano

Universidad de Salamanca, Escuela de Enfermería y Fisioterapia

J. Carlos Martin Corral

Universidad de Salamanca, Escuela de Enfermería y Fisioterapia

PALABRAS CLAVE: Historia, Enfermería, Edad Media.

KEY WORDS: History, Nursing, Middle Ages.

RESUMEN: El objetivo de esta comunicación es conocer los antecedentes históricos de la Enfermería en la Alta y Baja Edad y la competencia de los diferentes gremios dedicados al cuidado de los pacientes. Se han tomado como fuentes diferente bibliografía relacionada con el tema. En cuanto a la metodología utilizada, se trata de un estudio de investigación histórica.

Se presentan los resultados de una pormenorizada revisión de las etapas de Colliere en el periodo histórico mencionado.

Podemos concluir afirmando que los diferentes medios dedicados a los cuidados en la Alta y Baja Edad Media han evolucionado progresivamente, influyendo notoriamente en los cuidados profesionales de Enfermería actuales.

ABSTRACT: The purpose of this communication is to know the historical background of Nursing in the High and Low Middle Ages and the competence of the different guilds dedicated to the care of patients.

Different bibliographies related to the topic have been taken as sources. As for the methodology used, this is a historical research study.

The results of a detailed review of the stages of Colliere in the mentioned historical period are presented.

We can conclude affirming that the different means dedicated to the care of the high and Low Middle Ages have evolved progressively, influencing notoriously in the current professional nursing care.

INTRODUCCIÓN

La evolución de Enfermería a lo largo de la Historia está incluida en la Universidad, en el Grado de Enfermería, en la asignatura de **Fundamentos de Enfermería I**.

El concepto Cuidar ha evolucionado en un contexto Sociocultural a lo largo de la Historia Universal. Cuidar es una actividad que ha existido de forma peculiar desde las civilizaciones antiguas hasta nuestros días, todo con un afán de supervivencia de vida, de seguridad, de dioses..., con todo ello comprobaremos que el ser humano siempre ha sido <<Cuidador>>, independientemente del género.

Un recuerdo histórico de la **“No Enfermería” en La Edad Media** (siglo V al XV), **Época Oscura de la Enfermería**. Y el impacto significativo y negativo de esta época en la historia de Enfermería.

OBJETIVOS

A.- Conocer los antecedentes históricos de la Enfermería en la Alta y Baja Edad Media y las competencias de los diferentes gremios dedicados al cuidado de los pacientes.

B.- Recordar, reflexionar y analizar los distintos momentos y circunstancias por las cuales, los que <<Cuidaban>> han pasado a lo largo de la Historia Universal.

C.-Contribuir y aproximar al conocimiento de la Historia de la Enfermería,

FUENTES

Revisión bibliográfica relacionada con la Enfermería en la Edad Media. Apoyados y complementados, por revisiones de documentos históricos.

Analizando lo *“antiguo”* del Cuidado, con los Cuidados de Salud *“actuales”*, basados en la Evidencia, como práctica habitual de Enfermería y todo en relación a la vida y la muerte del ser humano.

El papel tan significativo que Enfermería ha tenido y tiene ante la demanda de la sociedad.

METODOLOGÍA

A través de este estudio de investigación Bibliográfico-Histórica, se demuestra que los <Cuidados> que se prestaban en la **Edad Media difieren** mucho de los Cuidados Profesionales actuales.

Recurrir al método bibliográfico para acercar el mundo pasado al presente, de manera individual y comunitaria, de los <<Cuidadores anteriores>> con los <<Cuidadores Profesionales de Enfermería actuales>>. Todo dentro del contexto humanitario de esta profesión.

RESULTADOS

LOS ORÍGENES DE LA ENFERMERÍA EN LA EDAD MEDIA

Está en la propia humanidad. La **Edad Media** tiene un retroceso en todos los aspectos de la vida **“Etapa negra de la Historia de la Humanidad”**. (Siglos V/XV). Caída de Roma

(476), hasta la Caída de Constantinopla (1453). Con guerras, invasiones, epidemias y destrozos naturales, y una destrucción política, social importante, existiendo un estancamiento cultural y técnico.

El Cristianismo empujó y obstaculizó a la vez el desarrollo de los "Cuidados" con una cierta identidad. Las personas dedicadas al cuidado adiestradas en la "*docilidad, pasividad, humildad, desprecio total a sí mismo y obediencia al Sacerdote y al Médico*". Se olvida el criterio individual del cuidador así como la responsabilidad personal para tomar decisiones.

Marie Françoise Colliere (1930-2005) definió y situó dentro de la Historia Universal, en cuanto a la evolución del "**Cuidado Enfermero**" y en relación con el concepto Salud-Enfermedad de cada momento histórico, cuatro etapas de la "**Profesión Enfermera: Doméstica, Vocacional, Técnica y la Profesional**".

La Edad Media comprende Alta y Baja Edad Media. Colliere la incluye dentro de la **Etapla Vocacional del Cuidado**.

Enfermedades recogidas: escrófula, hernias, forúnculos, exantemas, abscesos, contagiosas como la tiña, sarna, ergotismo, viruela, fiebres peste y ántrax, accidentes, caídas, fracturas, mordeduras, y golpes; afecciones respiratorias, dolencias reumáticas, gotosas, y del estomago, hambruna, enfermedades psiquiátricas, neuropatías.

El diagnóstico se basaba en la sangre, el esputo y la orina.

La enfermedad y la muerte enviadas por Dios. La enfermedad como pecado y la curación como intervención divina. La superstición, misticismo y la fe se relacionaron con "Santo-enfermedad" y "Santo-curador".

Remedios documentados, decir entre otros: los jarabes, pociones, infusiones, aceites, pócimas electuarios, píldoras, esencias, julepes, fomentos, cataplasmas, polvos, colutorios, supositorios, afrodisiacos, antídotos, sudoríficos, colirios, decocciones, emplastos, sangrías, trociscos, epítemas, triacas.

Los fármacos más frecuentes hechos con plantas, hojas, tallos, cortezas y raíces, (zarzamora, orégano, salvia, miel, cola de caballo, verbena, muérdago, ajo, acedera...); igualmente utilizaron remedios con piedras curativas, como rubís, turquesas, jaspes, esmeraldas, sal, amoníaco, plomo, mercurio, azufre, etc...

Los compuestos los recetaba el médico o el físico, los preparaba el boticario y los administraban los <<cuidadores>>.

Figuras y estamentos: Órdenes Religiosas, Órdenes militares, Órdenes Seglares, con personas dedicados al cuidado como: Caballeros, sacerdotes, cofradías fundaciones reales, médicos, cirujanos, físicos, boticarios, parteras, sangradores, hospitaleros u hospitaleras, como componentes de la medicina popular, barberos, sanadores y curanderos, charlatanes.

Distintos grupos de médicos: clérigos, judíos, militares, musulmanes, de cámara, libres, municipales, con distintas tendencias terapéuticas, según su procedencia (Escuela de Galeno, de Santa Hildegarda en los monasterios).

Órdenes Militares de los Cruzados, entre otras: los Caballeros Hospitalarios de San

Juan de Jerusalén (S.XI, Italia), mas tarde Caballeros de Roda, Malta y Templarios. En Alemania (S.XII), la Orden de los Teutónicos.

Órdenes Religiosas (mendicantes), Orden Franciscana de S. Francisco de Asís 1182 con: O.de los Frailes Menores, O. Clarisas Pobres, O.de los Terciarios (gran progreso en la Enfermería, con St. Isabel de Hungría y St. Catalina de Siena).

Órdenes seglares Femeninas, casi religiosas, secularización de los cuidados; Hermanas del Hotel –Dieu de Paris (S. VII S. Agustín), Hermanos Hospitalarios de S. Antonio (S.XI), “las Beguinas” (María de Ogines 1184, Lambert Begue) han pasado por varias etapas dentro de su historia, vestían de gris, vivían cerca de los hospitales y leproserías. Labor de cuidar de pobres y enfermos, tanto en hospitales como en las casas. (Clemente V en el concilio de Viena 1311, las controló).

Grupos numerosos y divergentes, con gran variedad de remedios aplicados, con cuidados primitivos en cuanto a formas, y objetivos diferentes de la cura ya sea del cuerpo o del alma.

La lucha contra la enfermedad se llevó en tres medios: empíricos, creenciales y técnicos, asociando magia y religión (exorcismo, poder curativo de las reliquias). Teoría Humoral y Galénica. El tratamiento sobre el principio “contraria-contrariis” (sangrías, dieta, purga y drogas).

Estructura social: En la Alta Edad Media, Feudalismo, Monasticismo y el Islamismo (570). Desaparecen los esclavos y surgen los pobres. Los privilegiados (Bellatores, Señores y Oratores) y no privilegiados (Laboratores). La economía en España precaria gente humilde, con altos tributos a los Señores Feudales. En la Baja Edad Media crecimiento de las ciudades Burgos, nueva clase social la burguesía, expansión de Europa, guerras las Cruzadas.

Primeras Universidades: Salerno (S.X), Paris y Oxford. 1453, invención de la imprenta Gutenberg, fin de la Guerra de los 100 años, caída del imperio Bizantino. Conocimientos teóricos sin avanzar. Sixto IV autorizo las disecciones. En 1492 descubrimiento de América. Primeros transportes de heridos y enfermos.

En la Edad Media “No existen funciones de Enfermería definidas” como tal, las diferentes tareas o funciones a realizar por los que <<“Cuidaban”>>, estaban hechas y dirigidas por los monjes, ayudantes, médicos o por los hospitaleros.

MARCO DE ATENCIÓN AL ENFERMO EN LA EDAD MEDIA

Asistencia doméstica, actividades variadas, relacionadas con los cuidados y necesidades básicas de alimentación, eliminación, higiene, así como las derivadas del tratamiento médico, preparar y administrar unturas, cataplasmas, baños y otros como la importancia en dar tranquilidad y paz y fortalecer la mente (hablar de lo divino y lo humano).

En la Época Medieval la población tenía cubierta sus necesidades básicas y de asistencia espiritual (capellán) gracias a la caridad cristiana y a las instituciones públicas, más los médicos y los cirujanos solo eran asequibles a las clases privilegiadas.

Atención viaria. Atención jurídica. Seguridad en el camino de Santiago, para facilitar la

afluencia de peregrinos. “*Partidas y fueros*”. Se creó el Derecho Internacional protector del peregrino. Atención hospitalaria.

Monasterios Hospital, deriva de *hospes* significa “*huésped el que viene de fuera*”, el peregrino al que daban hospitalidad, la peregrinación le sacralizaba. La casa que servía para recoger a pobres, huérfanos, peregrinos y enfermos hasta recobrar la salud o encontrar la muerte. Construidos junto a monasterios, iglesias o catedrales.

Instituciones caritativas, los que se dedicaban al cuidado de los enfermos son religiosos, religiosas y personas laicas de sentir religioso que practicaban la caridad cristiana al necesitado y al desvalido. La clase alta atendidos en sus domicilios.

Los médicos, cirujanos y boticarios, defendían sus intereses en cofradías. Transición de la medicina monástica a laica. (COE, en “*Sociología de la Medicina*”, dice: << los hospitales medievales se concebían como instituciones para la práctica de la caridad y no como lugares de curación ,por lo que se daba acogida, no solo a enfermos, sino a todo ser humano necesitado de alojamiento>>).

Importantes hospitales, Lyon (542), Paris (651), Roma (717), Londres (936), los Árabes en Alejandría y Damasco. El primer hospital con personal remunerado Bagdad.

En los conventos, Monjas Enfermeras sin formación, con una gran responsabilidad en la salud. Con funciones de toma de pulso, analizar la orina, diagnosticar, administrar medicamentos. Comadronas con formación de un año, problemas ginecológicos y partos.

En la Baja Edad Media se construyen grandes y preciosos Hospitales. Organización Gremial y jerárquica, división del trabajo, con pensamiento cristiano, importancia de los uniformes, sistema de calefacción, lavandería y cocinas. Escasa formación, de los cuidadores, enfermos sucios, hacinados y mal alimentados.”**Época Oscura de la Enfermería**”.

CONCLUSIONES

Podemos concluir afirmando que los diferentes medios dedicados a los cuidados en la Edad Media han evolucionado progresivamente, influyendo notoriamente en la profesión de Enfermería actuales. Destacar:

No existían actividades ni funciones de Enfermería definidas como tal. En la actualidad las **funciones definidas de Calidad, Autonomía y Legislatadas**. Están amparadas por los Colegios Profesionales, Asociaciones nacionales de Enfermería (ANE) y el Consejo Internacional de Enfermería (CIE).

Las guerras a través de los tiempos han influido mucho en el factor de cuidar, vemos los continuos cambios, “**adaptándonos Enfermería**” a las necesidades del <<Cuidado de la sociedad>>, y el papel tan relevante que tiene dentro de ellas.

En la Baja Edad Media diferentes gremios y definición de funciones del colectivo sanitario, médicos, cirujanos y boticarios. La Enfermería no reconocida como oficio ni profesión. (Se denominaba Enfermera a la persona que asistía a otra persona, ya fuera niño, enfermo o pariente anciano). No existían asociaciones ni cofradías. Hoy día estamos amparados por “**Enseñanzas Regladas, Enfermería como Profesión y Disciplina con Leyes propias**”.

El Cuidado en los Hospitales en la Edad Media unido solo al concepto de caridad mendicalizada, no al de Profesión humanitaria. Hoy estamos en la **Etapa Profesional de la Enfermería**. En un marco Universitario con Estrategias de *Promoción de la Salud y la Prevención de enfermedades y no solo del <<Cuidar a individuos y colectivos>>*, con una metodología de investigación y todo basado en la evidencia.

Fue la mentalidad de la sociedad la que asoció “mujer y cuidar” como condición femenina, mas se ha visto que no pertenece a ningún género.

Afirmando pues que los diferentes medios dedicados a los <<Cuidados en la Edad Media>> han evolucionado progresivamente, influyendo notoriamente en los Cuidados Profesionales de la Enfermería actual. Con una autoridad legal que regula su práctica profesional y en un campo de actividades propios, y una formación Universitaria de Grado de Enfermería.

“Los retos que los Profesionales de Enfermería seamos capaces de afrontar, nos dará el futuro de la Enfermería”.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Siles J. “Historia de la Enfermería”. Colegio Oficial de Enfermería de Alicante y Editorial Aguaclara, colección Amalgama 1999.
2. Siles J. “Historia de la Enfermería”. Difusión Avances de Enfermería (DAE, S.L.) 2011.
3. IV Congreso Nacional de Historia de la Enfermería, Gijón, “La Enfermería en las Rutas Jacobeas: Perspectiva Histórica”. Hiades 8, Revista de Historia de la Enfermería 1999.
4. Patricia Donahue, M, PbD, RN. “Historia de la Enfermería” Copyright, The C. V. Mosby Company. Versión Española de la obra original “Nursing, The finest Art. An Illustrated History” .Vol .1, 1985.
5. Martínez Martín ML., Chamorro Rebollo E. “Historia de la Enfermería, Evolución Histórica del cuidado enfermero”, Segunda edición. Elsevier España, SL 2011.
6. Garcia Martín-Caro C., Martínez Martín ML. “Historia de la Enfermería, Evolución histórica del Cuidado Enfermero”. Ediciones Harcourt, S.A 2001.
7. Garcia Barrios, S., Calvo Charro E . “Historia de la Enfermería, textos mínimos”. Tercera edición. Servicio de Publicaciones Universidad de MALAGA 1992.
8. Colliere MF. “Promover la vida”. Madrid: McGraw-Hill 1993.
9. Hernandez Conesa J. “Historia de la Enfermería. Madrid: McGraw Hill; 1995.
10. Parenttini MR. “Historia de la Enfermería”. Uruguay: Ediciones Trilce 2002.
11. Nightingale F. “Notas sobre Enfermería: ¿qué es y qué no es?”. Barcelona: Salvat 1990.



Parte Cuarta

Heurística, Epistemología, Metodología





Capítulo 8

Heurística. Fuentes para la Historia de la Enfermería



DOCUMENTOS PARA LA REGLAMENTACIÓN SANITARIA DEL HOSPITAL DE SAN JOSÉ DE GETAFE (MADRID) EN EL SIGLO XVI

DOCUMENTS FOR THE HEALTH REGULATION OF THE HOSPITAL DE SAN JOSÉ OF GETAFE (MADRID) IN THE 16TH CENTURY

Isabel Portela Filgueiras

Facultad de Ciencias de la Documentación
Grupo de investigación SCRINIUM (UCM)

Susana María Ramírez Martín

Facultad de Ciencias de la Documentación
Grupo de investigación SCRINIUM (UCM)

PALABRAS CLAVE: Hospital San José de Getafe, Reglamentación sanitaria, Visitas eclesiásticas, siglo XVI.

RESUMEN: Se analiza la práctica hospitalaria de una institución asistencial del siglo XVI, el Hospital de San José en Getafe (Madrid), desde una doble perspectiva: administrativa y sanitaria. Se utilizan fuentes archivísticas que se conservan en el propio hospital: el testamento de Alonso de Mendoza y el libro de visitas eclesiásticas desde 1559 a 1616.

El trabajo aborda la fundación de la institución hospitalaria, analiza la información que contienen las visitas eclesiásticas y sistematiza la reglamentación de la actividad asistencial.

KEY WORDS: Hospital San José de Getafe, Health reglamentation, Ecclesiastical visits, 16th century.

ABSTRACT: The hospital practice of a sixteenth-century care institution, The San José Hospital in Getafe (Madrid), is analyzed from a double perspective: the administrative and the health one. In this research are used archival sources that are preserved in the hospital, the will of Alonso de Mendoza and the book of ecclesiastical visits from 1559 to 1616. This paper approaches the founding of the hospital institution, analyzes the information contained in ecclesiastical visits and systematizes the regulation of the care activity.

El Hospital de San José de Getafe

El Hospital de Getafe fue fundado por Alonso de Mendoza; a lo largo del siglo XVI aparece en los documentos denominado indistintamente de San José o de Mendoza. Alonso de Mendoza era hijo legítimo de Rodrigo de Mendoza y de Leonor Núñez del Prado, según consta en el testamento que otorgó ante Jacobo de Prado en la villa de Bonilla de la Sierra en la diócesis de Ávila, el 5 de septiembre de 1507. Hace el testamento en esta ciudad porque era criado y mayordomo de Alonso Carrillo de Albornoz, obispo de Ávila (1496-1514)¹. A su muerte deja como heredero de todos sus bienes al hospital que funda, [...] *e quanto yo posseo e me perteneçe y perteneçer puede en qualquier manera hago hixo y heredero all dicho ospital para que de todos ellos se haga la dicha enfermería que de suso ba declarado e lo que sobrare se sustengan los pobres y enfermos en el hospital o enfermería e se lo mando por este mi testamento e ultima voluntad*¹.

El Hospital se localiza en Getafe ya que era un lugar intermedio en el camino de Toledo a Madrid. [...] *si no bastare la rrenta que tuviere para los curar a lo menos rreçibanlos una noche o dos e llévenlos a costa de la cassa a los ospitales de Toledo o Madrid*¹. El fundador dispuso que *se hiçiesse en la calle mayor cerca de los messones [...] porque siendo como es calle muy passaxera podría acaecer que andando el tiempo algunas personas devotas viéndola bien edificada e con poca rrenta e que esso poco que yo dexo se gastaba bien darían sus limosnas para ayuda a lo suso dicho o por honrra e concordia del pueblo e para ynçitar a los que le vieren que en sus pueblos hagan ottro tanto*¹.

Para su diseño se toma como modelo *una enfermería en san Benito de Valladolid*. Desde su fundación la atención hospitalaria se dirigió preferentemente a los naturales de Getafe y también a los de Pinto y Griñón por ser los lugares de naturaleza de su familia¹.

Las visitas eclesiásticas como fuente de información

La visita era una tradición secular y un procedimiento de control en el antiguo régimen en los territorios de la monarquía católica²⁻³. Se utilizaba en el conjunto de las instancias de la administración pública y en otras instituciones que de alguna manera dependían de la autoridad regia. La monarquía tenía potestad para instar a visitar cualquier tipo de institución, incluso un hospital⁴.

Toda visita dejaba una traza documental como testimonio de su realización. La visita eclesiástica era un documento que se redactaba para dejar constancia de la estancia de un visitador eclesiástico en una institución. La serie documental de las visitas eclesiásticas realizadas en el Hospital de San José de Getafe se conserva completa en la Fundación Hospital de San José. Es una tipología muy rica para nuestra investigación por la información que contiene, ya que proporciona noticias sobre demografía, economía, sociedad, mentalidades...

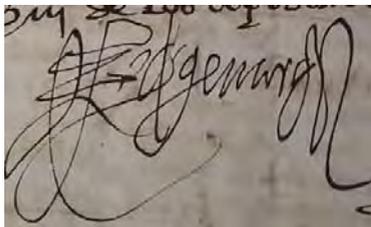
En la visita, el visitador supervisaba, bien directa o indirectamente, el estado de los bienes materiales⁵, el funcionamiento de las instituciones y el comportamiento de los individuos que en ellas servían, redactaba instrucciones para corregir las deficiencias encontradas y vigilaba el cumplimiento de los mandatos de las visitas anteriores, *continuando ssu Vissitaçion el dicho señor Visitador confirmo los mandatos de las visytaçiones pasadas e mando se guarden y cunplan so las penas y çensuras en ellos*

*contenidas*⁶.

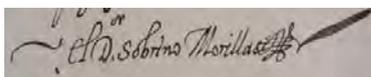
Los visitadores eran fiscales y jueces de una institución, ya que la inspeccionaban y al final pronunciaban sentencia y vigilaban la ejecución. La información que plasmaban en estos documentos variaba en función del grado de precisión que tuviera el responsable de llevar a cabo la visita; la redacción es en tercera persona, lo que dotaba al escrito de mayor objetividad y credibilidad¹.

Todas las visitas eclesiásticas que hemos consultado siguen la misma estructura. Primeramente, encontramos la intitulación completa del que hace la visita. En ella se deja ver la filiación profesional y en calidad de qué realiza la visita, canónigo de Alcalá de Henares, Obispo de... Después aparece la relación del gasto que queda por pagar, que se denomina "de alcance". Así encontramos datos relacionados con las gallinas, el trigo y la cebada de alcance. Después se relacionaban los censos que sostenían económicamente al hospital, es decir, los ingresos con los que esta institución contaba. Más tarde aparecían los salarios, que eran los gastos fijos de la institución. Después de los salarios, se enumeran los gastos extraordinarios, como son aumentos de sueldos, gastos de botica y gastos en reparaciones entre otros. Después de que se han enumerado todos estos elementos figuran bajo el epígrafe de "Mandatos o Mandamientos" las recomendaciones que el visitador, según lo que ha visto, hace a la institución para su mejor funcionamiento y gestión. Y finalmente, aparecen los elementos de validación que dan fiabilidad al documento, como son las firmas y el testimonio notarial.

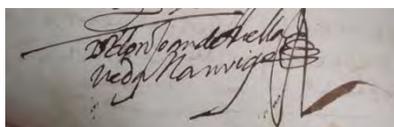
Las visitas no siguen un patrón cronológico determinado. Desde 1559 hasta 1616 hay un total de 33. En época del Doctor Jorge Genzor (1559-1573) el hospital tiene 7 visitas; con el Doctor Castro Nuño de Figueroa (1577-1579) hay dos visitas; con el Doctor Ximénez (1581-1585) hay tres visitas; el doctor Lasso Sedeño realizó una visita en 1586; con el Doctor Valderrama de Tovar (1588-1590) hay dos visitas; con el Doctor Lobo Lasso (1592-1595) hay tres visitas; con el Doctor Sobrino Morillas (1596-1598) hay tres visitas; con el Doctor Pedro González Hierro (1598-1601) hay tres visitas; con el Doctor Juan de Francia Yanguas (1602-1607) hay tres visitas; y, con el doctor Juan de Avellaneda Manrique (1610-1616) hay seis visitas. Las visitas en general se realizaron con un intervalo de entre uno y cuatro años; lo más frecuente eran las visitas cada dos años.

A close-up photograph of a handwritten signature in dark ink on aged paper. The signature is highly stylized and cursive, appearing to read 'Jorge Genzor'.

Firma de Jorge Genzor

A close-up photograph of a handwritten signature in dark ink on aged paper. The signature is cursive and appears to read 'José Sobrino Morillas'.

Firma de José Sobrino Morillas

A close-up photograph of a handwritten signature in dark ink on aged paper. The signature is cursive and appears to read 'Juan de Avellaneda Manrique'.

Firma de Juan de Avellaneda Manrique

De todos los visitadores destacan tres figuras: Jorge Genzor, José Sobrino Morillas y Juan de Avellaneda Manrique. Jorge Genzor es canónigo de San Justo y Pastor de Alcalá de Henares y visitador del arzobispado de Toledo. José Sobrino Morillas era letrado de cámara del príncipe cardenal y su capellán de honor y hermano del obispo de Valladolid Francisco Sobrino⁷. Juan de Avellaneda Manrique fue obispo de Sidonia, del Consejo de S. M. y visitador de Madrid y de su partido.

El proceso de reglamentación del Hospital de San José de Getafe

En el archivo no se conserva ningún documento del siglo XVI que reglamente la organización y el funcionamiento del hospital; lo cual no significa que no exista información sobre estos aspectos en otros documentos como son el testamento del fundador y las visitas eclesiásticas.

Podemos definir dos fases en la reglamentación. Primera, en el momento de la fundación, manifestada en el testamento y una segunda fase con las visitas eclesiásticas. En estos documentos se regulan diversos aspectos: la actividad hospitalaria, el personal y sus funciones, los medios para sostener la institución y la edificación y su mantenimiento⁸.

La actividad asistencial

Desde su planificación, en el testamento de 1507, Alonso de Mendoza define una enfermería con trece camas para pobres, ocho de las cuales serán para hombres y cinco para mujeres y se dispondrán de manera separada¹. A inicios del último cuarto del siglo XVI, se incrementa el número de camas: *treze camas de hombres y otras diez camas de mujeres donde se curan de calenturas*⁹.

Se establece que en el hospital se asistirá a todo tipo de enfermos excepto los que padezcan enfermedad contagiosa¹⁰, como viruela, *buvas e sarna*. Aunque no se conservan los libros registro de enfermos, sabemos que *desde primero de henero de mill e quinientos*

*e setenta y seis fasta primero de abril de mill e quynientos e setenta y siete años çiento y noventa y quatro pobres enfermos y anse curado en el pueblo a pobres adbergonçantes de limosnas deste ospital que se les a dado y aseles dado todas las medicinas neçessarias*¹¹.

Cada pobre tenía asignada una alcoba *todas exentas sin puerta*. Las dimensiones de estas cámaras serían *en ancho de cada una nueve pies e ottros nueve el largo*. De manera que *quede enttre la cama que en ella se hiçiere y la pared quattro pies de ancho all lado [...] e a los pies pueda sobrar, ottros dos pies de anchura para andar allrrededor*. Las trece cámaras estarán dispuestas a ambos lados de un corredor de 17 pies de ancho, con el fin de que *aya mas ayre y este mas desahogada la dicha enfermeria*¹.

Ya desde el momento fundacional del hospital se presta atención a cuestiones relacionadas con la adecuada nutrición de los enfermos¹², y también con la higiene, confortabilidad y seguridad del edificio como son la ventilación, atenuar el ruido o reducir el peligro de incendio¹.

Dentro de cada alcoba habrá una cama, la cual será una *caja de madera* y en un lado tendrá *una tabla con goznes* para que se pueda abrir y permita *ayudar a haçer la cama o ayudar a rrebolber a el paçiente y a apiadarle*. Para comodidad del paciente deberán ser anchas y largas, y *sean de manera encaxadas y con sus aldabas de yerro y estacas rreçias para que se puedan ligeramente deshaçer e sacar al ayre en verano para las linpiar señaladas las tablas cada una cama de su señal porque no se ttruequen y desconçierten*¹.

Gestión administrativa

A la entrada los enfermos pobres quedaban registrados en un libro en blanco, en el que se asentaba el nombre, el día de entrada, la edad y el estado. El rector en cada partida debía consignar los bienes que poseía cada enfermo (dinero, vestidos...). Al final de cada partida se dejará un espacio en blanco para señalar el lugar del entierro en caso de muerte¹³.

A finales del siglo XVI, se decide registrar *adonde se pone el gasto extraordinario el dia y la ora en que enttra y sale el tal enfermo y que el dia propio que se rreçibiere el enfermo el propio dia lo firme el administrador y el medico que da liçençia para que lo rreçiban y lo mesmo hagan el dia que tal enfermo saliere y ansi mismo firmen el administrador y el medico miercoles y sabado de cada semana el gasto que se uviere hecho con los dichos pobres revindolo el medico para ver si se les a dado lo que a mandado y si los enfermos se tratan como conviene*⁵.

Durante la estancia en el hospital, cada enfermo tendrá un registro en la tabla de recetar, [...] que se conpre una tabla de barniz en la qual quando ubiere enfermos asiente el medico lo que hordina para cada enfermo y a que ora se a de dar y en esto se tenga gran cuydado¹⁴. Seguirían el orden según el número de cama asignado, [...] que a cada cama se ponga su numero haciendo quitar los antiguos que no conforman para que por los numeros se pueda conocer el enfermo a quien se an de aplicar las mediçinas. En dicha tabla se hará poner los números de las camas, la comida, medicinas y otros remedios que se han de dar al enfermo¹⁵.

El personal y sus funciones

El hospital estaba dirigido por un rector o administrador que se encargaba de la gestión económica y administrativa y a mediados del siglo XVI adquiere una dimensión pastoral. El mayordomo se encargaba de supervisar la gestión sanitaria.

Las funciones de cada cargo estaban relativamente definidas, aunque en ocasiones dos cargos recaían en una misma persona. Por eso nos encontramos médico y cirujano, barbero y cirujano, enfermero y despensero o enfermero y comprador. El cargo lleva asignado un salario; de mayor a menor cuantía: médico, cirujano, barbero y enfermero. A estos cargos se unía la “tía” o ama y las mozas y/o sirvientes.

Funciones del administrador:

- *Que asista con mucha caridad una vez al día y quando pudiere ser sean dos vezes a consolar y visitar a los dichos enfermos y en speçial a los que sintiere que tienen enfermedad mas peligrosa aconsejandoles y animandoles a que se confiesen y comulguen y hagan las demas diligencias que deben a buenos cristianos de manera que los endereçe y guie por camino de salbaçion. Y que procure mantener la paz y el silencio y anime a los enfermos a que con paçiencia sufran sus enfermedades.*
- *Que no reziba en el dicho hospital pobre ninguno que padezca enfermedad incurable o contagiosa y quando les aya de acudir con mediçinas sea fuera de la dicha cassa o los encamine y guie a los hospitales generales mas çercanos.*
- *Con ayuda del médico, que procuren que las mediçinas y cossas que se gastaren de botica en el sean frescas y bien y fielmente fechas de manera que no se defraude la recepta que el dicho medico diere¹⁶.*
- *Que con todo cuidado y diligencia procure cobrar todas las rrentas devidas y pertenecientes a este hospital¹⁷.*

Funciones del mayordomo:

- *Que asista a las bisitas con el medico y en ellas escriba lo que necesitare asi en rraçon de las comidas como medicinas y otros rremedios en la tabla que para el efecto esta en la enfermería.*
- *Que asista a las comidas y çenas y haga que se den conforme a la tabla.*
- *Que antes que se rrecoxa cada noche visite las enfermerías y la casa para ver lo que es necesario y çerradas las puertas guarde en su poder las llaves¹⁵.*

Funciones del personal sanitario:

- *Que el médico, aparte de las funciones propias de su profesión, ponga el día mes y año que rreçetare las mediçinas para mayor claridad y buena cuenta¹⁵.*
- *Que el barbero/cirujano tenga quenta de trasquilar a los pobres y ayude al medico con los pobres que se curaren de zuruguia¹². Además, está obligado a haçer todas las sangrías y bentossas y las demás cosas de barbero y çurujano que se ofrecieren en el dicho hospital¹⁷.*
- *Que el enfermero y enfermera tengan sus camas a una parte delas dichas enfermerias y duerman todas las noches y de continuo en ellas para acudir a las neçesidades delos enfermos¹⁰.*

CONCLUSIONES

1.- El funcionamiento de la actividad asistencial en el Hospital de San José desde principios del siglo XVI hasta nuestros días da continuidad a la serie documental de las visitas eclesiásticas. En consecuencia, la información que contienen nos ha permitido hacer un estudio diacrónico.

2.- Aunque no se conserva un reglamento del Hospital de San José, su actividad asistencia, su gestión administrativa y el personal que trabajó en él, se pueden reconstruir por medio de la información obtenida a partir del testamento del fundador y del libro de visitas eclesiásticas.

3.- Hay que destacar la figura de Alonso de Mendoza, fundador del hospital, cuyo testamento aporta detalladas informaciones sobre su planificación y mantenimiento; pero deben señalarse también las figuras de los visitantes eclesiásticos, muy especialmente las de Jorge Gensor, José Sobrino Morillas y Juan de Avellaneda Manrique. Las visitas realizadas por estos tres visitantes presentan un notable nivel de detalle y precisión.

4.- Además de la información sobre el funcionamiento del Hospital de San José, esta documentación aporta una gran riqueza de datos sobre temas diversos: demografía, nutrición, toponimia, agricultura...

REFERENCIAS

- 1 Archivo del Hospital de San José en Getafe (Madrid), en adelante AHSJG, Caja 38, *Libro de visitas empezado en el año 1559 a fin del año 1616*, Testamento.
- 2 Gómez, Fray T: *En reino extraño relación de la visita del Real Monasterio de Valldigna. Autobiografía, vida cotidiana y lucha política en la España de Carlos II*. Valencia: Universitat de València, 2007.
- 3 Mora Mérida, JL: "La visita eclesiástica como institución de Indias", *Jahrbuch für Geschichte Lateinamerikas*, nº17, 1980, pp. 59-67.
- 4 Fernández Palazón, JA: *Reflejos sociales del desamparo: la labor asistencial del Cabildo Catedralicio y del Concejo en Murcia (1696-1753)*, Tesis doctoral. Murcia: facultad de Letras de la Universidad de Murcia, 2013.
- 5 AHSJG, Caja 38, Libro de visitas empezado en el año 1559 a fin del año 1616, Visita de 10 de marzo de 1600.
- 6 AHSJG, Caja 38, Libro de visitas empezado en el año 1559 a fin del año 1616, Visita de 28 de mayo de 1561.
- 7 Helguera Gallego, A: *Estudio de materia farmacéutica en la obra de fray Diego de San José*, Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2015, Disponible en: <http://eprints.ucm.es/38718/1/T37562.pdf> [Consultado en enero de 2017].
- 8 García Martínez, AC: "Las constituciones de los hospitales y los cuidados enfermeros en la España de los Austrias (siglos XVI-XVII)", *Erebea*, nº4, 2014, pp. 43-80.
- 9 AHSJG, Caja 38, Libro de visitas empezado en el año 1559 a fin del año 1616, Visita de 30 de noviembre de 1573.
- 10 AHSJG, Caja 38, Libro de visitas empezado en el año 1559 a fin del año 1616, Visita de 28 de agosto de 1596.
- 11 AHSJG, Caja 38, Libro de visitas empezado en el año 1559 a fin del año 1616, Visita de

- 10 de octubre de 1577.
- 12 AHSJG, Caja 38, Libro de visitas empezado en el año 1559 a fin del año 1616, Visita de 4 de diciembre de 1563.
 - 13 AHSJG, Caja 38, Libro de visitas empezado en el año 1559 a fin del año 1616, Visita de 15 de abril de 1595.
 - 14 AHSJG, Caja 38, Libro de visitas empezado en el año 1559 a fin del año 1616, Visita de 19 de mayo de 1602.
 - 15 AHSJG, Caja 38, Libro de visitas empezado en el año 1559 a fin del año 1616, Visita de 9 de noviembre de 1597.
 - 16 AHSJG, Caja 38, Libro de visitas empezado en el año 1559 a fin del año 1616, Visita de 5 de noviembre de 1598.
 - 17 AHSJG, Caja 38, Libro de visitas empezado en el año 1559 a fin del año 1616, Visita de 5 de junio de 1615.

LOS PRACTICANTES EN LA PRENSA. SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX

THE ASSISTANT'S PHYSICIAN IN THE PRESS. 2ND HALF OF THE 19TH CENTURY

Josefa Centeno Brime

Enfermera. Colaboradora del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología y Miembro del Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid
PREMAP, Seguridad y Salud. Madrid

Mónica Álvarez Ruiz

Enfermera. Colaboradora del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid
Hospital universitario central de la defensa Gómez Ulla

Francisca J Hernández Martín

Presidenta del Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid

PALABRAS CLAVE: Practicantes, Prensa, Enfermería e historia.

KEY WORDS: Physician's assistant, Press, Nursing e history.

RESUMEN: El surgimiento de la profesión de practicante se vincula a la Ley de Instrucción Pública de 1857.

Esta profesión que dura apenas un siglo (1857-1953) experimenta, desde el momento de su nacimiento, un ascenso social y profesional en el que tiene un papel decisivo el asociacionismo y la prensa. El objetivo de este estudio es analizar que papel tuvo la prensa en el ascenso social y profesional de los practicantes hasta principios del siglo XX. Es una investigación histórica utilizando como fuente documental la prensa general y siguiendo una metodología de Historia Social.

ABSTRACT: The appearance of the assistant's physician profession is linked to the 1857 Public Instruction Law.

This profession barely lasts a century (1857-1953) and experiences since the moment of its birth, a social and professional ascent in which it has a decisive role in associationalism and in the press. The aim of this study is to analyze the role that the press had in the assistant's physician social and professional ascent till the beginning of the 20th Century. It is a historical investigation using as a documentary source the general press and following the Social History methodology.

JUSTIFICACIÓN

Para entender el origen y el desarrollo de los colegios de Enfermería, es importante hacer referencia al surgimiento de la profesión de practicantes en 1857 con la Ley de Instrucción Pública, a su ascenso social y profesional, a su asociacionismo y organización colegial. Este referente sirvió de modelo para la organización colegial de la Enfermería, ya que ambas fueron consideradas profesiones auxiliares de la Medicina, junto con las matronas.

Esta comunicación lleva por título: Los practicantes en prensa. Segunda mitad del siglo XIX.

El periodo de investigación comprende desde 1857 en que aparece como una carrera con título propio hasta 1903, fecha en que se constituye la Asociación de Practicantes de España con cierta autonomía y nuevas demandas profesionales.

Se trata de una aproximación general al tema, dada la progresiva complejidad del periodo analizado y la ingente cantidad de material hallado.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es analizar a través de la prensa histórica, el ascenso profesional y social de la profesión de practicante, desde su aparición en 1857 con la Ley de Instrucción Pública hasta 1903, año en el que se forma la Asamblea Nacional de Practicantes y se reclama al Ministro de Guerra el acceso de este cuerpo al Ejército.

MATERIAL Y MÉTODO

Esta comunicación ha sido elaborada utilizando como fuentes documentales la prensa histórica general de la Biblioteca Virtual de Prensa Histórica y de la hemeroteca digital Biblioteca Nacional de España. Se trata de una investigación histórica, siguiendo una metodología de Historia Social según señalan Bernabéu Mestre¹ y Tuñón de Lara^{2,3}.

DESARROLLO

El término de practicante, tal y como lo conocemos hoy, aparece por primera vez en la Ley de Instrucción Pública de 1857, donde se señala, en el art. 40⁴:

“El reglamento determinará los conocimientos prácticos que se han de exigir a los que aspiren al título de practicantes”.

El antecedente inmediato de esta profesión es la figura del “*ministrante*” que aparece en Real Orden de 29 de junio de 1846, y unificaba bajo este título, a cirujanos de tercera y cuarta categoría, sangradores, cirujanos sangradores y flebotomianos⁵.

Para entender por qué la Ley de Instrucción de 1857 establece título de practicante, habría que hacer referencia a toda una serie de cambios sociales, legislativos y de avances científicos en la Medicina y Cirugía en el siglo XIX.

A nivel social, las revoluciones liberales introducen en España el derecho a la salud de las personas y se consideraba al “Estado como responsable exclusivo de atender a enfermos y desvalidos”⁶.

Este hecho, junto a las graves carencias sanitarias y sociales existentes en España en el siglo XIX, determinan que se elabore la Ley General de Beneficencia de 26 de enero de 1822⁷ que pretendía organizar la Sanidad y la ayuda social creando instituciones de Beneficencia regidas por el Estado como hospitales municipales o Casas de Socorro, donde el practicante jugará un papel profesional muy importante.

Asimismo, se consideró necesario elaborar una legislación que simplificara las profesiones sanitarias debido a la cantidad y complejidad de denominaciones existentes⁸.

La unificación en 1827 de los estudios de Medicina y Cirugía bajo el título de Licenciado en Medicina y Cirugía⁹, supuso para los cirujanos la obligación de completar los cursos que les faltaban para el ejercicio la Medicina. Fueron pocos los cirujanos que consiguieron su nivelación, y esto les impidió el ejercicio de la medicina en áreas rurales.

Paralelamente, el avance de la ciencia en el siglo XIX, fomentó el desarrollo de una Medicina Clínica y un desarrollo de grandes cirugías hospitalarias, lo que supuso para el médico una mayor especialización técnica y cierto distanciamiento del enfermo. A partir de este momento, este colectivo considera necesario crear unas profesiones auxiliares sanitarias, como eran la del practicante y la enfermera, como complemento indispensable del médico, pero centradas en las técnicas y en el cuidado¹⁰.

En otro orden de cosas, es importante reseñar que durante el siglo XIX, la administración y dirección de los hospitales pasan a depender de los médicos, los cuales desarrollan un gran poder y prestigio en esta institución.

Existieron ensayos de crear profesionales intermedios como el de la Escuela de Enfermeras Santa Isabel de Hungría, cuyo objetivo era instruir en cuidados y técnicas¹¹.

El 9 de septiembre 1857 se promulga la Ley de Instrucción Pública⁴, denominada coloquialmente “Ley Moyano”, que establece el fundamento del sistema educativo español hasta 1970. Establece por primera vez en España la enseñanza primaria obligatoria en niños y niñas de 6 a 9 años, buscando disminuir las altas tasas de analfabetismo que se situaban en 80% en 1860¹².

RESULTADOS

Por lo que respecta a nuestro ámbito de estudio, en esta ley aparecen los títulos oficiales del practicante y la matrona como profesiones sanitarias con unos requisitos de formación que se desarrollarán una real orden y reglamento.

La prensa general recoge y difunde ampliamente esta información en septiembre de 1857, tanto en periódicos generales⁴, como en boletines de las provincias, diarios locales e incluso en boletines eclesiásticos como Boletín Eclesiástico del Obispado de Astorga¹³.

Posteriormente, diversas publicaciones generales como La Correspondencia de España, recogen la Real Orden de 1860¹⁴ donde se señalaba que a los aspirantes al título de practicantes se les debía exigir los estudios prácticos de:

“1. El arte de los vendajes y los apósitos más sencillos y comunes en cirugía menor. 2. Sobre el arte de hacer curas. 3. Sobre el arte de practicar sangrías generales y locales, la vacunación, perforación de orejas, escarificaciones, ventosas etc. 4. Sobre el arte del dentista y de la pedicura”.

Además, debían acreditar haber hecho prácticas por durante dos años previa matrícula en hospitales que no bajen de no menos de 60 camas y que estén ocupadas habitualmente por más de 40 enfermos.

Igualmente, periódicos y revistas dar razón sobre el contenido del Reglamento para la enseñanza de practicantes y las matronas del 21 de noviembre de 1861¹⁵, donde se amplía la información sobre los requisitos y formación necesarios para obtener ambos títulos. Según se señala en el art.49¹⁶:

“...solo autoriza para ejercer la parte mecánica y subalterna de la Cirujía, como son las sangrías generales y locales, la aplicación de vendajes, apósitos etc. a vacunación y el arte del dentista y callista”

Los estudios se realizaban en 4 semestres (dos años), iniciándose oficialmente cada uno, en abril y octubre. Sólo se autorizaba la enseñanza en Madrid, Barcelona, Santiago, Granada, Sevilla, Valencia y Valladolid¹⁷. Los diarios nacionales y locales cada año en septiembre y marzo, debían publicar los plazos de matrícula, centros y requisitos necesarios.

En la prensa también se comunica el encargo oficial realizado en 1862 al Dr. Calvo y Martín para elaborar un manual de formación del practicante, a modo de temario de estudios. Así, se indica que¹⁸:

“El Dr. D. José Calvo y Martín, ha entregado al director general de Instrucción pública el Manual de Practicantes que le fue encargado escribir por real orden de 28 de noviembre”.

Un hecho que conviene significar es que los practicantes desarrollaron un alto concepto de “clase”¹⁸ y hasta 1903-4 esta profesión solo la realizaban hombres²⁰, frente a la Enfermería, que era desarrollada fundamentalmente por mujeres²¹. Se trataba de roles de género que comienzan a cambiar en la sociedad española con el acceso de la mujer a la enseñanza universitaria²².

Los primeros títulos de mujeres practicantes los concede la Universidad de Barcelona en el curso 1903-4²⁰, tras el Real Decreto de 26 de abril del 1901 y del 1 de febrero de 1902 donde aparece el practicante autorizado a la asistencia de partos. Esta situación se afianza definitivamente con el Real Decreto de 10 de agosto 1904²³ que autoriza en el art. 11 a que las mujeres puedan adquirir el título de practicantes, sometiéndose a las prescripciones de este decreto.

Esta profesión desde los primeros momentos de su reconocimiento oficial, va a tener que buscar su espacio de utilidad social y sufre la oposición de otros oficios y profesiones sanitarias que les acusan de intrusismo profesional.

Por esta razón, desde 1857 encontramos noticias en los diarios sobre la oposición de cirujanos respecto al reconocimiento oficial de los practicantes. Se quejaban de ver recortadas las funciones que hasta entonces desarrollaban. Utilizan el periódico profesional El Genio Quirúrgico para ejercer una dura oposición y reclaman la supresión de los practicantes.

Este enfrentamiento también se refleja en la prensa general, donde afirma²⁴:

“Los cirujanos del partido de Almazán solicitan del gobierno de S.M que se fije la situación que deben ocupar los cirujanos puros, y eviten los males de que esta clase está amenazada, si se realiza el planteamiento de practicantes y parteras en los distritos médicos”.

El 7 de septiembre, en ese mismo periódico, se señalaba que:

“.. En el periódico de los cirujanos el Genio Quirúrgico dice que: debe suprimirse también categoría la actualmente creada de practicantes y parteras”.

Además, apuntaban a razones económicas, como la causa del reconocimiento de esta profesión. Se decía²⁵:

“...que en un periódico de medicina se queja de que en el partido de Torrelaguna, según parece, hay más pueblos asistidos por ministrantes que por médicos, con la circunstancia de haber sido preferidos aquellos a los cirujanos que han solicitado las plazas por la sencilla razón de que los practicantes lo hacen más barato”.

La clase médica desde su situación de poder y elevada formación sanitaria, en un primer momento consideró positiva la presencia de este profesional, al que le asigna una formación técnica y unas funciones sanitarias delegadas consideradas de escasa categoría para un doctor o licenciado en medicina.

Esta situación de condescendencia cambia cuando, practicantes y los cirujanos, solicitan en las Cortes mediante sus representantes, unas leyes que les otorgue una posición de mayor reconocimiento y relevancia profesional.

El Dr. Méndez Álvaro, director del periódico *El Siglo Médico*, y político importante, se hace eco del malestar de la clase médica y escribe en 1866 una obra titulada: *Defensa de la clase médica contra las pretensiones de los cirujanos y ministrantes*²⁶, donde arremete sobre todo contra cirujanos y practicantes que, mal aconsejados y sin estudiar lo que les exige la ley, aspiran a titulaciones superiores.

A medida que avanza el siglo XIX, la prensa informa de como los practicantes van reclamando su presencia en sanidad civil, Beneficencia pública, también como profesionales libres e incluso comienzan a reclamar un puesto en la Sanidad Militar y la Armada.

A medida que avanza el siglo XIX, los practicantes también tienen que hacer frente a una pérdida de funciones que tenía asignadas, como el arte del dentista en octubre de 1877²⁷. A la vez, consiguen otras capacitaciones como su habilitación para el ejercicio de los partos normales desde abril de 1901 a febrero de 1902²⁸.

Los periódicos del momento también muestran cómo los practicantes van desarrollando un creciente prestigio profesional. Utilizan la prensa general primero y colegial después, para dar visibilidad a sus demandas, convocar reuniones, crear asociaciones locales, provinciales y elegir a representantes.

Encontramos las primeras convocatorias de reuniones en 1900²⁹ en Brihuega o

Palencia, en este caso para elegir los cargos del colegio de practicantes provincial. En este sentido, El Diario Palentino señala³⁰:

“...se convoca a los practicantes de Cirujía de la provincia de Palencia a una reunión el 3 de enero 1901...para proceder a elegir los cargos para establecer un colegio de practicantes provincial”.

Este asociacionismo culmina en febrero 1903 cuando se constituye la asociación general y en mayo de ese año se reúnen los representantes provinciales en el Colegio de Médicos de Madrid³¹. Se buscaba un control sobre la dirección y dar una salida favorable a la petición realizada al Ministro en el mes de marzo por los estudiantes de Medicina y Cirugía para ocupar las plazas de los practicantes de las Casas de Socorro³². Es el principio del fin de los practicantes.

La solución fue la petición de los practicantes al Ministro de Guerra para optar a ser Practicantes del Ejército³³.

CONCLUSIONES

Tras realizar esta aproximación general al tema, podemos concluir afirmando que:

1. La prensa general, como medio de comunicación mayoritario en este periodo, sirvió para dar a conocer las convocatorias oficiales para obtener el título de practicantes y los cambios legislativos respecto al mismo.
2. Los periódicos actuaron un elemento de cohesión de los practicantes al informar sobre unos intereses comunes, unas reivindicaciones y unas actuaciones.
3. El temprano asociacionismo de esta profesión permitió en diferentes momentos presionar al gobierno para modificar la legislación respecto a sus funciones y su formación.
4. El ascenso social y profesional de los practicantes como cuerpo auxiliar de la Medicina y Cirugía estuvo marcado por el uso de elementos que habían sido tomados de la profesión médica como el asociacionismo y la prensa colegial.
5. En febrero de 1903 se constituyó la Asociación de Practicantes de España, como máximo órgano de representación profesional con una directiva controlada por ellos y no por la clase médica, como había ocurrido hasta ese momento.
6. Las asociaciones de practicantes se constituyeron como fuerza para reivindicar su papel en la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bernabéu Mestre J. La actualidad historiográfica de la Historia Social de la Enfermedad. *Revista de Demografía Histórica* 1989; 7(3): 23-36.
2. Tuñón de Lara M, González de Oleaga ML, Izquierdo J. *Metodología de Historia Social de España*. Madrid: Ed. Siglo XX; 2009.
3. Tuñón de Lara M, Elorza A, Pérez Ledesma M. *Prensa y sociedad en España (1820-1936)*. Madrid: EDICUSA; 1975.
4. *Diario de Córdoba de comercio, industria, administración, noticias y avisos: Año octavo*. 13/09/1857;nº 2101.
5. Expósito González R "De ministrantes a practicantes. Evolución histórica de sus atribuciones asistenciales", *Enfermería de Ciudad Real*.2006; 42: 14-7.
6. Porlan A. La conquista de la sanidad pública. *Revista Muy Historia*. 2013; 47:90-5.
7. Vidal Galuche F. El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822 en Madrid. *Espacio Tiempo y Forma. Serie V, Historia Contemporánea*, [Internet]. 1988 [acceso: 12 mar. 2017]; Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/ETFV/article/view/2651>
8. Albarracín Teulón, A. La titulación médica en España durante el siglo XIX. *Cuadernos de historia de la medicina española*.1973; 12:15-80.
9. Valenzuela Candelario J. El espejismo del ejercicio libre: la ordenación de la asistencia médica en la España decimonónica. *Dynamis: Acta Hispanica Ad Medicinæ Scientiarumque. Historiam Illustrandam*. 1994; 14:269-304.
10. González F, Navarro A, Sánchez M A. *Hospitales a través de la historia y el arte*. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación; 2004.
11. Hernández Martín FJ et alia. Orígenes “modernos” de la enfermería española: primera escuela de enfermería en España, 1896. *JANO*;XLVII (1098): 55-57.
12. Rueda Hernanz G. *España 1790-1900. Sociedad y condiciones económicas*. Madrid: Ediciones Istmo; 2006: falta pag.
13. *Boletín Eclesiástico del Obispado de Astorga*.22/10/1857;Año V nº 263.
14. *La Correspondencia de España: diario universal de noticias: Época Segunda*. Año XIII. 4/7/1860;nº 666;pág.2.
15. *La Correspondencia de España: diario universal de noticias: Año XIV*. 28/11/1861; nº1262; pág. 1.
16. *Revista ibérica de ciencias, política, literatura, artes e instrucción pública*.15/10/1861:pág. 427.
17. *Revista ibérica de ciencias, política, literatura, artes e instrucción pública*.15/10/1861:pág. 421.
18. *La Correspondencia de España: diario universal de noticias: Año XV*. 4/6/1862; nº 1449; pág. 1.
19. Blázquez Ornat I. La identidad del practicante a través de la prensa profesional: Aragón, 1885-1936.*Dynamis*.2016; 36 (2): 443-466.
20. Montesinos Vicente *Practicantes, matronas y cirujanos dentistas en la España contemporánea (1855-1932) [Tesis]* .Girona: Universitat de Girona; 2011: págs. 258-260.
21. González Canalejo C. Las cuidadoras. *Historia de las practicantas, matronas y*

- enfermeras (1857-1936). Almería: Instituto de Estudios Almerienses; 2006: p.36-41.
22. Flecha García C. La Primeras Universitarias en España 1872-1910. Madrid: Narcea Ediciones; 1996.
 23. Diario oficial de avisos de Madrid.13/8/1904: p 2.
 24. La Correspondencia de España: diario universal de noticias: Año XV.25/3/1862; nº 1862.
 25. La Correspondencia de España: diario universal de noticias: Año XVII .9/8/1864;nº 2257.
 26. La Soberanía nacional (Madrid. 1864).22/5/1866: p.3.
 27. La Iberia (Madrid. 1868).9/10/1877: 1.
 28. La Correspondencia de España.22/12/1904; n. º 17.120: 3.
 29. El boletín Oficial de la Provincia de Guadalajara. 10/1/1900; nº5.
 30. El Diario Palentino: Año XVIII.22/12/1900;nº 5387.
 31. El País (Madrid. 1887). 13/5/1903:p. 1.
 32. El País (Madrid. 1887). 30/3/1903:p.1.
 33. El Nuevo régimen. 29/8/1903: p. 4.

NOTAS SOBRE LA FORMACIÓN DE LOS PRACTICANTES DEL SIGLO XIX. EL LIBRO “VADEMECUM DEL PRACTICANTE”

NOTES ABOUT TRAINING OF NINETEENTH-CENTURY SPANISH NURSE PRACTITIONERS. THE BOOK “VADEMECUM DEL PRACTICANTE”

José María Palanca de la Varga

Complejo Asistencial Universitario de León

Patricia Pérez García

Complejo Asistencial Universitario de León

M^a Teresa Puente Martínez

Complejo Asistencial Universitario de León

PALABRAS CLAVE: Practicante, ministrante, Libros históricos enfermería, Historia de enfermería.

KEY WORDS: Nurse practitioner, Historical nursing books, History of nursing.

RESUMEN: Los estudios existentes sobre los textos de enseñanza utilizados por los ministrantes y después por los practicantes coinciden en que existió una gran similitud entre sus planes de estudio, contenidos y funciones asistenciales, reeditándose alguno de los textos publicados para los ministrantes tras la puesta en marcha de la titulación de practicante.

La obra analizada proporcionó a los practicantes un manual de formación de acuerdo al programa oficial de la carrera, además de una guía para el ejercicio profesional y para preparación de oposiciones. Los contenidos son claros, concisos, ordenados y tiene láminas para facilitar la comprensión de las materias.

ABSTRACT: Existing studies on education texts used by “ministrantes” first and then by “practicantes” agree that there was a great similarity between their curricula, content and care functions, re-publishing some of the texts published for the “ministrantes” after the implementation of the degree of “practicante” (nurse practitioner).

The book analyzed provided the nurse practitioners with a training manual according to the official program of the official degree, as well as a guide for the professional practice and for the preparation of the public competitions. The contents are clear, concise, orderly and have illustrations to facilitate the understanding of the subjects.

El objetivo de este trabajo es reunir los textos más representativos cuya finalidad fuera la de formar a los practicantes en la segunda mitad del siglo XIX, tras creación en España del título de practicante en 1857, y analizar la segunda edición publicada en 1879 de la obra del Dr. Juan Marsillach y Parera “Vademecum del Practicante”, con el propósito de ofrecer algo más de luz sobre este periodo concreto de la historia de la Enfermería española. La metodología empleada ha sido revisión bibliográfica y el manejo como fuente documental de un ejemplar de la segunda edición del libro “Vademecum del Practicante”. Hemos iniciado nuestra búsqueda realizando búsquedas en diferentes bases de datos como: Dialnet (Universidad de la Rioja), Google Académico y Biblioteca Universidad de León. Las obras sobre las que hemos centrado esta búsqueda son aquellas que tienen una referencia explícita a los practicantes.

Desde final del siglo XVIII y principios del XIX, las revoluciones burguesas en Europa precipitaron cambios muy importantes en las profesiones sanitarias (1). A la par que desde un aspecto legal se van perfilando algunas profesiones sanitarias, van apareciendo libros dedicados a ellas, y se va especificando qué tareas son las que tienen que realizar los enfermeros y cómo tienen que llevarlas a cabo, aunque se constata el énfasis que siguen haciendo en los aspectos caritativos que se consideran implícitos en la asistencia de enfermos. Es el caso de una obra que surge en 1833 y que se debe a un hermano de San Juan de Dios; José Bueno y González; en su libro *El arte de la enfermería* puede apreciarse con todo detalle qué es lo que los enfermeros deben hacer para cuidar bien a los enfermos; se hace referencia a la alimentación, movilización y aspectos relacionados con los tratamientos que entonces estaban vigentes, como sangrías, ventosas, enemas, sanguijuelas, etc.; se sigue insistiendo en esta obra en la responsabilidad del enfermero en la organización de las salas del hospital y se señala la importancia de apuntar las órdenes del tratamiento médico con la mayor precisión.(2)

En España durante buena parte del siglo XIX la proliferación desmesurada de reformas en los planes de estudio ocasionará un abigarrado panorama de titulaciones profesionales (hasta 35), ya que se crearon nuevas titulaciones sin suprimir las existentes. En las inmediaciones de la segunda mitad del siglo, se produjeron las reformas más importantes con el objeto de conseguir su ordenación. En 1846 que creó y reguló la titulación de ministrante, que realiza un tipo de cirugía desconsiderada por los cirujanos: sangrías, escarificaciones, cauterizaciones...(3) En 1857 la Ley Moyano fijó la estructura básica de la enseñanza universitaria y la de la Medicina en los grados de bachiller, licenciado y doctor. También, se eliminaron las titulaciones de ministrante y facultativo de segunda clase, y se creó la de practicante que, aunque fue suprimida en 1866, fue definitivamente recuperada en 1868. El Reglamento de 1861 estableció la enseñanza de los practicantes en cuatro semestres en aquellos hospitales públicos que no bajasen de 60 camas habitualmente ocupadas por más de 40 enfermos. Las materias fueron nociones de la anatomía exterior del cuerpo humano, especialmente, la de las extremidades y de las mandíbulas; vendajes y apósitos más sencillos y comunes en las operaciones menores, medios de contener los flujos de sangre y precaver los accidentes que en éstas pudieran ocurrir; las curas mediante la aplicación de sustancias blandas, líquidas y gaseosas; el modo de aplicar al cutis tópicos irritantes, exutorios y cauterios; vacunación, perforación de las orejas, escarificaciones, ventosas y manera de sajarlas; sangrías generales y locales; y el arte del

dentista y del callista. Las materias que se aumentan con respecto a los Ministrantes son la anatomía y las vacunaciones, conservándose el resto del temario.(1,4)

En 1874 la creación de la titulación de cirujano-dentista y la publicación de varios textos legislativos, supusieron la restricción de competencias para los practicantes que hasta ese momento habían desempeñado el arte del dentista. Definitivamente en 1877, se inhabilitó para su ejercicio a los futuros titulados de practicante.(3)

Los estudios sobre los textos de enseñanza de los ministrantes y practicantes convergen en que existió una gran similitud entre sus planes de estudio, contenidos y funciones asistenciales, con la salvedad del arte del dentista suprimido desde 1877. No fue difícil encontrar que alguno de los publicados para los ministrantes, se reeditaran para la titulación de practicante. Estos estudios se han centrado en la descripción estructural y del contenido de las materias que comprendían los manuales, fundamentalmente escritos por médicos del siglo XIX, con el objetivo de mostrar el territorio del saber adjudicado a los practicantes, recalcando la subordinación a su figura y su función quirúrgica auxiliar. (5-13)

Textos destinados a la enseñanza de los Practicantes

Esta breve investigación pone de manifiesto el interés del análisis de manuales o libros de texto como ayuda en la reconstrucción del pasado y el inicio de una línea de investigación que posteriores trabajos deberán completar.

Título completo:	<i>Compendio de flebotomía y Operaciones propias de la cirugía menor o ministrante con adición de algunos conocimientos sobre la prothesis dentaria.</i>
Autor:	Rafael Ameller y Romero. Doctor en Medicina y Cirugía, catedrático supernumerario de la Facultad de Medicina de la Universidad Literaria de Sevilla en Cádiz y socio y corresponsal de diversas publicaciones y Academias.
Edición:	3ª edición corregida y aumentada.
Publicación:	Carlos Bailly- Bailliere. Madrid, 1862. Imprenta y litografía de la Revista Médica. Cádiz, 1862. 285 páginas. 4 hojas de láminas.
La primera edición se publicó alrededor de 1851 y estando agotada la segunda, publican la 3ª en 1862, tratando de adaptarse a los nuevos estudios reglamentados un año antes, pero sin conseguirlo adecuadamente. Recoge los conocimientos que vienen desarrollando profesiones como: cirujanos ministrantes, sangradores, dentistas y otros. Se utilizan indistintamente los términos cirujano ministrante y sangrador o flebotomista.	

Título completo:	<i>Tratado de Cirugía menor redactado según el espíritu del nuevo Reglamento de 21 de Noviembre de 1861, para el uso de los que se dedican a la carrera de Practicantes.</i>
Autor:	Cayetano Álvarez-Ossorio Perea. Cirujano primero del Hospital Central de Sevilla y profesor
Publicación:	Imprenta y Litografía de la Agricultura Española. Sevilla, 1862 y 1863. Tomos I y II.
<p>En el volumen I trata anatomía y patología general, manteniendo un gran orden y control sobre las diferentes patologías y su clasificación. En el volumen II además de repasar nociones sobre la realización de sangrías y sondajes, incluye un amplio capítulo donde expone los distintos conocimientos odontológicos del momento.</p>	
Título completo:	<i>Instrucción del practicante ó Resumen de conocimientos útiles para la buena asistencia inmediata de los enfermos; y compendio de las operaciones de cirugía menor, arte del dentista y del callista.</i>
Autor:	Bonifacio Blanco y Torres. Doctor en Medicina y Cirugía del Claustro de la Univ. Central y cirujano del Hospital General encargado de la enseñanza de practicantes.
Publicación:	Imprenta Médica de la viuda e hijos de Álvarez. Madrid, 1872. 271 páginas.
<p>Es la 4^a edición (hay una 5^a de 1876) de un libro que apareció en 1863 y recoge en parte los conocimientos de las profesiones suprimidas: ministrantes, sangradores, callistas, etc. Estas materias las debía conocer el Practicante por ser imprescindibles para el ejercicio de su profesión en pequeños pueblos y aldeas que carecían de los más elementales servicios sanitarios. La figura del Practicante se concibe como auxiliar subordinado de otros profesionales de la Medicina, médicos y cirujanos, como así queda claramente recogido en el libro.</p>	
Título completo:	<i>Manual del practicante de Sanidad de la Armada. Obra de suma utilidad para los de la Marina Mercante, Hospitales, Casas de Salud y de Socorro, etc.</i>
Autor:	Emilio Ruiz y Sanromán. Médico Mayor de Sanidad Militar, Primero de la Armada.
Publicación:	Pedro Abienzo, impresor del Ministerio de Marina. Madrid, 1881. 755 páginas.
<p>El lenguaje es sencillo y de fácil comprensión. Consta de tres partes: La primera se refiere a la cirugía menor. La segunda trata de los servicios dentro de las dependencias del barco y de las instalaciones de la Armada. La tercera habla de los medicamentos, su descripción y uso, rematando con una reglamentación de útiles de cirugía, farmacia y enfermería.</p>	

Título:	<i>Manual para el uso de practicantes.</i>
Autor:	José Calvo y Martín. Catedrático de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad Central.
Publicación:	Imprenta Nacional. Madrid, 1866. 176 páginas. Con 21 láminas.
<p>Responde a un encargo de las autoridades académicas con el objetivo de servir de libro de texto a los aspirantes al título de Practicante. Se estructura en siete capítulos, siguiendo el esquema propuesto en el Reglamento para Practicantes y Matronas de 1861. Al ser médicos o cirujanos los autores de estas obras, en las mismas se establecían perfectamente sus límites profesionales planteando el carácter de subordinación de los Practicantes con respecto a la Medicina.</p>	
Título:	<i>Compendio de Cirujía menor o ministrante. Libro escrito para los sangradores.</i>
Autor:	Nicolás Ferrer y Julve. Doctor en Medicina y Cirugía, profesor clínico en la Facultad de Medicina de la Universidad Literaria de Valencia y socio de la Real Academia de Medicina.
Publicación:	Imprenta de José Doménech. Valencia, 1866. 271 páginas, con grabados en madera.
<p>Editado en plena época de los practicantes y que, aún así, lleva en el título la coletilla <i>Libro escrito para los sangradores</i>. Y para mayor confusión en la Introducción: "<i>Escribo exclusivamente para los ministrantes o alumnos de Cirujía menor</i>". Es extraño que el libro no se dirija a los practicantes. Puede ser debido a la desconsideración del oficio consagrado ya con el nombre de sangrador o bien a editarse en el periodo que de manera temporal, quedó suprimida la carrera de practicante.</p>	
Título:	<i>Tratado completo de Cirujía Menor ó Elementos de Cirujía. Manual práctico indispensable a los médicos, cirujanos, ministrantes y practicantes de los hospitales que deseen estar al corriente de los descubrimientos de la época.</i>
Autor:	José Díaz Benito y Angulo. Doctor en Medicina y Cirugía, médico de cámara de Amadeo I de Saboya y socio de número de la Real Academia de Medicina.
Publicación:	Librería de P. Calleja y Compañía. Madrid, 1874. 536 páginas.
<p>Además, es autor en el año 1848, junto con Pedro González y Velasco de la <i>Guía Teórico-Práctica del sangrador, dentista y callista ó Tratado completo de Cirujía menor o ministrante</i>, libro sobre el que se basa. La pretensión del autor es la de hacer una obra que deje de ser una guía y se convierta en un tratado de cirugía menor. Es respetuosa en extremo con las competencias del médico.</p>	

Título:	Vade-mecum del practicante. Compendio teórico-práctico de los conocimientos indispensables a los aspirantes al título de practicante; a los que deseen optar a plazas de practicantes de los hospitales civiles o militares; a los sangradores, ayudantes de cirugía, enfermeros, etc.(14).
Autor:	Juan Marsillac y Parera. Doctor en Medicina y Cirugía; Médico de número del Hospital de Santa Cruz de Barcelona; Socio corresponsal de la Academia de Medicina y Cirugía en la misma ciudad; de la Médico-Quirúrgica Matritense y de la Económica de Lérida; Socio de Mérito e la Económica Barcelonesa de Amigos del País; fundador y director del Instituto Catalán de Vacunación; premiado por varias corporaciones, etc. (14)
Publicación:	Imprenta de Jaime Jepús. Barcelona, 1879. 478 p. 20 láminas litografiadas. Edición: 2 ^a edición, corregida y aumentada.
La 1 ^a edición del texto Vademécum del Practicante, se publicaría en 1871 en Barcelona, manual que sería el más completo dentro de las enseñanzas de Practicante, aunque existirían casi una treintena de manuales de formación anteriores al año 1879. La 2 ^a edición, que analizaremos a continuación, se publicó en 1879 concretándose, a través del nuevo apostillado de su título, que se trataba de un tratado de cirugía menor, publicándose unos años más tarde (1891) un opúsculo como suplemento a esta segunda edición titulado: Suplemento a la segunda edición del Vademécum del Practicante.(15)	

La aspiración del autor en la cabecera de la obra es la de que sea útil a muchos profesionales: practicantes, practicantes de hospitales, sangradores, ayudantes de cirugía, enfermeros, etc. Nos encontramos ante un manual que recoge el conjunto de conocimientos que debía poseer todo profesional que deseara optar a la nueva titulación creada una década antes.(6)

La estructura de la obra es la misma que estamos viendo en la mayoría de las obras, a excepción de las que directamente la copian del original (francés, casi siempre). Consta de 478 páginas de texto, repartidas en cuatro partes diferenciadas a las que hay que añadir una introducción y un apéndice. La primera parte está dedicada a la anatomía. La segunda parte se ocupa de vendajes, apósitos y aparatos. La tercera abarca los estudios de cirugía menor y la cuarta se corresponde con los conocimientos del arte del dentista y del callista. Estas cuatro partes se dividen a su vez en 40 capítulos y 83 artículos. Además presenta 20 láminas litografiadas con figuras que están reseñadas y comentadas a lo largo del texto.

Juan Marsillac y Parera dedica la primera edición de su obra al Dr. D. Ramón Torrent y Torrabadella, decano del cuerpo facultativo del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona y, por entonces, profesor oficial de la enseñanza de Practicantes en esa Universidad, al que le une una fuerte amistad (16). Sin embargo la segunda edición está dedicada a sus padres y a la memoria de su hijo fallecido.

Esta 2^a edición que analizamos comienza con una advertencia previa al prólogo, en la

que el autor nos informa de que la publicación ha sido corregida y aumentada. Corregida porque la 1ª se realizó con cierta urgencia, para que pudiera utilizarse en el curso que iba a empezar y se descuidó el estilo, incluyéndose también alguna errata en las láminas. Aumentada porque incluye nuevas láminas, descripciones de apósitos, vendajes y otras técnicas, así como la inclusión de un nuevo capítulo sobre la prótesis dental.

El Prólogo es el mismo del la primera edición. En él, el autor manifiesta sus intenciones de abarcar el conjunto de conocimientos que debe poseer el Practicante y que otras obras de más o menos difusión no supieron alcanzar; unas, por la precipitación con que fueron escritas una vez publicado el Reglamento de 1861, y otras por la parcialidad de sus autores al dedicar mayor o menor espacio a unas materias frente a otras y que, pese a la buena intención de las mismas, sólo constituían estudios parciales. Asimismo nos relata las obras que ha consultado para la realización de la suya, un total de 25, de las que 14 son de originales o traducidas al castellano, una en inglés y diez en francés.

La Introducción se compone de dos capítulos y 3 artículos sobre temas generales que nos dan una visión esclarecedora sobre las funciones y características definitorias de la "nueva profesión" surgida en esta época. En el capítulo I de esta Introducción insiste en las cualidades deseables (físicas, morales y aptitudes) que debe tener Practicante. Dentro de la cualidades físicas, se mencionan, entre otras, la salud, la de estar dotado de una constitución buena y de una mediana robustez, además de buenos sentidos (especialmente vista, oído y tacto) y poseer cierto grado de educación intelectual. Entre las cualidades morales indispensables para que el practicante pueda ejercer dignamente y bien su cometido se citan: ser sencillo, reposado y modesto; cariñoso y atento con los enfermos y sus allegados; diligente y exacto en el cumplimiento de las prescripciones facultativas, sin intrusismo en la profesión médica. Se especifica que solo en casos excepcionales el practicante podrá modificar o dejar de cumplir las prescripciones facultativas. Por otra parte debe ser educado y tener mucha paciencia, sagacidad y un espíritu de observación. Al mismo tiempo, debía ser reservado, prudente y cauto en el hablar y discreto y recatado, sobre todo cuando cuide de mujeres. El capítulo II, dedicado a las reglas para el buen servicio de los enfermos, que a su vez se divide en tres artículos. En el artículo 1º, trata de las condiciones ambientales e higiénicas que debe reunir la habitación del enfermo: ventilación, humedad, claridad, etc., cómo debe ser, estar colocada y hecha la cama del paciente, así como la forma de cambiarle la cama o trasladar al paciente y la como de cambiarle la ropa a éste en la cama en determinadas circunstancias especiales. A continuación trata de los cuidados relativos a secreciones y excreciones, insistiendo en la importancia del registro de los datos para informar a los facultativos de todos los cambios producidos en el estado del paciente. El artículo 3º se ocupa de las reglas para la administración de los medicamentos internos, insistiendo en la importancia de cumplir al pie de la letra las prescripciones facultativas.

La Parte Primera está dedicada, como una novedad frente a los manuales anteriores para ministrantes, a nociones elementales de anatomía humana y en especial de anatomía exterior, abarca un total de 87 páginas y 5 láminas, y se divide en cinco capítulos y diez artículos. El capítulo I habla sobre generalidades de anatomía. En el II se definen los distintos planos y en el III las regiones anatómicas del cuerpo, sus nomenclaturas y situaciones (Láminas I y Ib). En el capítulo IV se describen los tipos de tejidos, clasificación

de los huesos (Lámina II) y sus articulaciones, tejido y sistema muscular (Lámina III), sistemas arterial y venoso y nociones de la circulación de la sangre. Finalmente en el último capítulo se dedica a los aparatos vocal y respiratorio, digestivo, genitourinario y sensitivo externo: visión, audición, olfativo, gusto y tacto (Lámina IV).

La Parte Segunda está dedicada a los vendajes, apósitos y aparatos quirúrgicos, extendiéndose a lo largo de 105 páginas, además de 9 láminas. A su vez esta segunda parte está dividida en seis capítulos y doce artículos. Comienza con generalidades para en el segundo capítulo pasar a estudiar los apósitos y sus piezas, las compresas (varias figuras en láminas IV, V y VII), a los pañuelos, a las vendas (lámina V), a los lazos lazadas y nudos (láminas VI y VII) y otras piezas de apósito como tablillas, férulas, manoplas, suelas, plantillas, etc. (Lámina VII). El capítulo III está dedicado a los vendajes en general (figuras en las láminas V y VIII) y el IV a los vendajes en particular, dividiendo éstos en simples, compuestos y mecánicos (figuras en láminas V, VIII, IX, X, XI, XII, XIV, XV y XVI). En el capítulo V trata sobre los apósitos especiales para las fracturas, luxaciones y operaciones (lámina XV). Para finalizar, el capítulo VI se dedica a los aparatos quirúrgicos y a la bolsa portátil de cirugía que reúne los instrumentos de uso más común cuyo conocimiento debe poseer el practicante (lámina XIII).

La Parte Tercera de la obra del Dr. Marsillac está dedicada a la Cirugía Menor, es la más amplia de todas, con un total de 152 páginas; se divide en tres secciones relacionadas entre sí. La sección 1^a trata sobre los medicamentos tópicos. La sección 2^a, dedicada a las curas, se divide en dos capítulos y siete artículos, en los que el autor primeramente hace un repaso por una parte a la curas. En los cinco artículos del capítulo II tratan de hemorragias, gangrenas, úlceras, quemaduras y heridas. La sección 3^a se titula Operaciones de Cirugía Menor y la componen un total de diez capítulos y catorce artículos. Se habla sobre la rubefacción, la vesicación y más ampliamente sobre la cauterización. Los siguientes capítulos de esta sección los emplea en el taponamiento de las fosas nasales; a las posiciones del bisturí, tipos de incisiones y de punciones; a las picaduras y sajas; a la perforación del lóbulo de las orejas; a los exutorios; a la vacunación (lámina XVI); y en el décimo y último capítulo trata sobre las sangrías y la sangre (láminas XV y XVI).

La Parte Cuarta se compone de dos secciones. La 1^a de ellas se dedica al Arte del Dentista y se divide en seis capítulos y treinta y dos artículos y hay dos láminas, la XVII y la XVIII dedicadas a esta materia. Los seis capítulos llevan los títulos de Anatomía de la boca; De los dientes; Higiene dentaria; Patología y terapéutica dentarias; Operaciones que se practican en los dientes y Prótesis dentaria. La Sección 2^a está dedicada al Arte del Callista ó Pedicuro; trata acerca de la etiología de los callos, durezas uñeros y ampollas, y cómo debe realizarse la higiene correcta de los pies, las distintas operaciones que debe conocer el callista y los tratamientos paliativos y curativos.

El Vademecum del Practicante finaliza con un Apéndice, dividido en cuatro capítulos. En el capítulo I expone los primeros socorros a asfixiados (por sumersión, estrangulación, calor y frío). En el capítulo II habla de la atención a aquellas personas envenenadas por distintas causas (ácidos, plomo, cobre y fósforo). El capítulo III trata sobre una mesa quirúrgica de diseño propio del autor (lámina XIX). El siguiente capítulo muestra una serie

de tablas metrológicas de reducción de pesas médicas a las métrico-decimales. El apéndice termina con la explicación de las distintas láminas. Finalmente nos encontramos con el índice de materias y con una breve parte que recoge las erratas aparecidas en la misma.

Una vez analizadas la obra, podemos llegar a la conclusión de que la aspiración del autor en la cabecera de la obra es la de que sea útil a muchos profesionales. En 1861 se publica el Reglamento para la enseñanza de practicantes y matronas, a resultas de la cual se produce la edición de una serie de libros dedicados a la instrucción de quienes decidan hacer de ésta su profesión. El propósito de dichos textos es claramente docente, advirtiéndolo algunos de ellos, incluso en la portada de los mismos. El manual de Marsillach fue de los más completos y justificados referencialmente, dentro de la formación de Practicantes, pese a que en ese periodo existieron varias decenas de manuales para la formación de este personal. Cabe destacar el soporte gráfico que acompaña a la obra, con un total de 20 láminas muy cuidadas, acompañadas por una gran cantidad de esquemas prácticos, todo ello escrito con un cuidado rigor lingüístico y una adecuada escritura que hace que esta obra sea sumamente interesante en el estudio de los manuales sobre las distintas materias que han ido conformando el saber de la profesión de la Enfermería.

REFERENCIAS

1. Blázquez Ornat I. La socialización de los practicantes a través de los manuales del Dr. Felipe Sáenz de Cenzano 1907-1942. *ASCLEPIO Rev Hist la Med y la Cienc.* 2016;68(1):210-4466.
2. Esevenri Chaverri C. Historia de la enfermería española e hispanoamericana. Madrid: Universitas; 1995.
3. Sanz Ferreiro R. Los practicantes y el ejercicio de la odontología española [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid; 2004.
4. Siles González J. Historia de la enfermería. Alicante: Aguacilar; 1999.
5. García Martínez AC. Ficha nº 1: Compendio de flebotomía y otras operaciones propias de cirujía menor o ministrante (1862). *Hiádes Rev Hist Enfermería.* 1994;(1):37-44.
6. García Martínez AC, García Martínez MJ, Valle Racero JI. Ficha nº 3: Vademecum del practicante de Juan Marsillach y Parera. *Hiades Rev Hist Enfermería.* 1994;(1):53-62.
7. García Martínez MJ. Ficha nº 10: Las carreras auxiliares médicas. *Hiádes Rev Hist Enfermería.* 1999;(5-6):55-62.
8. García Martínez MJ. Ficha nº 14: Manual teórico-práctico para practicantes, matronas y enfermeras. *Hiádes Rev Hist Enfermería.* 2000;(7):137-48.
9. Expósito González R. Historia de la prensa profesional de los ministrantes y practicantes en España en el siglo XIX. *Cult los Cuid Rev enfermería y humanidades.* 2009;(26):12-21.
10. Jiménez Rodríguez I. Las titulaciones quirúrgico-médicas a mediados del siglo XIX: los

- ministrantes. *Cult los Cuid Rev enfermería y humanidades*. 2006;(19):16-36.
11. García Martínez MJ, Valle Racero JI, García Martínez AC. Ficha n.º 4: Instrucción de Enfermeros, de Andrés Fernández. *Hiades Rev Hist Enfermería*. 1995;(2):91-9.
 12. García Martínez MJ. Ficha n.º 11. Manual para el uso de Practicantes. *Hiades Rev Hist Enfermería*. 2000;(7):109-20.
 13. García Martínez MJ. Ficha n.º 17: Instrucción del Practicante ó Resumen de conocimientos útiles para la buena asistencia inmediata de los enfermos; y compendio de las operaciones de cirugía menor, arte del dentista y del callista (1870). *Hiades Rev Hist Enfermería*. 2003;(9):77-88.
 14. Marsillach y Parera J. *Vade-mecum del practicante*. 2.^a ed. Barcelona: Imprenta de Jaime Jepús; 1879.
 15. Montesinos Vicente F. *Practicantes, Matronas y Cirujanos Dentistas en la España contemporánea (1855-1932)* [Tesis doctoral]. Universidad de Girona; 2011.
 16. Marsillach y Parera J. *Vade-mecum del practicante*. 1.^a ed. Barcelona: Establecimiento Tipográfico de Jaime Jepús Roviralta; 1871.

ORÍGENES DE LOS MANUALES PARA LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA

ORIGINS OF THE MANUALS FOR THE EDUCATION OF THE NURSING

*"Por medio de la Historia intentamos la comprensión de las variaciones
que sobrevienen en el espíritu humano"
(Ortega y Gasset)*

Francisca Juliana Hernández Martín

Presidenta del Seminario Permanente para la Investigación de Historia de la Enfermería
Profesora Facultad de Enfermería. UCM

Mónica Álvarez Ruiz

Colaborador Docente del Departamento de Enfermería. Historia. UCM

Paloma Posada Moreno

Profesora titular Facultad de Enfermería. UCM

PALABRAS CLAVE: Historia, Enfermería, Manuales de enseñanza de Enfermería.

RESUMEN: Este libro "Metaphora Medicine et chirurgie" (1522), más que un libro de medicina, es el primer manual que conocemos para la enseñanza de la enfermería. Está escrita por un médico-enfermero y para enfermeros.

Nuestro objetivo es conocer al autor y su obra, escrita para que los enfermeros sepan cómo actuar en ausencia del médico y donde encontramos respuesta a qué es un enfermero y qué conocimientos requiere.

Texto de gran valor para la Enfermería. Su contenido, fundamentado en autoridades antiguas y modernas, no es un texto elaborado con estructura orgánica, sino que engloba de forma no ordenada los conocimientos de la enfermería.

KEY WORDS: History, Nursing, Nursing teaching manuals.

ABSTRACT: "Metaphora Medicine et chirurgie" (1522) is not just a medicine book, this is the first book by teaching nursing which is known nowadays. It is written by a nurse-physician and is addressed to nurses.

Our aim is to know about the author and his work which is written in order to nurses know how acting when there is no physician. Therefore, in this book we can find the answer of what is a nurse and what knowledge is required.

This book has a huge value to nursing. His content is based in ancient and modern authorities. Although it has not an organic structure, it includes the nursing knowledge in a messy way.

PROEMIO

No es posible estudiar la obra "*Metaphora medicine et chirurgie*" (1522) de Bernardino de Laredo sin haber seguido los pasos a los estudiosos de este autor, pues no es una tarea fácil para quienes desde otros campos, como es la enfermería, poder descifrar las claves desde las que la obra está escrita, por ello exige previamente saber enclavarla en lo que la obra es y ha significado en primer lugar para la Medicina. Pero nos encontramos de entrada con una dualidad, es un texto médico, que está escrito no para médicos, sino para los enfermeros, que en ausencia del médico sepan cómo proceder.

A través de los siglos la enfermería se ha conceptualizado como una práctica subordinada a las órdenes del médico y sin embargo, a la hora de la aparición de los problemas se le exige un saber. ¿Cuál era éste? y desde ahí, nos preguntamos ¿qué era un enfermero? Nuestro estudio se sitúa a finales de la Edad Media e inicios del Renacimiento.

PUNTO PERLIMINAR

Estatus de la Enfermería a finales de la Edad Media e inicios de la Moderna

Nuestro objetivo es descubrir el lugar que ha ocupado realmente la enfermería centrada no tanto en los aspectos técnicos y clínicos, sino en la asistencia, o mejor en el cuidado y organización de la asistencia, como respuesta a las necesidades de los pacientes.

Desde Hipócrates de Cos (siglo V a.C), la medicina, se constituyó en un saber de la *phýsis*, de la naturaleza del hombre. En los escritos de la época hipocrática, nos dan razón de que tuvo un estatuto muy preciso, el de la *téchné*, la *tékhne iatriké* (técnica y saber técnico). Pero todo esto fue variando y más desde Aristóteles¹. Los textos de estas primeras etapas nos demuestran que siempre se ha apoyado en un saber (humano, filosófico, científico-técnico y ético), y que, a través de la Edad Media y Moderna se ha configurado en lo que hoy conocemos, pero siempre en un estatus de profesión.

A pesar de que los enfermeros estuvieron en todas las instituciones sanitarias y aparezcan sus funciones en los reglamentos, no aparecen nominados como tal. Aparece enclavada dentro de los oficios (con la terminación "ero") o como lugar donde se cura, pero no como profesión. Indagando sobre este tema, la historia nos sorprende con algunos textos para la formación de los enfermeros desde muy antiguo, como los conocidos hasta el momento actual, escritos por y para enfermeros, tales como "*Instrucción de enfermeros*" de Andrés Fernández (1617) con varias ediciones posteriores.

Nuestro estudio se centra en el texto anunciado "*Metaphora medicine et chirurgie*" (1522) de Bernardino de Laredo, anterior a los citados y desde el que nos proponemos indagar en los **conocimientos** que en ese momento tenía el enfermero o era necesario que tuviese para desempeñar correctamente su función.

La atención a los enfermos en este momento tiene un "estatus de caridad"

¹ Gracia Guillén D. La Fisiología Escolástica de Fray Bernardino de Laredo. En: Cuadernos de Historia de la Medicina Española. Salamanca: 1973; XII. p. 125 – 192.

(Therepeium), hospitalidad y cuidado, pues las instituciones creadas para su atención no pertenecen tanto al Estado, sino a la Iglesia. Desde la primera etapa cristiana y el medievo, la Enfermería monástica, bajo el imperativo de la Caridad y a través de sus reglas, ha asegurado esa atención. Así figura en la Regla de San Benito: “*el primero en atender sea el enfermo*”, que servirá de modelo.

Son estas instituciones las que reconocen en primer lugar la tarea del enfermero y por tanto sientan las bases de:

- Qué es un enfermero.
- Qué conocimientos ha de tener, expresado ahora en textos para su enseñanza.

De ahí que podamos afirmar que este libro “*Metaphora medicine et chirurgie*” es una de las obras “**testigo**” de lo que ha sido y conlleva, como matriz, la enfermería y dónde queda anclada la enfermería actual que nosotras queremos descifrar.

Método: Hipótesis y objetivos del Estudio

Utilizamos el método histórico-crítico interpretativo (hermenéutico) para analizar no sólo la obra, sino también la persona que la escribe. Para esto hemos utilizado como fuente la propia obra situada en los fondos antiguos de la Universidad Complutense, junto con la edición de 2013 editada en Doce Calles, transcrita por Milagro Laín y Doris Ruiz Otín, con un estudio crítico previo.

Hipótesis: El punto de partida, y por tanto nuestra hipótesis, es cómo concebía Bernardino de Laredo qué era un enfermero y qué conocimientos debía tener acerca del hombre enfermo. Lo hacemos utilizando el método exegético e interpretativo.

Objetivos: Nuestro primer objetivo trata de dar respuesta a este hecho: cómo un hombre reconocido como médico, no escribe una obra médica en toda regla para médicos. En segundo lugar por qué justifica que está escrita “para enfermeros”, pues estos no tienen conocimientos médicos reglados. En tercer lugar, analizar los conocimientos propios que requiere un enfermero, descritos en la obra. Nos centramos:

El autor. ¿Quién es y qué es Bernardino de Laredo?

Bernardino de Laredo ha sido un desconocido, para los médicos. Su obra no adquirió en la medicina el reconocimiento esperado. Sin embargo, Laredo ha sido el gran desconocido de los enfermeros aunque su obra “*Metaphora medicine et chirurgie*” esté escrita para ellos.

Nace en Sevilla en el año 1482 y fallece en 1540. Nacido en ilustre familia sevillana de padres nobles “*hijosdalgos*”. Su padre, hombre severo, iniciado en las ciencias ocultas, dirigió sus primeros pasos con el santo temor de Dios y en torno a aquella clase de disciplinas tan en boga por entonces². Entró desde muy niño al servicio como paje del Conde de Gelves, Don Jorge Alberto de Portugal a la edad de doce años intenta tomar el hábito de fraile Franciscano.

² Caballero Villaldea S. Fray Bernardino de Laredo (Médico y Boticario Franciscano del siglo XVI) su vida, su época y sus Obras. En: Notas para las Historia de la Farmacia Hispana. Madrid: Prensa Española SA; 1948. p. 6 – 79.

Unos biógrafos dan por sentado que estudió en la Universidad de Sevilla, otros no lo ven tan claro. Sólo a través de los datos que proporciona su obra, cabe determinar el grado de su cultura y su formación, tanto en la materia de lenguas, como en lo que concierne a sus saberes literarios, filosóficos y teológicos.

Es un buen conocedor del latín escolástico. Según consta en algunas fuentes, parece que conocía la medicina islámica a través de Avicena. Poco después, en 1510, siente la llamada de la gracia a los veintiocho años de edad y entró como “Hermano lego” en el Convento de San Francisco del Monte de Villaverde, perteneciente a la Provincia de los Ángeles. A pesar de tener conocimientos teológicos, se mantiene en el estatus de “fraile lego”. Terminado su noviciado, permaneció vinculado a esa institución hasta el fin de sus días. Allí fue **nombrado enfermero del convento además de farmacéutico (boticario)** de toda la provincia.

La práctica médica la ejerció también fuera del monasterio, atendiendo al Rey de Portugal Juan III, a la mujer de Juan III, hermana de Carlos V y otros. Por otras narraciones³ se le atribuyen curas y milagros que son considerados por muchos con cierto escepticismo.

La obra: “Metaphora Medicine et Chirurgie”

Cronológicamente es la primera publicación que se le atribuye a Laredo. Lo primero que podemos decir de ella es que es un texto médico escrito para enfermeros y es el primero como tal del que tenemos constancia. De ahí que nuestro interés por la obra no es sólo por los aspectos médicos que deja escrito, sino por la intención de que sirvan para que el enfermero sepa y no cometa errores en ausencia del médico y desde este enfoque queremos estudiarla.

La obra tiene finalidad docente desde varias vertientes, a través de ella instruye como deben ser usadas sustancias simples o los conceptos de medicina, cirugía y regimientos que se utilizan en las enfermerías. Para ello se vale de muchas fuentes de prestigiosas autoridades (Hipócrates, Galeno, Avicena...) con la intención de enseñar a quienes no eran médicos, es decir, a quienes cuidan de las enfermerías, enfermeros que se hacían cargo de pacientes y debían estar instruidos ante la falta de un médico que aplicara remedio.

El autor pretende que los enfermeros sepan resolver los problemas ante los que se encuentran, pues afirma que lo escribe para que *“los enfermeros sepan cómo actuar, cuando no están los médicos”*. Por tanto, él que conoce la realidad, quiere que sirva para formar a los enfermeros y podemos decir que este es el objetivo, escribir un texto para la enseñanza a los enfermeros. En ella nos describe diferentes técnicas y advierte de que no sólo cuiden las enfermedades del cuerpo, sino también las del alma. Para nuestro análisis lo aproximamos a una visión actual de la enfermería.

El libro fue impreso por primera vez en Sevilla, en la imprenta de Juan Varela en 1522. En “La tabla” o “memorial de los vicios adquiridos en el molde” que recoge el autor al final

³ Guadalupe Fray A. de. Historia de la Santa Provincia de los Ángeles de la Regular Observancia y Orden de Nuestro Seráfico Padre San Francisco. Madrid: 1662. p. 331.

de la obra, nos advierte que su verdadero título es *“Metaphora Medicine et Chirurgie”*. Así aparecerá en la segunda impresión de 1536. Por lo que afirma el autor en la fe de erratas, parece que esta edición fue aproximadamente de mil ejemplares. Consta de cinco partes o libros, como indistintamente se les llama.

Resultados y debate: Elementos básicos de la Medicina y de la Enfermería que nos aporta la obra

Libro I. Empieza con las elecciones de Mesué, estudiando los simples más usuales describiendo sus complexiones, modo de preparación, propiedades, aplicación del remedio, dosis... Continúa describiendo medicinas consideradas venenosas porque sus operaciones son nocivas, por lo que deben aplicarse junto con medicinas benedictas⁴.

Según Laredo la calidad de la naturaleza humana debe ser más fuerte que la medicina, pues si no la naturaleza quedaría afligida y no ayudaría a la medicina. En esta parte del libro reseña la necesidad de que los enfermeros tengan claros estos conocimientos para que puedan avisar a los médicos y traérselo disimuladamente a la memoria. *“[...] es bien que los enfermeros sepan esto para que, como hazen los buenos boticarios, puedan avisar a los médicos trayéndoselo discreta e disimuladamente a la memoria, cuando viessen que en su dispensar carescen de rectificación”*⁵.

Siguen *“por conformidad de rúbrica de la parte primera del tratado”* ciertos “Notables”, sobre virtudes curativas, otras cuestiones médicas y advertencias convenientes tanto al ejercicio de la medicina como al de la botica. Es necesario que médicos y enfermeros conozcan en el universal cuáles son los accidentes que pueden surgir cuando se apliquen. Refleja situaciones que el enfermero debe saber barajar, lo que se debe y no debe hacer⁶.

A continuación pone una tabla de dosis seguida de unas pequeñas advertencias sobre pesas. La unidad de pesa es el grano de trigo y posteriormente trata de las propiedades de las medicinas. Añade un “extravagante” en donde expone *“pues sabiendo los enfermeros lo que está dicho de las cosas medicinales puestas en principio desta primera parte, es bien por conformidad les enseñe este primero extravagante las calidades y los efectos diferenciados de algunas cosas potables e comestibles más usuales”*⁶.

Continúa ocupándose de estas cosas *potables y comestibles*, entre ellas el vino como cosa más usual. Se apoya por ello en la indiscutible autoridad de Aristóteles⁷. Sigue el vinagre, uvas, pasas, higos, etc... y termina con el agua y siempre con las referencias a los sabios que han tratado las diferentes cuestiones.

Libro II. Este libro es un Tratado de Medicina donde se ocupa, entre otras cosas, sobre los sentimientos dolorosos, “porque puedan los enfermeros faltando el médico aplicar remedio a tales pasiones, porque la falta de ese remedio no traiga al que padesce de un

⁴ Laín Martínez M, Ruiz Otín D, editores. *Metaphora Medicine et Chirurgie*. Doce Calles S.L; 2013. p. 35.

⁵ Laín Martínez M, Ruiz Otín D, editores. *Metaphora Medicine et Chirurgie*. Doce Calles S.L; 2013. p. 43.

⁶ Laín Martínez M, Ruiz Otín D, editores. *Metaphora Medicine et Chirurgie*. Doce Calles S.L; 2013. p. 48.

⁷ Laín Martínez M, Ruiz Otín D, editores. *Metaphora Medicine et Chirurgie*. Doce Calles S.L; 2013. p. 49.

mal grande a otro mayor [...] Paresce pues en lo dicho, el provecho e la necesidad que hay de estar las enfermerías proveídas de remedio cuando la presencia del médico falta”⁸. Considera que muchas enfermedades se causan por el pecado, advierte a los médicos que el paciente debe pasar antes por el médico de las ánimas, para que con la salud de sus conciencias sean más eficaces los remedios.

No solo describe cómo aplicar remedio por parte de los enfermeros, sino que también hace hincapié en las condiciones ambientales que debe haber en la enfermería para determinados remedios, como en el caso del Romadizo, en el cual es conveniente tener una brasa en la celda “ya que el sudor por causa de buen abrigo sería muy medicinale”⁹.

El “extravagante” de esta segunda parte trata el regimiento o manera que en las enfermerías se debe con el enfermo tener. Describe que las enfermerías deben procurar las dietas de los enfermos, pero también de los neutros (descritos por Galieno como los que no del todo tienen salud o enfermedad, pero participan de uno y de otro)¹⁰. Trata además de las seis cosas no naturales, cómo influyen en la aparición de los dolores. Las seis cosas no naturales cubren las necesidades más básicas de la persona e incluyen el aire, comer y beber, el movimiento o quietud, el sueño o vigila, la evacuación y los accidentes del ánima; y su combinación con los cuatro elementos (cálido, húmedo, frío y seco).

Describe tareas de los enfermeros tales como controlar las dietas de los pacientes, sabiendo lo que es bueno para el enfermo, como las cosas suaves. No deben negar manjares gustosos a pesar de ser dañinos, pues es lo que abre el apetito. Además de otros cuidados a los convalescientes.

Libro III. Es un *Tratado de Cirugía* que repasa los principales conceptos de *la cirugía* y los casos más comunes que pueden encontrarse en las enfermerías. En el comienzo del libro se justifica Laredo por excederse en la extensión, por la consideración -deseable para él - de que su obra trascienda el limitado ámbito de las enfermerías conventuales y llegue a otros ámbitos, a “manos seculares”. Trata de aclarar los principales conceptos de la cirugía sobre todo los de Guy de Chauliac, así lo afirma el autor. Comienza con la definición de cirugía como “*sciencia enseñante el modo o calidad de obrar principalmente soldando, cortando, ejercitando otras obras*”.

Se divide en tres partes: se ocupa de las llagas y apostemas; de las úlceras, cuya diferencia con las llagas establece, de las fístulas y sobre apostemas, forúnculos, carbúnculo, panadizos, erisipela... Como medicación para todo ello emplea diversas recetas, con ungüentos, principalmente.

Casi al final de libro tercero menciona la capacidad de los practicantes para aplicar las sanguijuelas e infundir lavamientos para sacar la sangre engrosada y venenosa¹¹.

⁸ Laín Martínez M, Ruiz Otín D, editores. *Metaphora Medicine et Chirurgie*. Doce Calles S.L; 2013. p. 58.

⁹ Laín Martínez M, Ruiz Otín D, editores. *Metaphora Medicine et Chirurgie*. Doce Calles S.L; 2013. p. 65.

¹⁰ Laín Martínez M, Ruiz Otín D, editores. *Metaphora Medicine et Chirurgie*. Doce Calles S.L; 2013. p. 87.

¹¹ Laín Martínez M, Ruiz Otín D, editores. *Metaphora Medicine et Chirurgie*. Doce Calles S.L; 2013. p. 175.

Libro IV. El libro IV trata del *Humido radical y flebotomía*. Además trata “*las cautelas al que ha de obrar necesarias cuando mandare sangrar*”. Describe las diversas formas de realizar las sangrías según las circunstancias (el momento de la enfermedad...). Se muestra en este capítulo de carácter científico, como gran conocedor de la anatomía de las venas. Sin embargo, solo hace una pequeña mención a la enfermería.

Libro V. En él describe aforismos y otros escritos en latín. *Incipit: Vita brevis ars vero longa*. Esta última parte engloba varios aspectos: *Autoridades, Tablas, fe de erratas...* y termina con un capítulo singular y sello.

CONCLUSIONES

1.- Desde el punto de la medicina el libro parece que no responde a ser un texto propiamente médico, y ha sido criticado como obra de poco valor para la medicina y realce científico.

2.- Para la enfermería tiene un gran valor, pues es el primer libro, por lo que sabemos, que se ocupa de la enseñanza a los enfermeros (1522) y aunque el autor sea reconocido como médico, es también enfermero, nombrado además “boticario” de todas las enfermerías de la provincia. Por ello, un gran conocedor de la enfermería, cómo organizarla y elementos necesarios: qué es un enfermero, qué cualidades y actitudes debe tener, qué debe conocer para saber cuidar...

3.- Respecto a la valoración de los contenidos de enfermería de la obra responde a varias vertientes. Su objetivo es presentar el libro con una intención didáctica: “Para que los enfermeros sepan cómo actuar cuando el médico no está”, por tanto, podemos enclavarlo como un texto docente. No es un texto elaborado con una estructura orgánica, aunque el autor tenga esa intención, y sin embargo lo es, pues muestra muchos elementos y aspectos para enseñar al enfermero cómo organizar la enfermería: el qué, el para qué y el por qué. Le enseña qué observar, cómo proceder, la forma de prepararlo y aplicarlo.

4.- A la par es y no un libro de enfermería, es una síntesis de contenidos médicos y farmacéuticos para que el enfermero los conozca, sepa qué son y para qué y sus efectos y el enfermero sepa manejarlos, no sólo desde la prescripción médica, sino además para que sepa cómo proceder en ausencia del médico y desde la situación del paciente. Su contenido engloba una respuesta no ordenada a todas y cada una de las cuestiones que nos propusimos estudiar, pero las presenta como orientaciones para conocimiento de los enfermeros y su práctica (ver apartado 4 de Resultados).

5.- La primera parte de la obra presenta los elementos más básicos de la farmacología, trata de las elecciones y calidades de las medicinas, que según se han estudiado son de Mesué y que él mismo advierte. Parecen más una adaptación de lo que dicen las autoridades que cita, aplicándolas al uso cotidiano de los enfermeros y de las necesidades de la medicina doméstica.

6.- Para la curación de diversas enfermedades y tratamientos de las lesiones quirúrgicas, preconiza muchas recetas, remedios, alimentos y medicamentos especiales, tomados en su mayor parte, de Hipócrates y otras autoridades médicas.

FUENTES

- Laredo B. *Metaphora Medicine et chirurgie*. Sevilla: Juan Varela; 1522. En los fondos antiguos de la biblioteca de la Universidad Complutense de Madrid y digitalizada por Google Books.
- Laín Martínez M, Ruiz Otín D, editores. *Metaphora Medicine et Chirurgie*. Transcripción y estudio crítico de la obra. Doce Calles S.L; 2013.

BIBLIOGRAFÍA

- Caballero Villaldea S. Fray Bernardino de Laredo (Médico y Boticario Franciscano del siglo XVI) su vida, su época y sus Obras. En: *Notas para las Historia de la Farmacia Hispana*. Madrid: Prensa Española SA; 1948. p. 6 – 79.
- Gracia Guillén D. La Fisiología Escolástica de Fray Bernardino de Laredo. En: *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*. Salamanca: 1973; XII. p. 125 – 192.
- Gracia Guillen D, PRÓLOGO. En: Laín Martínez M, Ruiz Otín D, editores. *Metaphora Medicine et Chirurgie*. Doce Calles S.L; 2013. p. 9 – 12.
- Laín Entralgo P. *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona: Salvat; 1972.
- López Piñeiro JM. *La Facultad de Medicina en la Universidad de Valencia: aproximación a su historia*. Valencia: Universidad de Valencia, Facultad de Medicina; 1980.
- Sanchez Granjel L. *Cirugía Española del Renacimiento*. Salamanca: Universidad de Salamanca, ediciones del Seminario de Historia de la Medicina Española; 1968.

LA ACTUALIDAD PROFESIONAL DURANTE 1926, A TRAVÉS DE LOS EDITORIALES DE “EL PRACTICANTE TOLEDANO”

PROFESSIONAL’S PRESENT DURING 1926, THROUGH THE LEADERS OF “EL PRACTICANTE TOLEDANO”

Isidoro Jiménez Rodríguez

Universidad Rey Juan Carlos. Departamento de Enfermería

Marta Losa Iglesias

Universidad Rey Juan Carlos. Departamento de Enfermería

PALABRAS CLAVE: Prensa Profesional, Historia, Enfermería.

RESUMEN: La labor desempeñada por la antigua prensa profesional enfermera fue muy importante a la hora de crear una conciencia colectiva y aunar esfuerzos para progresar.

El hecho más destacado de 1926 para los Practicantes españoles fue la celebración de la V Asamblea Nacional. En esta se pusieron de manifiesto los diferentes puntos de vista de los Colegios provinciales frente a los problemas comunes.

Hay que resaltar la importancia de abordar, cuanto antes, el estudio de la prensa profesional enfermera para conocer momentos y aspectos de interés en la historia de este colectivo. Y también para poder interpretar el momento presente de la Enfermería.

KEY WORDS: Professional Press, History, Nursing.

ABSTRACT: The work done by the professional nursing press of the past was very important in creating a collective conscience and joining efforts to progress.

The most outstanding fact of 1926 for Spanish Practitioners was the celebration of the V National Assembly. In this Assembly, they showed the different points of view of the Provincial Colleges in front of the common problems.

It is necessary to emphasize the importance of approaching, as soon as possible, the study of the professional nurse press to know moments and aspects of interest in the history of this group. And also to be able to interpret the present moment of Nursing.

INTRODUCCIÓN

A comienzos de 1926 se empezaban a emitir por la radio española los diarios hablados, lo que supuso una nueva forma informativa frente a los numerosos periódicos y revistas escritas existentes en aquellos momentos, tanto de información política y social, como de carácter profesional. En esta prensa observamos como sus espacios de apertura estaban configurados por los editoriales.

El editorial de un medio de comunicación representa una exposición y argumentación acerca de un tema de actualidad. Es la opinión o juicio que se emite en representación de una determinada línea ideológica o representativa de dicho periódico o informativo. Estos textos o informes, siempre reflejan un hecho o suceso de gran interés para las personas a las que se dirige la información.

En nuestro país, también fue noticia en 1926 la trama de un golpe de estado contra la Dictadura de Primo de Rivera, instaurada hacia tres años. Dicha conspiración, que finalmente fracasó, estaba prevista para la noche del 24 de junio, de ahí su nombre de “Sanjuanada”.

Algunos años antes, en 1921, se creaba la revista “El Practicante Toledano” (EPT, en lo sucesivo), con la finalidad de fomentar la unidad y la colegiación de los Practicantes de esa provincia.

Para conocer que temas o preocupaciones suscitaban el interés de los Practicantes de aquella época, podemos releer el editorial de EPT de julio de 1925, en el cual se analizan los temas abordados por los Practicantes en la Asamblea Regional de Clases Sanitarias que había tenido lugar en Toledo. La creación de la Escuela Nacional de Practicantes, junto a la “Reforma de la Carrera y Plan de Estudios”, fueron algunos de los asuntos en los que se mostró más empeño. Expresando el editorialista sobre tales aspectos, que *“una clase que pide instrucción y cultura antes y por encima de todo, para ejercer dignamente su profesión, bien merece el apoyo del estado y la consideración general”*.

Otra cuestión abordada en dicha Asamblea fue el ejercicio en el medio rural, donde se considera que el Practicante no está, *“decorosamente pagado”* y no puede ejercer su profesión *“dignamente”*. Para mejorar esta situación se solicita que perciba el cuarenta por ciento de la asignación del Médico Titular (EPT, nº 48, p.2). Esta preocupación por la situación de los Practicantes en el ámbito de los pueblos ya estuvo presente en el número inaugural de la revista, considerando que se encuentran *“solos y aislados”*, sufriendo *“nada más que desprecios y humillaciones”* (EPT, nº 1, p.1)

En “El Practicante Sevillano”, un artículo del Vicepresidente de aquel Colegio, Joaquín Gutiérrez, titulado “Practicantes conservadores y practicantes revolucionarios”, abría de levantar una gran polémica. Según el autor, existen dos tipos de Practicantes. Por un lado, los que están bien colocados y viven de forma holgada; se trata de los conservadores. Y por otro, hay muchos Practicantes sin trabajo, que se tienen que dedicar a otras ocupaciones, a los cuales llama a que se revelen contra los médicos, autoridades y opinión pública; son los revolucionarios (1).

Con el presente trabajo nos planteamos describir y analizar los acontecimientos que despertaron el interés de los Practicantes en 1926. Nuestra fuente histórica son los textos

editoriales de “El Practicante Toledano”.

Datos sobre la revista

Su primer número se hizo coincidir con la festividad de la patrona de Toledo, N^a. S^a. del Sagrario (15 de agosto de 1921). Entre sus fines se encuentran el fomentar la colegiación de los Practicantes, a la vez que servir de medio de comunicación para la clase, especialmente para los que desempeñan la profesión en el medio rural.

La publicación se mantendrá a lo largo de catorce años. El último número localizado es el 163, correspondiente a octubre de 1935. Su periodicidad mensual se vio alterada en los años 1931 y 1932, no publicándose en algunos meses.

Inicialmente, la suscripción anual era de 4 ptas. La revista mantuvo un formato de 32 por 22 cm. y el número de páginas de sus ejemplares, oscilará entre 12 y 48.

Cuando nace este medio de comunicación profesional, ya habían sido publicadas otras cabeceras auspiciadas por asociaciones o federaciones de colegios, así como por colegios individualmente, o por iniciativa privada. Álvarez Nebreda, nos informa de la aparición de varias revistas similares en estos años: “El Practicante Gaditano” (1916); “El Practicante Almeriense (1919); “El Practicante Navarro” y “Boletín del Colegio de Practicantes de la Provincia de Valencia” (1920); “El Auxiliar de Medicina y Cirugía” (Barcelona, 1921); “El Auxiliar Médico” (Córdoba, 1923); “El Practicante Sevillano” (1923); “El Cauterío” (Albacete, 1925); etc. (2). Podemos asegurar que la vida de estas fue muy desigual, aunque hasta ahora no se han localizado muchos de los números de estas publicaciones.

Fernando González Iniesta, primer director de EPT, llegó a desempeñar la Presidencia de la Federación de Colegios de Practicantes Españoles (entre el 12 de octubre de 1923 y el 17 de octubre de 1924). Le sucederán al frente de la revista Valentín López Ayllón, Félix Pérez Ferrer, Pedro Pérez Martínez e Isabelo Ludeña Casona.

La publicación mantuvo un formato de 32 por 22 cm. y el número de páginas de sus ejemplares, oscilará entre 12 y 48 (3).

A lo largo de 1926, se va a mantener un número igual de páginas, en 16, salvo en el ejemplar correspondiente a diciembre que se eleva a 18. No se asignó el número 65 de la revista, pasando esta del 64, correspondiente a noviembre del citado año, al 66, de diciembre. Desconocemos que se editara algún número especial.

Siempre ostentó como subtítulo “Órgano Oficial del Colegio Provincial”, si bien a lo largo del referido 1926, observamos alguna modificación en la cabecera, añadiéndose en febrero el lema: “Revista Profesional Científica y Literaria”. A lo que se añadirá a partir de



Figura 1. Portada de EPT, nº 66 (diciembre de 1926)

mayo la coletilla, “Se reparte gratis”.

En cuanto al contenido, aparte del editorial, que abre los diferentes ejemplares, observamos artículos sobre temas clínicos y sanitarios en “Sección científica”, escritos por Médicos. Los “Ecos de prensa” recogen noticias relacionadas con el mundo sanitario o la profesión aparecidas en otras publicaciones periódicas del sector. El apartado “Noticias” presenta breves reseñas sociales o profesionales de carácter local. Es importante la reseña de noticias e informaciones curiosas sobre otros periódicos sanitarios de la sección “Hay que ver”.

En su “Sección Literaria”, normalmente ocupada por poesías, podemos encontrar variadas aportaciones en forma de poesía o relatos. En alguno de los números aparecen los versos de Francisco Machado, hermano de Antonio Machado. Francisco vivió un periodo en Toledo como funcionario de prisiones. Otro colaborador de la revista fue el toledanista Juan Moraleda y Esteban, con temas de historia y leyendas locales.

La actualidad enfermera en 1926

Hacemos un repaso a las noticias analizadas a través de los editoriales de la revista en dicho año.

- Montepío Nacional

El tema de apertura en el mes de enero se insiste en una cuestión que ya se ha tratado en números anteriores, como es la implantación del Montepío Nacional de Practicantes. Tal asociación benéfica es considerada como un elemento de gran importancia, que “*podiera impedir el derrumbamiento de nuestro espíritu colectivo*”. Aparte de los beneficios propios que puede reportar a los Practicantes esta unión mutualista, la propia existencia de la misma resultaría “*un medio de unión*” para ellos (EPT, nº 54, p.1).

- Beneficencia Provincial

Durante este momento histórico las Diputaciones Provinciales eran las encargadas de prestar los servicios sanitarios en sus respectivas provincias. En el caso de Toledo, esta Corporación va a poner en vigor las nuevas plantillas de sus empleados, adecuándolas al Estatuto Provincial que había sido aprobado. Desde la revista se refiere la “mezquindad” de los sueldos de los Médicos y Practicantes de la Beneficencia Provincial, solicitando su equiparación con los del resto de empleados de este organismo (EPT, nº 55, p.1).

- V Asamblea Nacional

El artículo de opinión que abre el ejemplar de marzo (EPT, nº 56, p.1) da a conocer la postura contraria del Colegio toledano, sobre la celebración de una Asamblea Nacional. Entre los argumentos empleados para mantener esta actitud se encuentra la repetición de los acuerdos que se adoptan y que a pesar de ser trasladados a la autoridad, permanecen sin resolverse. Se mencionan, entre estos, la colegiación oficial obligatoria; la creación de cuerpos específicos profesionales para sectores como ferrocarriles o penales; o la asignación de un sueldo decoroso para los Practicantes Titulares. Se preguntan para qué celebrar una Asamblea, cuando las conclusiones a las que se pueda llegar van a ser idénticas a las alcanzadas anteriormente. También se cuestiona el empleo de los escasos

fondos del Colegio para los gastos de asistir a estas reuniones.

En la revista de mayo se nos da a conocer el acuerdo adoptado por el Colegio sobre este asunto. Se aboga por el cumplimiento del Reglamento de la Federación, así como que la citada reunión en caso de llevarse a efecto, no tenga lugar en Madrid, Zaragoza, Bilbao y León, pues no se gozaría de “absoluta libertad”. Es más, *“merece ser discutida la actuación de los mencionados Colegios”* (EPT, nº 58, p.9).

La división de las agrupaciones provinciales de Practicantes se vislumbra con el artículo firmado por Prats Verdu, en la revista de agosto, el cual viene a dar la razón a las tesis que se defienden desde Toledo. Con respecto a la próxima reunión nacional lanza las siguientes preguntas: *“¿En esta Asamblea que se va a celebrar, se abrirán nuevos cauces, otros derroteros, para darle más empuje, más realce, más realidad, para que sea más provechosa?”*. Y por ello aboga por que los Colegios que integran la misma, se decidan *“a darle más vida”*, una nueva forma y estructura, pues de lo contrario se dará al traste con la misma (EPT, nº 61, p. 5).

Las discrepancias del Colegio de Toledo con la Federación, se ponen una vez más de manifiesto ante la posible dimisión del valenciano Enrique Marzo, al frente de la misma. Este último solicita, en un principio, la aprobación para retrasar la Asamblea hasta mayo de 1927, alegando motivos profesionales. Finalmente, la Asamblea es fijada para el día 20 de octubre y el editorial del mes de septiembre vuelve a insistir en el temor de que la misma sea una repetición de las anteriores, que se nos describen de esta forma: *“muchas discusiones, elocuentes y frenéticos discursos, con grandes galas oratorias”* y finalmente, *“un sinnúmero de peticiones elevadas a los Poderes Públicos”*, que dado su exceso, sólo consiguen la promesa de *“ser estudiadas”* (EPT, nº 62, p.19).

La revista profesional editada por el Colegio de Madrid, en su número de septiembre, recoge el llamamiento a la unidad, frente a las incertidumbres que plantea esta Asamblea, del colegiado, Leonardo Sánchez: *“¡Compañeros de toda España, no permitamos que la federación sucumba, que sería la muerte de la carrera de Practicante!”* (Boletín Oficial de los Practicantes en Medicina y Cirugía, nº 216, p. 19).

Finalmente, EPT de octubre, carente de editorial, recoge en sus primeras páginas el desarrollo de la V Asamblea Nacional, reseña por el administrador de esta publicación, Félix Pérez Ferrer. Hay que señalar que el Colegio toledano no asistió a la misma. Fueron dieciocho los acuerdos adoptados, que partiendo de la ya referida colegiación obligatoria, proponen diversas actuaciones para mejorar aspectos relacionados con los distintos campos de ejercicio profesional (practicantes militares, de ferrocarriles, de clínicas odontológicas, de penales, de botiquines de urgencias, creación de botiquines en fábricas y talleres...). Entre estos acuerdos figuran también los relacionados con la reforma de la carrera y la ampliación de estudios, o el aumento de sueldo en algunos campos de trabajo. Queda en el aire otro de los asuntos que era motivo de desavenencias entre los Colegios federados, como es la afiliación a la organización sindical UGT (EPT, nº 63, pp. 2-5).

La crónica de EPT sobre esta reunión nacional termina con ostensibles críticas al desarrollo de la misma. Se llega a afirmar que *“de esta Asamblea sale la clase desunida”*. Queda patente la división de los Colegios provinciales: *“ocho o nueve Colegios no olvidarán nunca la forma tan desacertada como se han conducido los directores y*

culpables de esta desunión". A juicio de Pérez Ferrer, los *"egoísmos personales"* se han impuesto *"a la razón y la justicia"*. Considera que sólo se ha aprobado lo que ya se había preparado con anterioridad, por lo que ha existido un *"régimen mordaza"*.

De esta Asamblea saldrá un nuevo presidente de la Federación, el ya citado, Leonardo Sánchez, perteneciente al Colegio de Madrid (EPT nº 63, p.5).

En el último número de 1926 (diciembre), ya en páginas interiores, se hace una reseña en plan jocoso de la Asamblea de septiembre, lleva por título *"La 5ª de abono"* y es firmada por Prats Verdú. Compara la pasada reunión federal con un festejo taurino, donde los toreros y personajes representan a las personas y Colegios provinciales participantes. El Colegio de Toledo, se identifica con el *"gran puntillero `Mazapán'"*, ausente en el festejo, *"porque sabía él que esto tenía que oler y no a rosas"* (EPT, nº 66, p.2)

- Practicantes rurales

El mensaje que abre la edición de la revista profesional correspondiente a abril (EPT, nº 57, p.1-2) se dirige a mejorar las condiciones salariales de los Practicantes rurales. Se considera una injusticia que la mayoría de los ayuntamientos asigne unos sueldos superiores a otros empleados, como pueden ser el alguacil, el campanero o el pregonero. Las asignaciones anuales que suelen disponer las distintas localidades de la provincia para los Practicantes, oscilan entre las 25 y 500 pesetas.

- Intrusismo

Tras la publicación en el diario *"El Sol"* de una información relativa a que las Enfermeras del Instituto Rubio van a empezar a hacer prácticas en el Hospital del Rey en Madrid, el editorial de mayo refleja lo que considera *"impotencia como clase auxiliar"*, al no poder evitar que la Enfermera, *"nos arrebate lo que es sólo nuestro, y sólo los Practicantes debieran hacer"* (EPT, nº 58, p.1). La información que da lugar a este artículo de opinión refleja que en las referidas enseñanzas prácticas, las Enfermeras van a realizar asistencia a los enfermos infecciosos, proponiéndose igualmente un cursillo para estas que les permita *"ser auxiliares eficaces en la lucha contra la tuberculosis"*. Ante ello, proponen la *"Creación del Auxiliar Único"*, bien haciéndose las Enfermeras Practicantes, o bien, cursando estos últimos la carrera de Enfermera. De ahí el título que encabeza este editorial: *"¿Practicantes o Enfermeros?"*.

- Beneficencia de Madrid

El tema de actualidad escogido para abrir la revista de junio recoge la petición del Colegio de Madrid a su Diputación Provincial para que se cree un cuerpo de Practicantes de la Beneficencia. Tal solicitud fue desestimada, basándose en un dictamen del Cuerpo médico de la Beneficencia Provincial, en el que además se refiere *"que para una mejor*



Figura 2. Encabezamiento de la "sección científica" (EPT)

asistencia de los enfermos, se cree el de enfermeras laicas o religiosas". Ello es motivo de una protesta enérgica, por creer que tal acuerdo "es lesivo a nuestros intereses de clase Auxiliar legalmente titulada", podemos leer (EPT, nº 59, p.1-2).

- Federaciones Regionales de Colegios

La cuestión elegida para encabezar la revista de julio es la Asamblea Regional Vasco-Navarra, de la que se afirma que "se ha desarrollado bajo un espíritu de acendrado compañerismo y con una alteza de miras grandes de afecto y de dignificación profesional". Se deja entrever entre las cuestiones abordadas por algún orador en la misma, las alusiones que se hicieron a la postura adoptada por el Colegio de Toledo frente a la Federación. Se dice en el editorial que la agrupación toledana no tuvo la oportunidad de poderse defender ante tales ataques. También se plantea, como posible camino a seguir en el futuro, el establecimiento de estas Federaciones regionales de Colegios, que a su vez, quedarían integradas en la Nacional (EPT; nº 60, p.1).

-Junta General

La convocatoria de la reunión colegial anual es tratada en el artículo de opinión de agosto. Se insiste en la importancia de que asistan los colegiados, dado el interés y trascendencia de los asuntos que van a ser abordados. Entre ellos, la celebración de la Asamblea Nacional que tendrá lugar al mes siguiente, cuya postura colegial debe ser respaldada por todos los asociados; la organización del Montepío Nacional en la provincia y la elección de su directiva; o la renovación reglamentaria de cargos en la propia Junta Directiva del Colegio (EPT, nº 61, p.1).

-Protesta "respetuosa"

El saludo del nuevo presidente de la Federación, Leonardo Sánchez, en el que termina solicitando al Colegio de Toledo que "*cese en sus campañas de lucha enconada, que sólo conduce a perdernos el respeto*" (EPT, nº 66, p.7-8), es motivo de respuesta en el editorial de diciembre. Desde la revista se le contesta que tales apreciaciones no son justas, "*pues tanto el Colegio toledano como el periódico El Practicante Toledano, siempre se esforzaron por el engrandecimiento y dignificación de la clase*" (EPT, nº 66, p.1).

A modo de conclusiones

Los temas tratados en los artículos de opinión de EPT nos muestran las inquietudes y aspiraciones de los Practicantes de esta provincia. Algunos de estos temas son recogidos también por otras revistas profesionales de otros colegios provinciales.

El hecho más destacado de 1926 para los Practicantes españoles fue la celebración de la V Asamblea Nacional. En la misma se ponen de manifiesto los diferentes puntos de vista de los Colegios provinciales frente a los problemas que debe afrontar esta clase sanitaria. Aunque existe un consenso en cuanto a los problemas a los que debe enfrentarse la profesión, las diferencias aparecen en las formas o procedimientos para solucionar los mismos.

La puesta en marcha de un Montepío profesional, organizado en los Colegios provinciales, a través de la federación va a constituir otra de las metas propuestas.

Preocupa dentro del colectivo la situación de desamparo y penurias económicas que viven los Practicantes en el medio rural, problema que viene de antiguo.

Los practicantes van a considerar la incorporación creciente de las Enfermeras a los distintos campos asistenciales, como una forma de intrusismo que no pueden frenar, al contar estas con el beneplácito del sector médico.

Podemos ver como estos problemas ya estaban presentes anteriormente, así como que seguirán siendo motivo de preocupación en el futuro, por lo que esta falta de soluciones va a constituir un motivo de desunión en la Federación de Colegios.

Finalmente hay que resaltar la importancia de abordar, cuanto antes, el estudio de la prensa profesional enfermera para conocer momentos y aspectos de interés en la historia de este colectivo. Y también para poder interpretar el momento presente de la Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1- Gallardo Moraleda C, Jaldón García E, Villa García Noblezas V. La Enfermería Sevillana. El Colegio y su Historia (1900-1930). Sevilla: Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla; 1993.

2- Álvarez Nebreda CC. Catálogo de publicaciones periódicas enfermeras. Madrid: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid; 2010.

3- Sánchez Sánchez I. Historia y evolución de la prensa toledana (1833-1939). Toledo: Editorial Zocodover; 1983.

4- Urien Blázquez T. Enfermería: Historia desde 1857. Sevilla: Vision Libros; 2011.

LA FORMACIÓN DEL AYUDANTE TÉCNICO SANITARIO SEGÚN LOS MANUALES DE LA EDITORIAL OTEO (1962-1975)

THE FORMATION OF THE TECHNICAL HEALTH ASSISTANT ACCORDING TO THE MANUAL OF THE PUBLISHING OTEO (1962-1975)

Yolanda Martínez Santos

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza

Concha Germán Bes

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza

PALABRAS CLAVE: Ayudantes Técnicos Sanitarios, Manuales, Formación.

KEY WORDS: Technical Health Assistants, Manuals, Formation.

RESUMEN: 15 volúmenes componen una de las obras de mayor vigencia entre los publicados para la enseñanza de las Enfermeras. El objetivo de este trabajo es determinar los valores, conocimientos o técnicas en las que se socializaron las enfermeras (ATS durante la dictadura de Franco). Hemos realizado un análisis estructural y de contenido de cuatro de las cinco ediciones del Manual *Ayudantes Técnicos Sanitarios*. Estos manuales son buenas fuentes de información científico profesional, que nos ayudan a la reconstrucción del relato académico del ATS, caracterizado por el enfoque biomédico de la enseñanza, en el contexto sociopolítico de nacional catolicismo.

ABSTRACT: 15 volumes make up one of the works of greater validity among those published for the teaching of Nurses. The aim of this study is to determine the values, knowledge or techniques in which nurses are socialized (ATS during the Franco dictatorship). We have carried out a structural and content analysis of four of the five editions of the Manual Technical Health Assistants. These manuals are good sources of professional scientific information, which help us to reconstruct the ATS academic account, characterized by the biomedical approach of teaching, in the sociopolitical context of national Catholicism.

INTRODUCCIÓN

Los manuales formativos del Ayudante Técnico Sanitario (ATS) eran herramientas donde se plasmaba la imagen de las profesiones relacionadas con la función de la mujer y del sanitario en la sociedad y ejercían la función de instruir a los profesionales. En ellos, además de los contenidos teóricos y prácticos de la enseñanza enfermera, se expresan los deberes y obligaciones morales que debía cumplir un buen ATS.¹ Estos discursos transmitidos y reproducidos durante años, no solo por los autores de los manuales, sino también por las enfermeras y enfermeros de la época, junto con los docentes médicos; contribuyeron a legitimar conductas y prácticas profesionales que establecieron lo que se consideraba como auténtico o verdadero.

La publicación de las cinco ediciones de los manuales analizados, conforman un total de 15 volúmenes que lo convierten en una de las obras de mayor vigencia entre los publicados para la enseñanza de los ATS. El objetivo de este trabajo es determinar los valores, conocimientos o técnicas en las que se socializaban los ATS, analizando los manuales de la editorial Oteo utilizados mayoritariamente para la formación en las escuelas del Distrito Universitario de Zaragoza.

METODOLOGÍA

Para su desarrollo se ha realizado un análisis estructural y de contenido de las materias que comprendían cuatro de las cinco ediciones del manual *Ayudantes Técnicos Sanitarios (Unificación de las carreras de Practicante, Matrona y Enfermera)*. El primero publicado en 1962 y el último en 1975^{2,3,4,5} todas en Madrid, escrito mayoritariamente por médicos de la Facultad Complutense de esta misma ciudad. Haciendo especial hincapié en la asignatura de moral profesional, con la que se pretendía el adoctrinamiento de los hábitos, cualidades y conductas, adecuadas a este profesional sanitario. Al igual esta disciplina, reflejaba la subordinación de su figura con respecto a la profesión médica. Consideramos que este Manual es una de las mejores fuentes de información científico profesional, que nos ayudan a la reconstrucción del relato académico del ATS, caracterizado por el enfoque biomédico de la enseñanza, en el contexto sociopolítico del nacional-catolicismo de la dictadura franquista.

¹ Miró Bonet Margalida. ¿Por qué somos lo que somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y relaciones de poder en la identidad de loas/os enfermeras/os en España (1956-1976) [Tesis doctoral]. Illes Balears (ES): Universitat de Illes Balears; 2008. pp.140-154.

² Manual *Ayudantes Técnicos Sanitarios (Unificación de las carreras de Practicante, Matrona y Enfermera)* 1962. 1ª ed. Madrid: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Medicina; 1962.

³ Manual *Ayudantes Técnicos Sanitarios (Unificación de las carreras de Practicante, Matrona y Enfermera)* 1962. 2ª ed. Madrid: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Medicina; 1965.

⁴ Manual *Ayudantes Técnicos Sanitarios (Unificación de las carreras de Practicante, Matrona y Enfermera)* 1962. 4ª ed. Madrid: Oteo ediciones; 1971.

⁵ Oteo Hernando, Agustín. Tratado del Ayudante en Medicina y Cirugía. 5ª ed. Madrid: Oteo ediciones; 1975.

RESULTADOS

Después del Decreto de diciembre de 1953⁶ que unificara los estudios de las profesiones auxiliares sanitarias en el peculiar título de Ayudantes Técnico Sanitario (el conocido ATS); se publicó en 1962 la que sería la primera edición del manual editado por el servicio de Publicaciones de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid: el manual *Ayudantes Técnicos Sanitarios. (Unificación de las carreras de Practicante, Matrona y Enfermera)* ajustándose a la programación oficial de 1955⁷ por la que se dictaron las normas para la nueva organización de estos nuevos estudios. Solo tres años después, en 1965 se editó la segunda edición. Entre 1967 y 1969 se imprimió la tercera. En 1971 Ediciones Oteo editó la cuarta y esta misma editorial, transcurridos cuatro años, en 1975, publicó la quinta y última edición del manual, el cuál para esta versión cambió de título, para pasar a denominarse *Tratado del Ayudante en Medicina y Cirugía*.

Cada una de las ediciones contaba con tres volúmenes, uno para cada curso académico que incluía todas las asignaturas, por lo que un total de quince volúmenes, convierten esta obra en una de las de mayor valor para la formación del ATS, aunque no fue la única. Otros manuales utilizados para la formación de la época anterior como el caso del “Manual de la Enfermera” de Usandizaga, la “Enfermera española: adaptado al programa oficial de las Facultades de Medicina” de Murga y Serret o el “Manual del Practicante” de Pimulier, fueron transformados y adaptados a la nueva formación académica del ATS. Otros textos de importancia en la época, fueron las tres ediciones de “Manual de la enfermera” de Sitges i Creus, de la edición Toray de Barcelona, publicados los años 1966, 1972 y 1976.



Ilustración 7. Ediciones de los manuales analizados en el estudio.

⁶ Decreto de 4 de diciembre de 1953 por la que se unifican los estudios de las profesiones auxiliares sanitarias. BOE (29/12/1953); nº 363: 7.723-7.724.

⁷ Orden de 4 de julio de 1955 por la que se dictan las normas para la nueva organización de estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios. BOE (02/08/1955); nº 214: 4.751-4.752.

Están disponibles todas las ediciones de los manuales analizados en la Biblioteca Nacional y en otras bibliotecas españolas de la Red de Bibliotecas REBIUN, a excepción del volumen 2 de la tercera edición. Como consta en el Catálogo Bibliográfico de Publicaciones Enfermeras de Carlos Álvarez Nebreda⁸.

Uno de los hechos más relevantes en el análisis de los manuales, es la autoría médica de los textos, como ya ocurriera en épocas anteriores en la formación de practicantes o enfermeras, lo que denotaba el férreo control que los facultativos ejercían sobre las profesiones auxiliares sanitarias⁹.

Los autores de las diversas materias y en las distintas ediciones cambiaron poco. De hecho, hubo profesores que mantuvieron la autoría de los temas desde 1962 a 1975, como es el caso del profesor Matilla Gómez, el Doctor Sánchez Creus, el profesor Piédrola Gil o el profesor Lorenzo Velázquez, quien además fue el encargado de escribir el prólogo desde la segunda a la última versión del manual. Las pocas variaciones, reflejaron la invariabilidad del plan de estudios que permaneció invariable desde su publicación en 1955 hasta el fin de la titulación en 1977.

Resulta singular la escasez de mujeres autoras de los capítulos de los volúmenes. Solo dos profesoras aparecen en ellos. La Dra. María Gloria García Carrizo San Millán, que escribiría el capítulo de *Historia de la Profesión* desde la segunda edición de 1965 hasta la última en la edición del *Tratado del Ayudante en Medicina y Cirugía*. La profesora Margarita Barón Maldonado, contribuyó a la autoría del capítulo de *Fisiología Humana* en la edición de 1971, repitiendo en la publicación de 1975.

Otro hecho notable fue la coordinación de la quinta edición por el Ayudante Técnico Sanitario de la Beneficencia Municipal de Madrid y del Instituto Nacional de Previsión, Agustín Oteo Hernando, quien también es el autor del capítulo que habla sobre las Técnicas de las Inyecciones en el *Tratado del Ayudante en Medicina y Cirugía*. Otro ATS, en esta misma edición, colaboró escribiendo el capítulo de urología del volumen 3, Don Fernando Mateos Martínez, ATS urólogo del servicio de urología del Gran Hospital del Estado en Madrid y colaborador habitual y muy activo en la revista de *Medicina y Cirugía Auxiliar* que publicó hasta 1977 el Consejo General de Auxiliares Sanitarios, sección Practicantes y Ayudantes Técnicos Sanitarios masculinos.

En conjunto, las principales diferencias aparecen entre la primera impresión y la segunda de los manuales de Ayudantes Técnicos Sanitarios, no siendo tan evidentes entre esta edición con las siguientes. La asignatura *Técnica de Laboratorio*, aparece en el volumen I en la edición de 1962 y en las siguientes en el volumen II y en esta misma publicación, aparece la asignatura de *Educación Física* en el manual (volumen II) y la

⁸ Álvarez Nebreda, Carlos. Catálogo Bibliográfico de Publicaciones Enfermeras (1541-1978). Madrid. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid; 2008: pp. 654-708. Y Red de Bibliotecas Universitarias Españolas (REBIUN) <http://www.rebiun.org/Paginas/Inicio.aspx>

⁹ Blázquez Ornat, Isabel. Las competencias del practicantes según los manuales de Felipe Saenz de Cenzano 1097-1942. En: Campos, Ricardo, González de Pablo, Ángel; Porras Gallo, M^ª Isabel; Montiel, Luis. Medicina y poder Político. XVI Congreso Sociedad Española de Historia de la Medicina. Madrid; 2014.53-57.

siguiente edición, no apareciendo en el resto de ediciones. A partir de 1965 hay nuevos capítulos en el volumen I: aparece la Histología, la Biología. La Fisiología, se desglosó como capítulo en ediciones posteriores a ésta.

Comparando las materias en las ediciones analizadas según el número de páginas dedicadas a cada asignatura, relacionándolo con la importancia que se le concedió a cada disciplina, comprobamos que en la primera edición de 1962, el mayor peso lo tuvieron las asignaturas de *Patología*, tanto *General* como *Quirúrgica* y *Médica*, lo que se mantuvo constante en el resto de ediciones, al igual que el valor otorgado a la *Pediatría* y *Puericultura*. En la edición de 1971, aumentaron el número de hojas dedicadas a la *Ginecología* y *Obstetricia* (138 páginas más respecto a la 1ª edición de 1962), al igual que y a la *Epidemiología* (se incrementaron 89 páginas respecto a la primera edición). En el Tratado del Ayudante de Cirugía y Medicina de 1975, se dedica mayor número de hojas, (244 páginas en la 5ª edición frente a las 68 de la 1ª) a la *Anatomía* y a la *Terapéutica* y *Dietética* (284 páginas en esta edición, contra las 44 páginas dedicadas en la edición de 1962), manteniéndose la importancia de la *Patología*, *Ginecología* y *Puericultura*. En esta edición se desglosaron o aparecieron asignaturas nuevas como las *Técnicas de Inyecciones*, *Anestesia* y *Reanimación* o *Histología*, *Fisiología* o *Biología*, las cuales anteriormente estaban integradas en otras disciplinas. Todo esto venía a reflejar la gran importancia otorgada a la formación biomédica en la enseñanza del ATS, una formación doctrinal, donde en el diagnóstico y el tratamiento, la enfermedad y el hombre enfermo, residía toda la importancia concedida a la transmisión de los conocimientos, en la que se buscaban instruir *ayudantes en medicina y cirugía*, como decía el nombre de esta última edición del manual, quedando los cuidados al juicio del *buen hacer* del ATS¹⁰.

En los volúmenes de la primera edición los dibujos de técnicas o material, no abundaban, y fundamentalmente se distribuían para la explicación de la *Anatomía*, *Microbiología* y *Laboratorio* y *Patología General*. Posteriormente en las siguientes ediciones se aumentaron los dibujos y fotografías. Pero fue en la quinta edición de 1975, cuando se incrementaron considerablemente el número de figuras explicativas para los diferentes temas de estudios, apareciendo como principal novedad las imágenes radiográficas, los dibujos y fotografías a color.

En los manuales motivo de nuestro análisis, se articulaba la enseñanza científica con el adoctrinamiento de las condiciones morales que debían reunir los ATS. La asignatura de *Moral Profesional*, de forma obligatoria y reglada, constituyó un terreno especialmente propicio para la introducción de ideas políticas, sociales y educativas. Se trataba de construir la moral profesional del ATS, creando una imagen social de la enfermera con unas cualidades físicas, psíquicas y morales, unos deberes y obligaciones que fueron prácticamente copiados, en los manuales analizados en nuestro estudio, de los utilizados

¹⁰ Hernández Conesa Juana Mª, Torralba Madrid Mª José, Navarro Perán Mª Ángeles. Correspondencia entre la ideología político-educativa del franquismo y el contenido de las asignaturas obligatorias de moral profesional y religión de los estudios enfermeros. RIE 2013; 31(1):199-221. <http://dx.doi.org/10.6018/rie.31.1.157001> [consultado el 25/02/2017].

en la primera etapa del franquismo¹¹. Reflejados en los textos de la siguiente manera, por ejemplo al referirse a la mano o la buena presencia:

“El ATS que pone inyecciones y realiza vendajes, ejerce en muchas ocasiones no solamente medicina, sino cirugía auxiliar, debe tener una mano firme, serena, dócil, precisa, respetuosa, lo que quiere decir: una mano que actúe con fijeza, con seguridad, amante del detalle, que respete todo lo que en el organismo deba ser digno de respetar, que proceda con delicadeza y ejecute con precisión.”¹²

“No quiere decir esto que se sea un Adonis, sino que en su porte tenga un aire de elegancia, naturalidad y distinción, que no se retraiga, amable en su trato y en sus modales y en sus palabras refleje un espíritu acogedor que rebose optimismo.”¹³

En la primera y segunda edición el reverendo P.F. Peiró (Sacerdote Jesuita), escribió los tres temas de Moral Profesional. En la cuarta edición de 1971, el autor de los temas de Cultura Religiosa y Moral Profesional, fue el reverendo Enrique Arredondo. En la quinta y última edición del manual, la autoría de estos temas correspondió a los profesores P. Castañeda Delgado, Profesor de la Escuela de ATS femenina “Hijas de la Caridad” del Hospital Central del Ministerio del Aire y al profesor A. Pérez Delgado, Teniente Vicario del Ejército del Aire.

De igual manera, los manuales de formación al igual que los Internados y los Reglamentos de la época, desempeñaron un papel fundamental al crear los estereotipos sociales necesarios para establecer la subordinación de la profesión¹⁴. Unos conceptos de sumisión a la autoridad masculina, que a su vez implicaban la inferioridad y dependencia femenina. Papeles que se reflejaron en el hospital y determinando las relaciones profesionales médico-enfermera¹⁵. Como está implícito, en el texto se transmitía que el médico era “el superior de la enfermera” y se manifiesta así en el texto de la quinta edición del manual:

“El fundamento de la obediencia es la autoridad que el superior ha recibido de Dios, directa o indirectamente, ya que, como dice San Pablo, toda autoridad viene

¹¹ El “Manual de la enfermera” de Usandizaga fue publicado por vez primera en 1934 siendo el más utilizado durante las décadas posteriores, caracterizado por la formación técnica y biomédica de sus manuales. Usandizaga Soraluze, Manuel. Manual de la enfermera. Madrid. Mayfee; 1950. De este periodo destacan también otros autores como Felipe Saenz de Cenezano, que en el tomo I de preliminares, habla de las relaciones de los Auxiliares con los médicos, farmacéuticos y la sociedad, y comenta las condiciones morales que habían de adornar al Auxiliar Médico. Sáenz de Cenzano F. Manual del Practicante. 4a ed. rev ed. Zaragoza (sp): [s.n.]; 1942. o Felipe S. Pumulier, que su manual de 1949, reflexiona sobre las características físicas y morales de los Practicantes para ejercer bien su labor. Pumulier Felipe S. Manual del Practicante. Tomo I. 1ª ed ed. Madrid (sp): Librería editorial Científico Médica Española; 1949.

¹² *Ayudantes Técnicos Sanitarios...* 1ª edición volumen I, p. 25 y siguientes eds.

¹³ *Ibidem* p 25 y siguientes eds.

¹⁴ Germán Bes Concepción, Miqueo Miqueo Consuelo. Los estereotipos de género en los manuales de las enfermeras y ayudantes técnicos sanitarios (ATS). En: *Estudios iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud*. GENCIBER. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza; 2008. pp. 413-420.

¹⁵ Almansa Martínez Pilar. La formación enfermera desde la Sección Femenina. *Enfermería global* 2005; 4(2). Disponible en: www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/484, 468 [consultado 09/03/2017].

*de Dios luego obedeciendo al superior obedece a Dios, y quien resiste a la autoridad resiste a Dios [...] La obediencia como dice Häring, es la aceptación del orden jerárquico establecido en la creación, lo que en definitiva viene a ser la aceptación de los derechos soberanos de Dios [...]. De modo que rehusar la obediencia sería correr hacia el caos.*¹⁶

A MODO DE RESUMEN

En el análisis de cuatro de las cinco ediciones de los manuales del *Ayudantes Técnicos Sanitarios* publicadas, hemos comprobado que solo la quinta edición contó con un coordinador: D. Agustín Oteo Hernando, ATS de la Beneficencia Municipal de Madrid y del Instituto Nacional de Previsión. También escribió el capítulo dedicado a las *Técnicas de Inyecciones*. Los autores, salvo pequeñas diferencias, fueron los mismos en todos los ejemplares, médicos reputados de la Universidad Complutense de Madrid. Hubo dos mujeres como autoras. Las materias con mayor peso específico fueron *Patología*, tanto *General* como *Quirúrgica y Médica*, seguido de la *Pediatría* y la *Puericultura*. Las mayores diferencias se encuentran entre la primera y última versión del manual, que cambia de título para denominarse *Tratado del Ayudante en Medicina y Cirugía*. En el que se incorporaron dos nuevos temas que no estaban en el programa oficial de ATS de 1955; *Técnicas de Inyecciones* y *Anestesia y Reanimación*. Gran importancia tuvieron en las distintas ediciones del manual las asignaturas de *Religión y Moral Profesional*, que vinieron a reproducir discursos de manuales anteriores a 1953, caracterizado por el conservadurismo de la primera época franquista y que marcaba las características profesionales y personales, físicas, intelectuales y morales, que debía poseer un ATS, a la vez que fijaba unas normas de comportamiento frente a los pacientes, los compañeros y los médicos. Siempre desde una postura de sumisión hacia la clase médica.

¹⁶ Tratado del Ayudante en Medicina y Cirugía...5ª edición volumen I, p. 82.

**LA INVESTIGACIÓN HISTÓRICA EN LA REVISTA COLEGIAL DE HUELVA
DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA (1996-2016)**

**THE HISTORICAL INVESTIGATION IN THE HUELVA COLEGIAL JOURNAL
DOCUMENTS OF NURSING (1996-2016)**

José Eugenio Guerra González

Doctor por la Universidad de Alicante
Enfermero de Urgencias del H. Ntra. Sra. de Valme (Sevilla)

Carmen M^a Martínez Sánchez

Enfermera H. El Tomillar (Sevilla)

Diego José Feria Lorenzo

Enfermero. Profesor Titular Universidad de Huelva. Facultad de Enfermería

PALABRAS CLAVE: Revista, Investigación, Enfermería, Historia.

KEY WORDS: Magazine, Investigation, Nursing, History.

RESUMEN: La relevante contribución de las publicaciones colegiales españolas al avance de la profesión es evidente. Se pretende constatar el devenir de la investigación histórica en *Documentos de Enfermería* del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva (1996-2016), mediante el análisis bibliométrico. Se concluye que unos profesionales amantes de la historia de la enfermería, la formación de un grupo de trabajo en tal línea, la activa participación en eventos científicos, la creación del Archivo Histórico Colegial y el Centenario de este Ilustre Colegio de Enfermería, contribuyen al inicio y auge en investigación histórica en el medio escrito colegial.

ABSTRACT: The relevant contribution of Spanish collegiate publications to the advancement of the profession is evident. It is intended to verify the development of historical research in *Nursing Documents of the Illustrious Official College of Nursing of Huelva* (1996-2016), through bibliometric analysis. It is concluded that professionals who love the history of nursing, the formation of a working group in such a line, the active participation in scientific events, the creation of the Collegial Historical Archive and the Centenary of this Illustrious College of Nursing, contribute to the beginning and boom in historical research in the collegiate writing medium.

INTRODUCCIÓN

La revista Documentos de Enfermería, del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, es la publicación predecesora del Boletín Informativo del Colegio de Practicantes de Huelva¹, desde prácticamente un cuarto de siglo (1996-2016) y considerada revista primaria de carácter científico.

Las revistas colegiales atendiendo a su contenido pueden considerarse de carácter informativo o divulgativo. En nuestra CCAA andaluza alguna de las revistas colegiales de carácter informativo o divulgativo son las de Cádiz -Enfermería Gaditana²- y Málaga -Cuidándote³-. Mientras, las de carácter científico, corresponden a los Colegios de Córdoba -Constantes⁴-, Sevilla -Hygia de Enfermería⁵- y el Colegio de Enfermería de Huelva con su Documentos de Enfermería.⁶ Esta revista, ya estudiada desde la vertiente bibliométrica lo es ahora en su producción en Historia de la Enfermería.

Los primeros artículos de investigación histórica en Huelva con constancia documental son en una de las dos revistas de ámbito hospitalario existentes allá en los años 90, concretamente en Cosas de Enfermería,⁷ no así en Sesiones para la Salud.⁸ En la primera revista mencionada, la decena de artículos históricos se agrupaban en dos secciones fijas denominadas Nuestros Hospitales e Historia de Enfermería. El devenir cronológico por ámbitos del cuidar onubense -H. de San Andrés,⁹ H. Manuel Lois García¹⁰- etc., y un conmemorar efemérides sanitarias -De barberos sangradores a Diplomados en Enfermería,¹¹ XXV Aniversario del Servicio de Hematología y Hemoterapia¹²-, etc., centran ambas temáticas.

Otros artículos de similar índole, esta vez en una revista de humanidades, Cultura de los Cuidados, son Historiando el origen del Ilustre Colegio Provincial de Practicantes de Huelva¹³ y La Historia por escribir en los Colegios Oficiales de Enfermería provinciales, los archivos como fuentes de investigación¹⁴ así como los expuestos en eventos científicos, Fuentes para la investigación de la Historia de la Enfermería. La organización de los Archivos Colegiales.¹⁵

Nos planteamos constatar el devenir de la investigación histórica en la revista Documentos de Enfermería del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva con el análisis bibliométrico de su producción científica histórica en más de dos décadas.

Este análisis en el periodo 1996-2016 se efectúa mediante la observación documental y el análisis de las variables -autores y artículos- y sus indicadores -hasta catorce en ambas variables-. Los resultados, desde la estadística descriptiva, se representan en tablas habiéndose localizado, revisado ejemplares e identificado, registrado y analizado estos artículos de investigación histórica.

RESULTADOS

2.1. Autores.

- 2.1.1. *Número de firmantes.* El número de firmantes asciende a 26, el de autores a 16. Y al menos el 75% corresponde a enfermeras/os. El 82% de los autores son enfermeros.
- 2.1.2. *Nivel asistencial de ejercicio profesional -Atención Especializada, Atención Primaria, Otros y NS/NC-*. El nivel asistencial que prevalece es la Atención Especializada (31%).
- 2.1.3. *Régimen en el ejercicio profesional -Público, Privado, NS/NC-*. El régimen que prevalece es el Público (75%).
- 2.1.4. *Ámbito de ejercicio profesional -Asistencia, Gestión, Docencia, Investigación, NS/NC-*. El ámbito que prevalece es el de la Asistencia (31%) seguido por el de la Docencia (19%).
- 2.1.5. *Productividad.* El 12.5% de los autores presenta una productividad de 3 artículos. Tabla I.

Nº Artículos	Nº Autores
6	1 (6.2%)
3	2 (12.5%)
2	1 (6.2%)
1	12 (75%)

- 2.1.6. *Firmantes por artículo.* El 61.9% de los artículos presentan un único firmante. Tabla II.

Nº Firmantes	Artículos
1	13 (61.9%)
2	5 (23.8%)
3	1 (4.8%)
No Existe	2 (9.5%)

- 2.1.7. *Procedencia geográfica de los autores.* La procedencia geográfica es la CCAA de Andalucía (88%) y concretamente Huelva capital y provincia (69%).
- 2.1.8. *Listado de autores.* Tabla III.

Apellidos	Nombre	Apellidos	Nombre
Alemany	Antonio	Márquez Garrido	Manuel
Alfaro Ros	Rafael	Martínez Sánchez	Carmen M ^ª .
Cordero Gómez	A .Alejandro	Ramiro Martín	Manuel Antonio
Feria Lorenzo	Diego José	Salas Iglesias	Manuel Jesús
Gallardo Moraleda	Carmelo	Serrano Fernández	Manuel
Guerra González	José Eugenio	Sopeseus	Valentin
Lorenzo Martín	Pepa	Teresa Morales	Cristina
Macías Espinosa	José	Toscano	Manuel

2.2. Artículos.

- 2.2.1. *Número de artículos de investigación histórica.* El 13.2% de los artículos son de carácter histórico.
- 2.2.2. *Número de revistas con artículo de investigación histórica.* El 33.9% de las revistas tiene al menos un artículo de investigación histórica.
- 2.2.3. *Objeto de estudio.* Se identifica hasta una veintena de objetos de estudio histórico entre los cuales están el Colegio de Enfermería de Huelva, el Archivo Histórico del Colegio, los Boletines informativos del Colegio, a D. Manuel Toscano, la Filatelia, San Juan de Dios, los Practicantes, Certamen de Investigación de Enfermería Ciudad de Sevilla, las Hermanas Agustinas Hospitalarias, Sor Paula Alzola Lizarriturri etc.
- 2.2.4. *Páginas de investigación y Referencias Bibliográficas y Notas.* El 36% de los artículos presentan una extensión de 2 páginas. El 54.5% de los artículos tienen referencias bibliográficas y notas. Mientras, el 31.8% de los artículos presentan diez o más referencias bibliográficas.
- 2.2.5. *Evolución de producción.* La producción de artículos históricos en la publicación alcanza en sus orígenes el 18% anual -bienio 1996-97-, alcanzando actualmente el 15% (2015).

AÑO	NUMERO/% ARTÍCULOS INVESTIGACIÓN HISTÓRICA	AÑO	NUMERO/% ARTÍCULOS INVESTIGACIÓN HISTÓRICA	AÑO	NUMERO/% ARTÍCULOS INVESTIGACIÓN HISTÓRICA
1996	4 (18%)	2003	2 (9%)	2010	0 (0%)
1997	4 (18%)	2004	1 (4.5%)	2011	1 (4.5%)
1998	1 (4.5%)	2005	0 (0%)	2012	1 (4.5%)
1999	2 (9%)	2006	0 (0%)	2013	0 (0%)
2000	0 (0%)	2007	1 (4.5%)	2014	0 (0%)
2001	0 (0%)	2008	0 (0%)	2015	3 (13.5%)
2002	1 (4.5%)	2009	0 (0%)	2016	0 (0%)

2.2.6. *Listado de artículos.* Tabla IV.

Títulos Artículos	Revista (Nº)	Títulos Artículos	Revista (Nº)
La transfusión sanguínea. La jeringa de <i>Jubé</i> .	0	Historia de la Enfermería en la Filatelia Mundial.	18
El cuidado de los enfermos en los pueblos primitivos.	1	La Beneficencia Onubense en el sello durante la Guerra Civil Española (1936-1939).	19
Diagnóstico de embarazo-Reacción de <i>Galli Mainini</i> .	2	La fundación de los Colegios y la sociedad española de principios del siglo XX.	21
Manuel Toscano. Personaje carismático de la enfermería onubense.	3	Practicantes 1942-2002.	22
LXXV Aniversario del Colegio de Enfermería de Huelva (1924-1999).	4	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 Santa Ana a Alosno, Huelva (1951).	26
Método de <i>Sakel</i> . Insulinoterapia.	4	Aportación de la Enfermería Onubense en los XXV años del Certamen Nacional de Investigación Ciudad de Sevilla. En homenaje a más que un Colegio Hermano...el de Sevilla.	37
Quemaduras por cal y yeso en los ojos.	5 y 6	La organización del Archivo Histórico del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.	41
Tratamiento esclerosante de las varices.	7	Reseñas históricas en el Centenario del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva (1912-2012).	47
Los Boletines informativos del Colegio de Huelva.	9	Historiando el origen del Ilustre Colegio Provincial de Practicantes de Huelva. Acta de la Sesión General Ordinaria de 1 de Julio de 1912 del Colegio de Practicantes de Sevilla.	57
Juan de Dios. Historia de un <i>loco</i> .	10	Cuidadoras consagradas durante la Edad Media. Hermanas Agustinas Hospitalarias del Hotel Dieu de Paris.	59
Historia de la Organización Colegial de Enfermería en la provincia. Marciano Gómez, funda el Colegio de Practicantes de Huelva.	12	Sor Paula Alzola Lizaliturri (1847-1934). Vida y obra de una Hermana de la Caridad en Huelva.	60

CONCLUSIONES

Se constata tres líneas de investigación inéditas -ilustres compañeros, historia colegial y estudio de fuentes-, a partir de las que profundizar, vislumbrar otras y potenciar el interés de compañeros por abordar esta vertiente histórica. Según los autores, la coexistencia de tres circunstancias marca al alza la evolución de la producción científica en Historia de la Enfermería en la revista *Documentos de Enfermería*.

- La formación y consolidación de un grupo de investigación formal en la línea de investigación histórica de la Enfermería.

- La apuesta decidida y entusiasta para el estudio de la Historia colegial del *Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva* con el ordenamiento del fondo antiguo y creación del Archivo Histórico.

- Y la conmemoración del Centenario de nuestro *Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva* en el año 2012.

Así pues, la revista *Documentos de Enfermería* cumple fielmente su función informativa y científica al recoger efemérides y testimonios profesionales enfermeros que perpetuar, por su relevancia, en el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Toscano M. **Los Boletines informativos del Colegio de Huelva.** (1999). Documentos de Enfermería. Año IV (9). 16-17.
2. Revista del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Cádiz. **Enfermería Gaditana.**
3. Revista del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Málaga. **Cuidándote.**
4. Revista del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Córdoba. **Constantes.**
5. Revista del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla. **Hygia de Enfermería.**
6. Revista del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva. **Documentos de Enfermería.**
7. Revista del Hospital General Juan Ramón Jiménez de Huelva. **Cosas de Enfermería.** (1994-1998).
8. Revista del Hospital Infanta Elena de Huelva. **Sesiones para la Salud.** (1991-1998), (2004).
9. Suardiáz Figuereo, A. **Nuestros Hospitales. H. de San Andrés.** Cosas de Enfermería. 1994 (0). 10.
10. Suardiáz Figuereo, A. **Nuestros Hospitales. Residencia Sanitaria para el Seguro de Enfermedad. El que fuera el H. Manuel Lois García.** Cosas de Enfermería. 1994 (1). 7.
11. Suardiáz Figuereo A. **De barberos sangradores a Diplomados en Enfermería.** Cosas de Enfermería. 1994 (0). 15.
12. Del Olmo Martín, I., Díaz C. **XXV Aniversario del Servicio de Hematología y Hemoterapia.** Cosas de Enfermería. 1995 (2). 19.
13. Guerra González, JE., Fera Lorenzo, D., Martínez Sánchez, CM^a. (2014). **Historiando el origen del Ilustre Colegio Provincial de Practicantes de Huelva.** Cultura de los Cuidados. 1^{er} Cuatrimestre. Año XVIII (38). 59-63.
14. Fera Lorenzo, D., Guerra González, JE. (2016). **La Historia por escribir en los Colegios Oficiales de Enfermería provinciales, los archivos como fuentes de investigación.** Cultura de los Cuidados. 2^o Cuatrimestre. Año XX (45). 35-43.
15. Fera Lorenzo, D., Guerra González, JE. (2010). **Fuentes para la investigación de la Historia de la Enfermería. La organización de los Archivos Colegiales.** XI Congreso Nacional y VI Internacional de Historia de la Enfermería. Barcelona, 2010.

FUENTES PARA LA INVESTIGACIÓN DE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA- FONDO HOSPITAL DE SAN JOSÉ (LISBOA)

SOURCES FOR THE INVESTIGATION OF HISTORY OF NURSING - HOSPITAL FUND OF SAN JOSÉ (LISBON)

Viriato Mascarenhas Moreira

Maestría en Enfermería

Profesor de la Escuela de Enfermería de Lisboa en el marco del protocolo de cooperación
Investigación en Enfermería Historia Línea de Investigación
Unidad de Investigación y Desarrollo en Enfermería de la Escuela de Enfermería de Lisboa

Luís Lisboa Santos

Doctorado en Enfermería en cadena de Historia y Filosofía de la Enfermería
Profesor Asociado en la Escuela de Enfermería de San Francisco de la Merced
Investigadora en enfermería Historia Línea de Investigación Unidad de Investigación
y Desarrollo en Enfermería de la Escuela de Enfermería de Lisboa

PALABRAS CLAVE: Historia de la Enfermería, Investigación en Enfermería, Historia Edad Moderna, Expediente.

KEY WORDS: History of Nursing, Nursing Research, History Modern Age, Office hour.

RESUMEN: Desde el fondo documental del Hospital de San José de Lisboa, el período (1801-1973), fuimos a una búsqueda de sus contribuciones a la historia de la enfermería, para analizar y para enmarcar un marco teórico apropiado el uso de una metodología de estudio de caso. Encontramos una gran colección de documentos de fuentes primarias que permitirá una diversidad de estudios históricos de las ciencias de la salud, entre los cuales, la Historia de la Enfermería.

ABSTRACT: From the documentary collection of the Hospital of São José de Lisboa (1801-1973), we set out to research its contributions to the History of Nursing, to analyze and fit in a suitable theoretical context, using a case study methodology. We find a huge collection of primary sources that will allow a diversity of historical studies on the health sciences, among them, the History of Nursing.

INTRODUCCIÓN

La reconstrucción del pasado de la enfermería se lleva a cabo a través de su investigación histórica, donde las fuentes son un papel clave. Archivos, bibliotecas u otros lugares, nos permiten llegar a los hechos históricos y, de ellos, caminando en busca de una ruta, a lo largo de años, décadas o siglos. En cuanto a Ashley (en Streubert y Carpenter 2001), un camino que nos conduce a una mejor comprensión del ser humano. Con un reflejo del pasado, podemos entender y construir un futuro mejor.

A partir de un marco conceptual previamente establecido, vamos a analizar e interpretar la contribución de la Colección Documental del Hospital San José, en Lisboa, que se encuentra en el Archivo Nacional de la Torre do Tombo para la Historia de la Enfermería en Portugal.

El Hospital de San José comenzó sus funciones en 1775, con la llegada pacientes en el Hospital Real de Todos los Santos, también en Lisboa. Con la designación inicial de la Royal Hospital de San José, más tarde, el Hospital Real de San José y los anexos y en 1913 Hospitales Civiles de Lisboa.

OBJETIVOS

Analizar el fondo documental de las fuentes del Hospital San José en Lisboa en relación con la Historia de la Enfermería en Portugal (1801-1973).

Enquadrar que se encuentran en un marco conceptual de la investigación sobre las enfermeras en el Hospital de San José, en Lisboa, en el siglo XIX y XX (1801-1973).

METODOLOGÍA

Una metodología de estudio de caso nos vislumbra el camino elegido, ya que nos permite describir el fenómeno en su contexto, con una interpretación de los pasos en una investigación de la historia del proceso de enfermería, haciendo hincapié en las fuentes tan decisivo para realización, el proceso de recolección de datos decisiva.

Al llevar a cabo una investigación con la metodología historiográfica, las fuentes primarias son críticos para su desarrollo, que les parecen "con una conexión más directa con los eventos o situaciones históricas. Sólo el narrador se interpone entre los eventos originales y el historiador "(Streubert y Carpenter 2001: 183).

RESULTADOS / DISCUSIÓN

Organizamos la investigación en varias etapas:

- Una primera selección, basada en la observación de los primeros 1000 títulos de los documentos en línea en el periodo cronológico para estudiar.
- Un análisis de las fuentes seleccionadas y la elección final de los documentos apropiados como el objetivo establecido.

Delimitar un periodo cronológico, 1801-1973, ya que queremos estudiar la Colección Documental del Hospital, en relación con la época contemporánea, con la fecha final de los documentos a 1973.

El documental Colección del Hospital de San José en la Torre Nacional Archivo Tombo, en el período en estudio, viene con 9086 resultados, organizados en 909 páginas que contienen información sobre la historia, la evolución y la administración del hospital con regulaciones, reglamentos, órdenes, ordenanzas, avisos y decretos sobre todo el funcionamiento de la institución.

Se observaron resultados en 1000, lo que equivale a alrededor del 11% de su total constan de los siguientes documentos:

- Gestión Financiera: Gestión: representa Hospitales - 1889 - 1910 – 1.
- Las imágenes del Hospital de San José – 45.
- Junta Directiva - 1964-1964 – 1.
- Board Técnico - 1937-1968 – 1.
- Inscripción de actas de las reuniones - 1861-1911 y 1937-1963 – 15.
- HR-registro.
 - De registro de Investidura Juramento - 1849-1964 – 18.
 - Nombramientos de personal -Registros - 1877-1920 – 1.
 - Registro de empleados grado citas - 1849-1966 – 6.
 - Personal y la inscripción de las salas de sexo masculino - 1800-1800 - 1 y 1822-1897 – 2.
 - Personal de registro de Wards. El personal de las salas de sexo femenino - 1824-1896 – 1.
 - La baja se ha Opcional - 1896-1896 – 1.
 - Opcional-registro de los servicios extraordinarios - 1849-1883 – 1.
 - Opcional-registro de asistentes - 1880-1901 – 1.
 - Personal de registro de Wards. Enfermeras, ayudantes y profesionales - 1907-1919 - 2 y 1916-1919 – 1.
 - Personal de registro de Wards. Enfermeras, ayudantes y profesionales. Los practicantes de Adidas, Criadas y Parteras - 1817-1876 – 1.
 - Registro De los empleados para comer como cenar en el hospital - 1943-1962 – 1.
 - Registro Requisitos para llenar los espacios en las salas - 1900-1933 – 6.
 - Marco de los pabellones de hombres y mujeres - 1854-1855 – 1.
 - El personal -Movimiento mujeres pabellones - 1854-1860 – 1.
- Registro De los documentos enviados por la Secretaría a las oficinas del hospital - 1909-1910 – 1.
 - Registro Búsqueda de la sección de registro de pacientes - 1937-1938 – 1.
 - Estadística-registro del movimiento de población de pacientes - 1910-1959 – 49.
 - Mapa De los enfermos - 1837 - 1874 - 18 y 1875/87 – 7.

- Inventario muebles en general, vajilla, utensilios y ropa - 1843-1843 – 1.
- Punto -book - 1852-1873 – 19.
- En paquete El Registro General - 1810-1844 – 14.
- Legislación.
- Registro Ordenanzas de gobierno y administración del hospital - 1850-1924 – 8.
- Gestión -Portarias - 1854-1905 – 2.
- Legislación:
 - Advertancia gobierno que concedió el hospital la cuarta parte de la venta de la harina que atrajo el patio pública - 25/10/1810 a 1821-1.
 - Provisão Real que permite a beneficio del Hospital Real de San José, un mercado y feria anual en el patio del hospital, en los días de San José y San Pablo - 01/02/1812 hasta 01/02/1812 – 1.
 - Alvará Regio dando el hospital la gracia de estar exento de las leyes de pago y que requieren licencia real para poseer bienes raíces - 16/09/1817 al 17/01/1817 – 1.
 - Decreto Dar el hospital la Luz del edificio de la universidad, para que se establezca un hospital de alienados - 23/07/1842 al 29/02/1849 – 1.
 - Portaria gobierno que autoriza el hospital es para quedarse con el edificio del antiguo convento de Exilio - 29/11/1848 a 1862-1.
 - Consejo de Finanzas -Provisão para que la exención del pago de derechos, todas las explotaciones y que la compra de alimentos en grandes costumbres de Lisboa, a utilizar o necesitar el Hospital Real de San José - 15/12/1807 al 15/12/1807 – 1.
 - Pedido a través de la certificación de la enfermera-Mor se rindió en el Hospital Real de San José, libres de derechos, medicamentos comprados en la Casa de Aduanas en la India - 1811- 04-01 al 01/04/1811 – 1.
- Gobierno:
 - Portaria confirmar la cura del hospital, el privilegio de hacer la voluntad de los pacientes - 04/12/1836 hasta 12/04/1836 – 1.
 - Gestión -Portarias - 1812-1859 – 4.
 - Registro De información de la Merced - 1826-1845 – 5.
 - Registro De Actas - 1845-1874 – 94.
 - Mor-registro de los requisitos de la enfermera - 1801-1821 – 1.
 - Inventario muebles en general, utensilios de vajilla y ropa - 1843-1843 – 1.

CONCLUSIONES

Queríamos describir y reflexionar sobre una forma de realización de la heurística de un proceso de investigación histórica en la enfermería. En cuanto entramos en la búsqueda

organizó una serie de fuentes, lo que nos permite contribuir a la construcción de la historia de la enfermería en Portugal.

Encontramos una gran colección de documentos de fuentes primarias que permiten una variedad de estudios históricos de las ciencias de la salud, entre los cuales, la Historia de la Enfermería.

Vamos a continuar con la investigación, el análisis y la interpretación de otros documentos con el fin de concretar los objetivos propuestos.

FUENTES

-File Nacional de Torre do Tombo - Colección Documental del Hospital de San José (1801-1973). Lisboa: Archivo Nacional de la Torre do Tombo.

BIBLIOGRAFÍA

-Streubert, H.; Carpenter, D. (2001). La investigación cualitativa en enfermería - Avanzar en el imperativo humanista, 2ª edición, Lusociência.

-Mattoso, Joseph (1997). La escritura de la historia: teorías y métodos. Lisboa: Estampa.

-Hobsbawm, E. (2010). Al escribir sobre la historia. Lisboa: Clock Editores d'agua.

-Vieira, Y M. Ferreira, J. (2008). La investigación histórica: una herramienta para el desarrollo profesional. Servir, 56, (5-6), 167-172.

ALTERNATIVAS ANTE LA AUSENCIA DE ARCHIVOS ESPECIALIZADOS: OTRAS FUENTES

ALTERNATIVES IN THE ABSENCE OF SPECIALIZED FILES: OTHER SOURCES

Ana Isabel Ganso Pérez

Hospital Universitario Río Hortega (Valladolid)

María Eugenia Gómez de Enterría Cuesta

Hospital Universitario Río Hortega. (Valladolid)

Martín Jesús Gutiérrez Morán

Hospital Clínico Universitario. (Valladolid)

PALABRAS CLAVE: Fuentes, Archivos, Enfermería, Cuidados.

RESUMEN: El hallazgo de documentos administrativos, fiscales, notariales, judiciales y religiosos nos ha permitido reconstruir parte de la historia del personal sanitario que se encargaba de los cuidados en los últimos siglos.

Gracias a los documentos encontrados podemos conocer las funciones del personal sanitario, organización, salario e incluso expedientes disciplinarios de los trabajadores.

A pesar de las dificultades y el esfuerzo que supone el estudio y análisis de documentación, así como la necesidad de diversificar las fuentes, podemos mostrar una parte de la realidad del personal administrador de cuidados en el pasado, lo que nos permite una mejor comprensión del presente.

KEY WORDS: Sources, files, Nursing, Care.

ABSTRACT: The finding of administrative documents, prosecutors, notary, judicial and religious has allowed us to rebuild part of the history of the personnel who was in charge of taking care of the last centuries.

Thanks to the documents found we now know the functions of the personnel, organization, salary and even disciplinary records of workers.

In spite of the difficulties, and the effort involved in the study and analysis of documentation (sometimes in a bad state of conservation) as well as the need to diversify the sources, we can show a part of the reality of the personal care manager in the past, which allows us a better understanding of the present.

En la actualidad, poseemos una gran cantidad de recursos gracias a los cuales con tan sólo “tocar un botón” podemos conocer los últimos estudios y avances científicos y las investigaciones de otros profesionales de cualquier parte del mundo. La tecnología nos ha facilitado en gran parte el trabajo. El “problema” viene cuando lo que queremos investigar es el pasado. En este caso las cosas cambian.

Con la historia de los cuidados esta dificultad se agrava aún más. El trabajo realizado por los profesionales de Enfermería ha estado regulado por diferentes leyes que han variado en función del contexto social, cultural y político del momento histórico y del lugar donde acaecían.

La aparición de las organizaciones corporativas y los colegios profesionales supuso dotar a estos de un estatus y reconocimiento social y profesional del que carecían en general, y proporcionar instrumentos que sirvieran de protección ante las contingencias negativas que pudieran presentarse, lo que supuso un avance para el colectivo enfermero.

Tradicionalmente la finalidad de los colegios ha sido la ordenación del ejercicio de las profesiones, la representación exclusiva de las mismas, y la defensa de los intereses laborales de los colegiados. El colegio debe velar por el cumplimiento de una buena labor profesional, donde la práctica ética del trabajo se constituye como uno de los principios comunes que ayudan a definir los estatutos de cada corporación. Los estatutos redactados en la mayoría de los colegios profesionales, entre ellos los de Enfermería, aluden al desarrollo de la actividad correspondiente a cada profesión, donde se marcan pautas de actuación consideradas de manera unánime como éticas y que contribuyen al bien social de la misma.

De la documentación que existe en los archivos de los colegios oficiales de Enfermería podemos obtener la constancia documental de los reglamentos constitutivos de las organizaciones que defendían los intereses enfermeros y mucha información sobre el perfil de la Enfermería. Pero en ocasiones estos archivos no existen, han sido destruidos o no han podido ser debidamente localizados, lo que supone una importante pérdida para la reconstrucción de la historia de la Enfermería.

Llegado este caso, no todo está perdido. A la decepción inicial que puede suponer descubrir esta carencia o vacío documental le sigue la búsqueda de alternativas. Esta tarea puede resultar en ocasiones complicada pero no imposible. La búsqueda de indicios, “pistas” y detalles en diferentes fuentes especializadas o no, nos va a permitir reconstruir la historia de la Enfermería, proporcionándonos mucha información, más de la que inicialmente puede parecer, siempre y cuando seamos capaces de buscar más allá de lo evidente, aplicando todas las posibilidades que, en cuanto a fuentes, nos proporciona la metodología de la investigación histórica.

En este sentido, incluso antes de la creación de los colegios, la historia de los cuidados y de los profesionales que se dedicaban a ellos nunca ha desaparecido del todo a pesar de que en ocasiones pase desapercibida y no siempre se vea reconocida.

Gracias a las diversas fuentes de que disponemos, podemos reconstruir partes significativas de la historia de nuestra profesión. Dada la limitación en extensión de un trabajo de estas características, abordaremos escuetamente varios ejemplos de los

muchos que hemos encontrado, para mostrar la existencia de fuentes que nos proporcionan información referente a la Enfermería y los cuidados.



y por quién. ⁽ⁱⁱⁱ⁾.

La representación artística del cuidado en general y del enfermero en particular, constituye una fuente iconográfica, documental, de análisis e interpretación del significado del cuidado en diferentes contextos, momentos históricos y dimensiones, que de alguna forma permiten indagar sobre la importancia de la Enfermería y sirve de punto de referencia para la reconstrucción histórica de la profesión. ^(iv) En el caso del trabajo realizado por las parteras, este tipo de fuentes (destacando la iconografía cristiana), han reflejado fielmente las tareas cotidianas realizadas por estas, sobre todo en la atención al puerperio. Observamos como los cuidados giran en torno a la alimentación, higiene, mantenimiento de la temperatura de la habitación y apoyo emocional a la púérpera y cuidados al recién nacido (baño, fajado, inicio lactancia...). ^{(v)(vi)}.

Los manuales para practicantes, matronas y enfermeras son también una alternativa para conocer de primera mano el trabajo de estos profesionales. En ellos se evidencia el conocimiento y los recursos de que disponían y en muchas ocasiones también la relación que tenían con otros profesionales.¹ Incluso novelas como “El hereje”, nos aportan de forma indirecta mucha información sobre los cuidados: presencia de comadre en los partos, uso de silla de partos, remedios utilizados (trica magna, aceite de eneldo...). ^(vii).

Los textos jurídicos en ocasiones también nos permiten conocer detalles del trabajo que podían hacer o no los profesionales sanitarios de cada momento. Como ejemplos, las leyes contenidas en las Siete Partidas nos informan de las penas en contra de las prácticas abortivas, y en el Registro de Ejecutorias del Archivo de la Real Chancillería de Valladolid² se describe el caso de Axa, partera mora, denunciada por perjurio y falsedad. ^(viii) Las cartas públicas de parto como la localizada en el Archivo Histórico de Protocolos

¹ Damián Carbón en el primer libro del género escrito en castellano, *Libro del arte de las comadronas o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños* (1.528), ofrece una descripción exhaustiva de la comadrona ideal, que debe reunir especiales condiciones físicas, psíquicas y morales que le faculten para el ejercicio profesional.

² Archivo de la Real Chancillería de Valladolid. *Registro de Ejecutorias*, caja 84,2, 1495.

Notariales de Zaragoza, perteneciente a Isabel de la Cavallería, son documentos excepcionales y nos prestan información sobre la labor de las parteras, su competencia y consideración social³. (ix)

La documentación administrativa también nos revela datos sobre la profesión. En el censo que se realizó en 1538 entre el vecindario morisco de Valladolid encontramos citadas entre la población activa femenina a dos comadres o parteras: la Gallarda, que vivía en la calle del mercado y María de Soto, residente en la calle Carpintería.⁴ Las menciones de mujeres activas u oficios de mujeres, reflejan que la partería fue una actividad exclusiva de mujeres en ese momento histórico.

Los archivos municipales y provinciales también poseen numerosos documentos que proporcionan información sobre el profesional sanitario. En los archivos de Valladolid hemos encontrado varios documentos pertenecientes a hospitales e instituciones ya desaparecidos, que nos muestran como era la organización del trabajo y las funciones del personal sanitario.

El fondo documental del Hospital de Esgueva fundado entre los años 1073 y 1109 por los condes de Castilla, Pedro Ansúrez y Doña Eylo, durante el reinado de Alfonso VI, (x) se conserva en el Archivo Municipal de Valladolid desde la demolición del edificio y permite el estudio de la beneficencia y asistencia social en Valladolid a lo largo de toda la historia de la ciudad. Su documentación abarca desde la Edad Media hasta el siglo XX.⁵ En el fondo perteneciente a este hospital existen documentos de diversa índole, como libros de Cabildo, ordenanzas, privilegios, expedientes de limpieza de sangre, procesos de pleitos, libros de visitas, expedientes de nombramiento, etc. Las secciones de patrimonio, hacienda y contabilidad, poseen libros de memoria y capellanías, escrituras, relación de propiedades, inventario de bienes, títulos de propiedad (donaciones, cesiones, compras, ventas, censos, juros, arrendamientos, obligaciones, testamentos⁶, pleitos), libros de actas, libros de cuentas⁷, de salarios, presupuestos, etc. que nos permiten vislumbrar el funcionamiento de una institución de este tipo en todos sus aspectos. (xi).

La sección de administración de servicios, está dedicada al personal y en ella podemos encontrar también los libros de entrada de enfermos admitidos en el hospital, con declaración de los bienes que portaban y si finaron o salieron sanos de la institución (generalmente los bienes se limitaban a la ropa y tras su descripción en muchas ocasiones

³ *Las Siete Partidas del Rey don Alfonso el Sabio*. Cotejadas con varios códices antiguos por la Real Academia de la Historia, Madrid 1807. Ed Facsímil de la ED Atlas, Madrid, 1972, t III, PARTIDA VII, Tít VIII, leyes VIII, IX Y XII, PP 569-572.

⁴ ES-CYL-AHPVa. Leg 13, fols. 8 y 191.

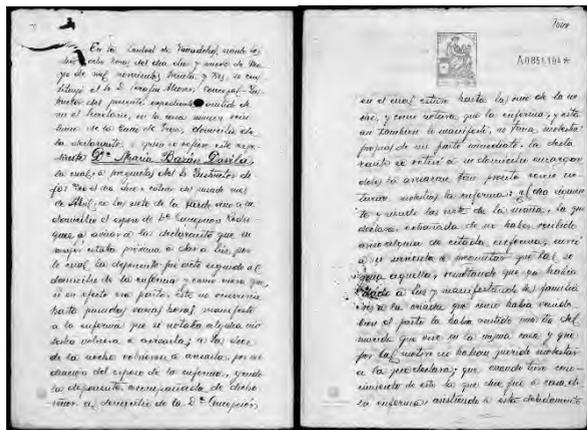
⁵ Las ordenanzas que regulan su funcionamiento, se remontan a la primera mitad del siglo XV y se conservan en la Biblioteca Nacional.

⁶ Como ejemplo se conserva el testamento y codicilos de Isabel de Rivas, enfermera mayor del Hospital de Esgueva, dejando como heredero universal al Hospital de Santa María de Esgueva.

⁷ Algunos ejemplos concretos son las cuentas justificadas de lo gastado por el mayordomo en la provisión de la botica y enfermería, los justificantes de los gastos de reparaciones de casas de su propiedad, obras de enfermería, etc.

se escribían las palabras “*todo viejo*”), libros de la despensa y libros de fallecimientos.

De la época en la que el hospital pasa a ser municipal y es regido por el Ayuntamiento y su Junta de Beneficencia, también se conservan numerosos documentos.⁸ Entre los informes de Beneficencia Municipal existen algunos relativos al nombramiento de personal interino para servicio de guardia; expedientes de nombramientos de médicos, practicantes y matronas; comunicaciones de campaña de vacunación y relación de



tocólogos y matronas así como los distritos que cada uno tenía asignados.⁹

También encontramos entre otros, el documento de contratación de una matrona para el centro de salud municipal, expedientes de control sanitario, de contratos de adquisición de material, obras, listados de salarios (gratificaciones fijas y no fijas, quinquenios, negociado de estudio de aumento de sueldo a practicantes y matronas...),

expedientes disciplinarios de personal, etc.¹⁰

El fondo documental del Hospital de la Resurrección y Provincial de Valladolid ingresó en 1976 en el Archivo Histórico Provincial, tras ser rescatado de su segura destrucción pues se hallaba en un lamentable estado de conservación. Tras su reorganización y descripción sistemática en 2005, se expone una sucinta historia de la institución hospitalaria y se muestra el rico contenido de un archivo que incluye al del Hospital de los Desamparados y al Hospital de la Convalecencia. Los documentos de cada uno se agrupan en las secciones de dirección, patrimonio, administración económica, gestión de personal, edificio e instalaciones, farmacia, enfermos y asuntos religiosos. (xii) En algunos de los documentos se recoge el reparto de tareas a realizar por cada persona, así como el salario que recibían a cambio de su trabajo.

La sección de gestión de personal, nos aproxima a las relaciones del hospital con sus empleados, desde los más cualificados a los más sencillos. Entre los años 1584 y 1958, podemos consultar un gran conjunto de correspondencia, expedientes de aumento de

⁸ Durante 1931-1933 el Real Patronato del Hospital de Esgueva solicita la transformación en Instituto de Puericultura y Maternología.

⁹ Tocólogos: Gregorio Vega. (Distrito 2ª y 4ª) y Rigoberto Cortejoso (Distrito 1ª y 3ª) Comadronas: Florinda Martín (Distrito 3ª), María Bazán (Distrito 4ª), Teodora Francisco Martín (Distrito 1ª), Manuela Blanco (Distrito 2ª).

¹⁰ Un ejemplo curioso es el expediente disciplinario instruido a la comadrona de la beneficencia municipal María Dávila por las continuas protestas contra ella vertidas. (1934), que incluye la documentación completa del proceso, incluido un justificante médico de la afectada.

salarios, una información de limpieza de sangre de 1816¹¹, libros de altas y bajas de los empleados, relaciones de empleados y solicitudes. Entre sus legajos podemos apreciar hasta un ejemplo de reciclaje de papel, en el que las cubiertas de un libro están realizadas con una partitura musical.

El hecho de que contase con botica nos indica que se trataba de un hospital moderno, en el cual las medicinas constituían uno de los mayores gastos del centro. Entre los documentos referidos a la botica, podemos encontrar inventario de mobiliario e instrumental, libros de gastos, libro de suministros, recetas, relaciones de medicamentos y libros recetarios, en los que el boticario reseña lo que debía preparar y administrar a cada enfermo y en que dosis.

Con respecto a los enfermos que acudían al hospital para recibir asistencia, destaca la serie de correspondencia, en su mayoría de peticiones de ingreso, entre ellas la del general Kellermann. También se conserva un censo electoral de 1907 con los enfermos mayores de 22 años, varios certificados de militares, informes médicos, historias clínicas y sobre todo libros de altas de mujeres, de convalecientes, de difuntos, de ingresos y altas, partes de defunción y registros estadísticos de enfermos. Los mayordomos generalmente anotaban el sexo, lugar de origen, familia en Valladolid, bienes propios y vestidos, pero en raras ocasiones hacen referencia a la enfermedad del que pedía cama.

En algunos de los documentos recuperados de forma casual se hallaba una “cita” para “unciones”, en la que se solicita al paciente un “certificado de haber confesado y comulgado en aquel día”, lo que refleja el papel que tenía la religión en el funcionamiento del hospital.¹² Otra muestra en este sentido, es la cita que acompañaba a las firmas en los documentos: “alabado sea el Santísimo Sacramento”.

Un documento interesante que se encuentra en el Archivo Municipal de Valladolid es el expediente instruido para contratar las sanguijuelas del Hospital de la Resurrección en 1849. En él se describe con todo lujo de detalle el procedimiento de adquisición de las mismas que se aplicaban como tratamiento (subasta pública). En este expediente podemos leer que “Los bonos o recibos de los golpes de sanguijuelas se extenderán por el practicante conforme a los recetarios, expresando el número de las aplicadas, el día y el interno, así como la circunstancia de haberse inutilizado después. Dichos recibos deberán precisamente ser intervenidos y visados por el jefe interior del establecimiento, que hoy es la Supervisora de las Hijas de la Caridad sin cuyo requisito no pondrá en el total el pagaré el Sr Director”.

¹¹ En el Archivo Histórico Nacional, dentro de Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Carlos, también encontramos varios expedientes que contienen informes de limpieza de sangre como el expediente de María Josefa Pastora Giménez Chavo, partera por Cádiz. Se puede deducir que los estatutos de limpieza de sangre fueron utilizados como mecanismo de discriminación legal.

¹² También se han recuperado documentos referentes a asuntos religiosos, sacerdotes y capellanes, relaciones con las parroquias cercanas y con cofradías, presencia de alhajas y objetos de culto, etc.

También se describe como el Hospital de los Desamparados¹³ contaba con dos enfermerías a finales del siglo XVI, una para hombres y otra para mujeres.

Otros ejemplos referidos a personal sanitario nos los proporciona el Archivo de Simancas, en el que se encuentra parte de un legajo en el que se describe como una matrona, Luisa Rosado, afincada en Madrid en los años 1770 y 1771 solicita permiso para anunciarse mediante carteles,¹⁴ (xiii) y un *“parte de un proceso criminal, hecho en Canarias, en contra de alguaciles, porque llevaron presa a una mujer partera cuando estaba asistiendo a un parto y por ello murió la criatura”*.¹⁵

Los Archivos de Indias también contienen algunos datos referidos a personal sanitario, como la solicitud realizada por *“concejo, justicia y regimiento de la villa de Cambil y Alhabar (Jaén) para licencia y facultad de prorrogar el uso de cien fanegas de trigo del pósito y su producto utilizarlo para el salario del médico, la matrona y el boticario.”* (xiv)

Aunque el acceso a las fuentes primarias puede parecernos lo más importante, no hay que olvidar la existencia de otras fuentes que a buen seguro nos aportarán datos valiosos. Libros clásicos, tesis doctorales, artículos de revistas o ciertas publicaciones municipales pueden proporcionar al investigador interesantes informaciones sobre dónde encontrar los datos que se buscan, o cómo analizar y organizar los que ya se tienen. De ahí la gran importancia de contar con una buena, extensa, organizada y sistemática bibliografía, construida a partir de las *“pesquisas”* realizadas en las fuentes citadas.

FUENTES

Archivo Histórico Provincial de Valladolid (documentación del Archivo del Hospital de la Resurrección de Valladolid); Archivo Municipal de Valladolid (Hospital De Esgueva, expedientes de nombramiento y disciplinarios de personal de la Beneficencia Municipal de Valladolid); Archivo de la Real Chancillería de Valladolid (Registro de ejecutorias); Archivo General de Simancas. (Informe del Tribunal del Real Protomedicato).

¹³ Este hospital tiene su origen en la cofradía de Nuestra Señora de los desamparados y en su administrador, Luis de Mahudes, cuya proyección cervantina a través de *“El coloquio de los perros”*, (también conocido como *“Los perros de Mahudes”*) ha atraído la atención de varios historiadores.

¹⁴ Muestra testimonios de médicos sobre partos difíciles atendidos por la solicitante, informes del Protomedicato aconsejando la denegación del permiso solicitado y dos resoluciones reales que con algunas condiciones aprueban la petición de la matrona Este testimonio, nos muestra el conflicto de intereses de matronas y cirujanos y los conocimientos de una y otros a partir de los documentos reproducidos y de los tratados de partos de la época.

¹⁵ Archivo General de Simancas. Signatura: CRC,670,6.

BIBLIOGRAFÍA

- i. Santo Tomás Pérez, Magdalena y otros. Iconografía y Enfermería: un instrumento para la investigación histórica. *Índex de Enfermería*. Año VI Invierno 1997 n. 19.
- ii. Herrero Manso, Natalia. La visión de Enfermería con respecto al arte. TFG. UVA 2016.
- iii. Santo Tomás Pérez, Magdalena. La Asistencia a los enfermos en Castilla en la Baja Edad Media. Tesis Doctoral. UVA 2002.
- iv. Moreno, Rosa. Enfermería, Historia e Investigación. *Revista del Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero*. Vol. 1, Nº (1): 26 - 32; julio-diciembre 2014.
- v. González Hernando, Irene. Una lectura médica de las imágenes medievales del nacimiento. *Anales de historia del Arte*. 2010, Volumen extraordinario 91-109.
- vi. Ganso Pérez, Ana Isabel. Las parteras, un arte de mujeres para mujeres. Una investigación sobre el pasado. Tesis doctoral. Universidad de Valladolid. 2016.
- vii. Delibes Setién, Miguel. *El Hereje*. Barcelona: Ed. Destino. 2002.
- viii. López Cordero, José Antonio. Mujeres parteras y transgresoras en la sociedad tradicional. VI Congreso Virtual sobre Historia de las Mujeres, octubre 2014.
- ix. García Herrero, María del Carmen. Del nacer y el vivir. Fragmentos para una historia de la vida en la baja Edad Media. Zaragoza: Colección de Letras, Institución Fernando el Católico, 2005.
- x. Tiedra, José. El Hospital de Santa María de Esgueva de Valladolid: fundación gloriosa y secular del Conde Don Pedro Ansúrez y Doña Eylo su mujer. Valladolid: Casa Martín, 1937. Copia digital. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Cultura y Turismo, 2009-2010.
- xi. Sastre Centeno, José Manuel. El Real Hospital de Santa María de Esgueva a través de sus documentos contables. Siglo XVIII y XIX. Tesis doctoral dirigida por Begoña Busto Martín Universidad de Valladolid. 2013. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.
- xii. Laso Ballesteros, Ángel. El Archivo del Hospital de la Resurrección y Provincial de Valladolid: estructura y contenido. *Investigaciones históricas: Época moderna y contemporánea*, ISSN 0210-9425, nº 27, 2007, págs. 273-292.
- xiii. Ortiz Gómez, Teresa. *Sanadoras, matronas y médicas en Europa*. Barcelona: Icaria, 2001.
- xiv. Ximénez de Embúm, J.; González Palencia, A. *Archivo Histórico Nacional. Consejo de Castilla. Índice de pleitos y mayorazgos, estados y señoríos. Ante el escribano de cámara, José Gómez de Lasalde - Madrid, 1927.*



Capítulo 9

Epistemología, Metodología y Pensamiento
enfermero



EL CONOCIMIENTO PRECIENTÍFICO ENFERMERO

THE PRE-SCIENTIFIC KNOWLEDGE OF NURSING

Rocío Martín Almenta

Servicio Aragonés de Salud

Beatriz Valdayo Rosado

Servicio Andaluz de Salud

Elena María Cruz Morales

Servicio Andaluz de Salud

PALABRAS CLAVES: Enfermería, Método Científico, Proceso de Enfermería, Teoría.

RESUMEN: El saber enfermero participa del pensamiento mágico-religioso y de formas elementales de razonamiento, y que influyen en la explicación de las actividades del cuidado humano, teniendo en cuenta dos aspectos que son el natural y el sobrenatural.

Los cuidados de enfermería en los pueblos primitivos fueron principalmente de supervivencia. Los ritos pueden considerarse el antecedente más secreto de algunos procedimientos: masajes, trepanaciones, purgas y eméticos.

La transformación de la práctica enfermera tuvo lugar en el siglo XIX, donde adquiere gran significado el libro "El arte de la Enfermería" de los Hermanos de la Orden de San Juan de Dios (1883).

KEY WORDS: Nursing, Scientific Method, Nursing Process, Theory.

ABSTRACT: Nursing learning stems from superstitious-religious thinking and elementary forms of reasoning, which also influence the explanation of human care, taking into account natural and supernatural aspects.

Nursing care in primitive people was mainly based around survival. Religious rites can be considered the most secret precedent of some procedures: massages, trepanations, purges and emetics.

The transformation of nursing practice took place in the nineteenth century, when the book "The Art of Nursing" by "los Hermanos de la Orden de San Juan de Dios" (1883) became of great significance.

OBJETIVO

Analizar las características del conocimiento pre científico enfermero así como su influencia en el desarrollo del cuerpo específico de conocimientos de Enfermería.

METODOLOGÍA

Se efectuó una revisión bibliográfica y para elaborar el estudio y su consecuente recogida de información se han utilizado las bases de datos Cuiden, Medline, CINHALL.

Se limita la búsqueda a artículos publicados en español e inglés, con los descriptores: Enfermería, Método Científico, Proceso de Enfermería, Teoría.

Para la concreción de dicha búsqueda se utilizaron los operadores booleanos “and” y “or”. La búsqueda se restringió a los artículos y libros publicados en los últimos diez años en español, desde 1996 al 2016, obteniéndose un total de 20 artículos.

Se seleccionaron 10 referencias que se consideraban cumplían los criterios de inclusión, quedando reflejados en esta investigación.

RESULTADOS

Desde la Prehistoria la falta de explicaciones a la mayoría de los procesos relacionados con la salud, la influencia de ciertas creencias, etc... hacían pensar que la salud provenía de las influencias sobrenaturales o divinas. Rastros de este enfoque se observan aún hoy en determinadas prácticas relacionadas con la salud.

El saber enfermero participa del pensamiento mágico-religioso y de formas elementales de razonamiento, que a su vez influyen en la explicación de las actividades del cuidado humano, teniendo en cuenta dos aspectos que son el natural y el sobrenatural.

Los cuidados de enfermería en los pueblos primitivos fueron principalmente de supervivencia. Las encargadas de realizar los cuidados básicos eran las mujeres aunque los hechiceros eran responsables de la curación de enfermedades y heridas mediante la escenificación de rituales.

Cuando el hechicero es sustituido por el sacerdote, en los templos serán donde se desarrollen actividades relacionadas con la salud. El concepto bajo el que se configuran las prácticas de cuidados está inmerso dentro de la consideración de grupo.

Los ritos pueden considerarse el antecedente más secreto de algunos procedimientos: masajes, trepanaciones, purgas y eméticos.

El saber enfermero se transmite a través de actividades, procedimientos, acciones... que se desarrollan a través de un razonamiento inductivo.

Los hombres primitivos tenían como única fuente de conocimiento, en materia de salud, la observación de la naturaleza. Se impone el conocimiento empírico, la observación y la socialización en cada una de las actividades del grupo. Los mecanismos de transmisión de conocimiento están vinculados a la tradición oral.

Otro impedimento para la evolución del saber enfermero ha sido su consideración como técnica, norma y regla de acuerdo con la filosofía cristiana. Los cristianos tenían la

obligación de asistir al enfermo imitando lo que Jesús de Nazaret practicaba. Es una acción vocacional donde no se requiere praxis. Las personas dedicadas a la tarea de cuidar eran adiestradas para la docilidad, la pasividad y la humildad.

Se promovía una obediencia incontestable a las decisiones de otros estamentos de rango superior, como podía ser el sacerdote o el médico.

La Ciencia Enfermera ha ido evolucionando con los acontecimientos y las corrientes de pensamiento que se han ido sucediendo a lo largo de la Historia, lo que ha provocado situaciones de cambio, para cuyo conocimiento es necesario abordar los diferentes paradigmas que han ido configurando su desarrollo.

El pensamiento crítico enfermero es aquel que es deliberado, dirigido a un objetivo, que emite juicios basados en evidencias; que se basa en principios de la ciencia y del método científico; y que además requiere de estrategias que maximicen el potencial humano y compense los problemas causados por la naturaleza humana.

Todos los aspectos estudiados han contribuido a que la actividad de cuidar se convierta en una disciplina diferenciada de otras profesiones sanitarias, basada en un marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional.

CONCLUSIONES

La transformación de la práctica enfermera tuvo lugar en el siglo XIX, donde adquiere gran significado el libro “El arte de la Enfermería” de los Hermanos de la Orden de San Juan de Dios (1883), donde se sentaban las bases para instruir a los enfermeros de la Orden sobre el cuidados de los enfermos.

En esta época se inicia la Enfermería moderna y se gesta la profesionalización de la actividad de cuidar. De esta forma se observa que la Ciencia Enfermera tiene una base de pseudociencia, donde se mantienen valores vocacionales, aspectos eminentemente técnicos y los de tipo moral.

La enfermería se consolida como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propios y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población.

Las ideas que han guiados la investigación en Enfermería para construir un cuerpo propio de conocimientos han sido: comprender al ser humano en interacción con su entorno, en relación a sus necesidades de salud y diferenciar cuál es la contribución de Enfermería como profesión independiente en la satisfacción de estas necesidades.

La constitución de cualquier profesión o disciplina conlleva el desarrollo e un cuerpo específico de conocimientos.

En el pasado, la enfermera adaptó teorías de otras disciplinas; pero para que la enfermera defina sus actividades y desarrolle su investigación debe tener su propio cuerpo de conocimientos, los cuales pueden ser expresados como Modelos y Teorías.

La Enfermería como disciplina profesional surge como resultado de la evolución dentro de la sociedad de la actividad de cuidar.

La profesión Enfermera viene desarrollándose desde hace algo más de un siglo y ha sido a partir de los años 50 cuando el desarrollo de las teorías han sufrido una rápida

evolución hasta alcanzar un cuerpo doctrinal de conocimientos propio de una disciplina académica, sin ella la práctica profesional se basa en tradiciones aprendidas y en el sentido común desarrollado por los años de experiencia.

BIBLIOGRAFÍA

Hernández Cortina A, GdIPC. La enfermería como disciplina profesional holística. *Revista cubana de enfermería*. 2004; 20(2).

Burgos Moreno M, PKT. Enfermería como profesión. *Revista cubana de enfermería*. 2009; 25(1-2).

González JS. Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enfermería Clínica*. 1997;7(4), 189.

Cano A, dCM. El método científico de enfermería, el Proceso de Atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas. *Revista Cubana de Enfermería*. 2004;20(1), 1-1.

Urra E. Avances de la ciencia de enfermería y su relación con la disciplina. *Ciencia y enfermería*. 2009;15(2), 9-18.

Aimar A, VN, TM. Tendencias y perspectivas de la ciencia enfermera. *Enfermería global*. 2006;5(2).

Bueno Robles LS. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Ciencia y enfermería*. 2011; 17(1)(37-43).

Salas Iglesias MJ. El estatus científico de la enfermería: paradigma, método y naturaleza de su objeto de estudio. *Cultura de los cuidados año VII*. 2003; 14(71-78).

González JS. Historia cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. *Avances en enfermería*. 2010; 28(120-128).

Urbina Laza O, PSA, DMJE, MLX. El modelo de actuación de Enfermería y su valor humanista. *Educación Médica Superior*. 2003;17(3), 0-0.

HISTORIA DE LA ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

HISTORY OF THE MENTAL HEALTH NURSING

Natalia Sánchez Sánchez

Enfermera Especialista Salud Mental del CAUSA

Andrea Cuervas-Mons Tejedor

Enfermera Especialista Salud Mental del CAUSA

PALABRAS CLAVE: Historia, Enfermería, Salud mental. E.I.R.

RESUMEN: La enfermería psiquiátrica ha pasado de una atención institucionalizada en hospitales, a ser una acompañante, prestando los cuidados en el propio medio del paciente con problemas mentales. En los diferentes países la evolución ha sido diferente pero paralela. Se ha creado la figura de Enfermera Especialista en Salud Mental para cubrir las necesidades de estos pacientes. A pesar del avance sufrido en la atención a estos pacientes psiquiátricos, todavía resulta necesario minimizar el estigma al que se ven abocados. Se precisa un cambio más amplio en los conceptos y forma de tratar al paciente con problemas mentales. Se ha comprobado que el Enfermero Especialista en Salud Mental es imprescindible en la atención y cuidados de este tipo de pacientes, por ello es necesaria una reorganización en la formación, y la creación de la categoría de Enfermería Especialista en Salud Mental, dotando a todas las Comunidades autónomas de medios y recursos para poder llevarla a cabo.

KEY WORDS: History, Nursing, Mental health.

ABSTRACT: Psychiatric nursing has gone from institutionalized care in hospitals, to being a companion, providing care in the very environment of the patient with mental problems. In the different countries the evolution has been different but parallel. The figure of Nurse Specialist in Mental Health has been created to cover the needs of these patients. Despite the progress made in the care of these psychiatric patients, it is still necessary to minimize the stigma to which they are exposed. There is a need for a broader change in the concepts and way of treating the patient with mental problems. It has been proven that the Nurse Specialist in Mental Health is essential in the care and care of this type of patients, so it is necessary a reorganization in training, and the creation of the category of Specialist Nursing in Mental Health, providing all Autonomous communities of means and resources to be able to carry it out.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, los cuidados y la custodia de los enfermos psiquiátricos ha ido variando, tendiéndose de manera continuada a la desinstitucionalización y a la reinserción de los mismos en una sociedad que a día de hoy, los sigue estigmatizando. Los recursos disponibles en la actualidad son quizás, insuficientes para mantener de forma estable y sin riesgos a dichos enfermos.

La aprobación de la Ley General de Sanidad del 25 de abril de 1986 generó un nuevo marco legislativo que posibilitará la integración plena de la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario general.

A pesar de que la especialidad de Enfermería de Salud Mental lleva realizándose mediante la vía de enfermero interno residente (E.I.R.) desde el año 1998, en muchas Comunidades Autónomas no se ha creado todavía la categoría correspondiente.

En Salamanca, la Reforma de Salud Mental con la respectiva reestructuración de los servicios psiquiátricos, se efectuó en una serie de etapas. Actualmente pertenecen al Sacyl.

OBJETIVOS

Realizar un análisis de la evolución de la enfermería de salud mental a lo largo de la historia.

Comparar la práctica de la enfermería de salud mental desde su nacimiento hasta el momento actual.

Situar históricamente a la enfermería de salud mental.

Plantear las dificultades a las que se enfrenta la enfermería de salud mental.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos: Pubmed, Scielo, Cuiden, Google Scholar, Cochrane. A partir de los artículos encontrados se han seleccionado los más adecuados y los que presentaban mayor evidencia científica para la realización de nuestro trabajo.

RESULTADOS

1.- EL ENFERMO PSIQUIÁTRICO

Desde la perspectiva del *paradigma teológico* (hasta el siglo XVIII), la locura se interpretaba como un fenómeno de posesión por parte del demonio. Se le atribuía a la locura causas sobrenaturales, por lo que el exorcismo era la técnica más habitual. Muchos de los enfermos mentales acababan en la hoguera tras ser juzgados por la inquisición, debido a sus conductas bizarras. Fueron órdenes **religiosas** como las de los mercedarios, San Juan de Dios y el Sagrado Corazón de Jesús las que se encargaron del cuidado de los enfermos mentales. A principios del siglo XV, Fray Gilabert Jofré fundó en Valencia el primer centro específico para mantenimiento de locos o alienados.

Desde la visión del **paradigma racional tecnológico** la causa de la locura era de naturaleza físico-mecánica, centrándose la atención en el cerebro, en vez de en el alma como ocurría anteriormente. Los médicos, por tanto, se esforzaron por conocer mejor el **cerebro**. El trato se fue humanizando, aunque los enfermos mentales seguían estando custodiados, en su mayor parte, por las órdenes religiosas. La profesionalización de la medicina psiquiátrica no fue acompañada, por consiguiente, de un proceso paralelo de profesionalización de los responsables de la asistencia directa y continuada de los enfermos mentales.

Tras la segunda guerra mundial, se fueron desarrollando y potenciando políticas de bienestar, lo que impulsó a que se instaurase una nueva visión de la locura. Desde el **paradigma hermenéutico** los psicoanalistas se van a afanar por comprender el significado de las conductas desviadas, teniendo en cuenta la importancia del contexto cultural y antropológico específico. Se crearon nuevos perfiles de profesionales que favorecieron la instauración de cuidados más técnicos, y gracias al avance de **psicofármacos**, se fue suavizando el control de los dementes.

2.- ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA

2.1.- DEFINICIÓN

Según **Matheney**, la enfermería psiquiátrica sería la atención brindada a pacientes buscando el tratamiento y la rehabilitación de trastornos psiquiátricos. Estaría dirigida a las relaciones interpersonales entre enfermera y paciente, y grupos de pacientes.

Irving la describe como diferente a las demás clases de enfermería, aunque similar a ellas. Algunos consideran la enfermería psiquiátrica como la base, el núcleo, el mismo arte de la enfermería.

La asistencia de la enfermería en salud mental eficaz requiere que la enfermera logre los conocimientos, comprensión y la destreza necesarios para poder observar, analizar y responder terapéuticamente a las necesidades del paciente. Requiere mucho trabajo, práctica, evaluación sobre la marcha y continuo aprendizaje. Requiere valor, humildad y fuerza para tolerar el fracaso y frustración inevitables que acompañan al servicio prestado a otras personas.

Ahora bien, la Enfermería Psiquiátrica podría definirse como una **Especialidad de las Ciencias de la Salud** y Antropológicas, capaz de estudiar no sólo las causalidades biológicas, sino también las motivaciones psicológicas, psicodinámicas y las condicionantes socioculturales de la enfermedad mental en sus múltiples formas, aplicando los cuidados y la atención pertinentes.

2.2.- FUERA DE ESPAÑA

La primera escuela de enfermeras psiquiátricas aparece a finales del siglo XIX en Alemania, fundada por Theodor y Friedericke Fliedner, en 1836.

En 1872, el New England Hospital para mujeres y niños estableció la primera escuela de enseñanza para enfermeras, basada en el sistema Nightingale. Fue allí donde se desarrolló la enfermería psiquiátrica en EE.UU.

Linda Richards fue la primera enfermera graduada y ayudó a formar doce escuelas de

enseñanza en EE.UU., cuatro de ellas se establecieron en hospitales para enfermos mentales.

En 1915, la Asociación norteamericana de Enfermeras, con apoyo financiero del comité Nacional para la Higiene Mental, realizó un estudio de las 41 escuelas en EE.UU. que manejaban hospitales para enfermos mentales. En esa época, Linda Richards reiteró su convicción a cerca de la necesidad e importancia de capacitar a todas las enfermeras en la rama psiquiátrica.

La participación de EE.UU. En la Primera Guerra Mundial, en 1917, detectó la escasez de enfermeras capacitadas para trabajar con pacientes psíquicos.

En 1930 aumentaron los esfuerzos de colaboración entre las organizaciones de enfermería y psiquiatría. En 1933, el Dr. Alfred P. Noyes predijo “un futuro brillante para la enfermería psiquiátrica”.

La intervención de EE.UU. En la Segunda Guerra Mundial en 1941, aumentó la necesidad de una educación sobre los principios de salud mental y enfermería psiquiátrica. Las víctimas de los estragos de la guerra obligaron a las enfermeras psiquiátricas a realizar un esfuerzo máximo como parte de un deber militar. El número de escuelas de enfermería que incluían la enfermería psiquiátrica en el currículum básico, aumentó considerablemente.

En 1946, el primer congreso de la postguerra aprobó la **Ley Nacional de Salud Mental**.

El libro de **H. Peplau**, “**Relaciones Interpersonales en Enfermería**”, publicado en 1952, causó un profundo impacto en la dirección y el contenido de la enseñanza de la enfermería psiquiátrica y salud mental, y proporcionó un marco teórico para la práctica e investigación en este campo.

En la mayoría de los países europeos se dan varias categorías profesionales que suponen una formación con diferentes grados y niveles. Título polivalente y posterior especialización como es el caso de Bélgica, Italia, Noruega; o bien un título de especializado de entrada como el caso de Inglaterra, Alemania y Portugal.

2.3.- EN ESPAÑA

Los primeros antecedentes hay que buscarlos en la hermandad del hospicio de pobres mendigos del Ave María y San Fernando, en **1675**, que hace alusión en sus estatutos a que los enfermeros que recibieran a los locos deberían remitirlos al Hospital que había para ellos en la Corte, dada su peligrosidad.

En 1684, en el Hospital de San Juan de Dios de Cádiz, se lee cómo el Hospital “mantendrá abiertas las puertas día y noche para toda clase de heridos de ambos sexos, recibirá a forasteros, a los extravíos de razón...”.

Dada la organización asistencial y la situación política existente en España, la institucionalización del paciente psiquiátrico se mantuvo más tiempo que en otros entornos.

Actualmente, en España, la carencia de personal de enfermería con suficientes conocimientos psiquiátricos así como la falta de enfermería psiquiátrica debidamente cualificado constituye, sin duda, uno de los problemas más graves de los que tiene hoy día

planteados la asistencia psiquiátrica en España.

La viabilidad de un desarrollo de la asistencia psiquiátrica depende, en gran parte, de poder contar con el suficiente personal cualificado para poder asumir las diferentes funciones asistenciales dentro de esta área.

En **1967** se crea en nuestro país, la **especialización en Psiquiatría para A.T.S. Generales**. El primer curso organizado con carácter de oficialidad por parte de la Dirección General de sanidad se hizo en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Navarra. Posteriormente, se crearon las Escuelas de Especialización de Madrid, Barcelona, Sevilla y Valladolid.

En **1985**, el Ministerio de Sanidad elaboró un documento para la **Reforma Psiquiátrica** y la atención en la Salud Mental que publicaba la plena integración de la Salud Mental en la asistencia sanitaria general. Los objetivos de la reforma en España, expresados explícitamente en uno de los principios del documento son: 1. Potenciar las acciones protectoras de la salud mental dentro del entorno social propio de la población en riesgo. 2. Reducir las necesidades de hospitalización por causa psíquica mediante la creación de recursos alternativos eficaces. 3. Incentivar el desarrollo de programas de rehabilitación para el enfermo mental. 4. Establecer un nivel de prestaciones sociosanitarias suficiente para el enfermo mental, cualquiera que sea su edad y condición. 5. Tutelar los derechos civiles del paciente frente a las acciones sanitarias que pudieran limitar su libertad de elección.

En **1986 desaparece** por Decreto la especialidad de **Enfermería Psiquiátrica en España**. Se fija en **1987** un decreto por el cual a la entrada en vigor de la **Especialidad de Salud Mental**, los A.T.S. Y Diplomados en enfermería que lleven 4 años de servicios prestados en Salud Mental, podrán acceder a la especialidad a través de un examen o presentando un trabajo de investigación.

En **1999**, comienza la **primera promoción de Especialistas en Salud Mental** vía Enfermero Interno Residente, tras una prueba de carácter general, con un total de 4 escuelas para todo el territorio Nacional (Vitoria, Madrid, Sevilla y Asturias) y 21 alumnos.

En marzo de **2016**, durante la celebración del XXXIII Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM) se puso el acento en que es indispensable para el desarrollo de los cuidados, prestar atención a todos aquellos procesos en los que se pueda dar un malestar o sufrimiento psíquico. El enfermero debe trascender los propios servicios asistenciales y contemplar escenarios como la atención a personas sin hogar o a los hijos de personas diagnosticadas de algún trastorno mental grave.

El desarrollo de actividades asistenciales, docentes, de investigación o gestión que deben garantizar la traslación de estos avances en los cuidados a la población sólo puede garantizarse a través del **enfermero especialista en salud mental**, último responsable de estos cuidados. Para ello, la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental negocia con todas las instituciones responsables la consolidación de la categoría profesional de enfermero especialista en salud mental, la catalogación de los puestos de trabajo, y la disposición de bolsas de empleo y ofertas públicas específicas.

De momento, existen comunidades en las que sí se reconoce la categoría de Enfermera Especialista en Salud Mental, pero aún quedan muchas en las que no existe dicha categoría.

2.4.- CASTILLA Y LEÓN

En consonancia con estimaciones nacionales e internacionales de nuestro entorno, se estima que cerca de uno de cada seis castellano-leoneses pueden padecer algún problema relacionado con la salud mental cada año, y que más del 1% de la población está afectada por trastornos mentales graves. Además, estos procesos constituyen una de las primeras causas de discapacidad, y la séptima causa de muerte en la Comunidad Autónoma.

Existen diferentes recursos destinados a los enfermos mentales. Los Equipos de Salud Mental (ESM) se constituyen como eje de articulación y prestación de servicios asistenciales psiquiátricos en cada Área de Salud, con carácter multidisciplinario. Existen un total de 37 Equipos de Salud Mental. El Área de Salud de Salamanca cuenta con 5 ESM.

Los Equipos de Psiquiatría Infanto-Juvenil ejercen las funciones propias de los Equipos de Salud Mental en el ámbito de la población menor de 18 años. En Salamanca contamos con un Equipo específico. En Valladolid se sitúa la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil de referencia para toda Castilla y León.

Las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica constituyen elementos asistenciales integrados en los hospitales generales, que están destinados al ingreso de aquellos pacientes cuya sintomatología así lo requiera y que precisen un tratamiento en régimen de hospitalización. Existen un total de 12 Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en esta comunidad. La Unidad de Salamanca cuenta con 27 camas.

Existen recursos asistenciales intermedios entre la comunidad y las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica. Intentan conseguir, en la medida de lo posible, que el paciente esté vinculado a la red de salud mental.

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial son dispositivos a los que el paciente con dificultades de integración familiar, social o laboral, pueden ser remitidos.

En Salamanca también existen los siguientes dispositivos: Unidad de Patología Dual en el H. de los Montalvos (referencia de Castilla y León) donde se atienden a los pacientes que además de una patología mental, presentan algún tipo de adicción a tóxicos. Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria donde se presta asistencia en régimen de hospital de día a pacientes con este tipo de patología y Unidad de Tratamiento del Alcoholismo.

En la atención al paciente psiquiátrico en Salamanca ha habido también un cambio importante desde la Reforma Psiquiátrica, se pasó de las estructuras convencionales a una atención más centrada en la comunidad y entorno del paciente. A pesar de esto, el Hospital Psiquiátrico efectuó su cierre muchos años después de esta reforma, en diciembre de 2008.

Disponemos actualmente de 39 enfermeras trabajando en los Servicios de Salud Mental, realizando su trabajo diario y constante con pacientes con diferentes patologías.

CONCLUSIONES

La enfermería de Salud Mental ha tenido unos comienzos unidos a la psiquiatría médica, iniciándose en los hospitales psiquiátricos donde se intentaba aislar al paciente y apartarlo de la sociedad debido a que eran concebidos como peligrosos. El estigma de estos pacientes se ha ido reduciendo, pero todavía queda mucho camino por recorrer.

Poco a poco se ha ido produciendo la desinstitucionalización del paciente siendo el objetivo actual la reinserción del mismo en la sociedad, donde el papel del personal de enfermería cualificado es imprescindible.

Se necesitan más Unidades Docentes y más plazas acreditadas para formar a Enfermer@s Especialistas en Salud Mental y que sean reconocid@s por los diferentes estamentos de gobierno y de las Comunidades Autónomas, para así poder brindar una correcta atención a los usuarios de estos servicios.

En Salamanca estamos pendientes de la acreditación de la Unidad Docente Multidisciplinar de Salud Mental que incluya la formación de enfermeros especialistas vía E.I.R. ([Enfermer@s](#) Intern@s Residentes).

BIBLIOGRAFÍA

1.- Belmont Molina, A.(2011) La evolución de la Enfermería Psiquiátrica. *Enf. Neurol (Mex)*, 10 (1): 53-55. www.mediographic.mx

2.- Frire, G.(2016). La Enfermería de la Salud Mental avanza en el desarrollo de sus cuidados. Artículo Diario enfermero.

3.- Junta de Castilla y León. Estrategia Regional de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León (2003) Disponible en:

<http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-regional-salud-mental-asistencia-psiquiatrica>

4.- López Rodríguez, J.L.(2000) Historia de la Psiquiatría y de la Enfermería Psiquiátrica. Ed. Doyma.

5.- Pileño Martínez, M., Morillo Rodríguez, F., Salvadores Fuentes, P., & Nogales Espert, A. (2012). El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de los cuidados*,(13), 29-35. doi: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2003.13.06>

6.- Siles González, J., Cibanal Juan, L., Vizcaya Moreno, M. F., Solano Ruiz, M. D. C., García Hernández, E., & Gabaldón Bravo, E. M. (2001). De la custodia a los cuidados: una perspectiva histórica de la enfermería en salud mental. *Cultura de los cuidados*, Año V, n. 9 (1. semestre 2001); pp. 27-33.

7.- Ulloa Reyes, Luis. (2007). Enfermedad mental y violencia: Propuestas de Intervención en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(4) Recuperado en 07 de enero de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000400002&lng=es&tlng=es.

REVISIÓN: LA IMAGEN SOCIAL DE ENFERMERÍA Y SU EVOLUCIÓN HISTÓRICA EN EL CINE

REVIEW: THE SOCIAL IMAGE OF NURSING AND HIS HISTORICAL EVOLUTION IN THE CINEMA

María del Rocío Jiménez Carabias

Enfermera. Complejo Hospitalario de Salamanca

Alicia Vicente Sánchez

Enfermera. Complejo Hospitalario de Salamanca

Emilia Ruiz Antunez

Supervisora de Formación Continuada del Complejo Hospitalario de Salamanca

PALABRAS CLAVE: Enfermera, Imagen social, Estereotipos.

KEY WORDS: Nurse, Social image, Stereotypes.

RESUMEN: La sociedad va transformándose de forma paulatina y la profesión enfermera como ciencia y profesión, no ha permanecido indiferente. A través del cine, se ha pretendido analizar si la visión profesional de la enfermera se corresponde en visión, valores, funcionalidad y reconocimiento, realizando revisión bibliográfica de artículos científicos, publicaciones, películas, hasta la actualidad, en bases indexadas, observando una evolución, desde los primeros papeles de enfermera religiosa, con carácter vocacional, pasando por el papel de mujer frívola / sexy, hasta la actualidad, que vemos una enfermera caracterizada por su profesionalidad, defensora de los valores profesionales, y la comunicación.

ABSTRACT: Society is gradually changing and the nursing profession as science and profession, has not remained indifferent. Through the cinema, it has been tried to analyze, if the professional vision of the nurse, corresponds in vision, values, functionality and recognition, carrying out a bibliographical review of scientific articles, publications, films, up to the present time, on an indexed basis, observing a Evolution, from the first roles of religious nurse, with vocational character, through the role of frivolous / sexy woman, until today, we see a nurse characterized by professionalism, defender of professional values, and communication.

INTRODUCCIÓN

Los trabajos de investigación realizados sobre la historia de la enfermera, han supuesto un avance y un acercamiento al conocimiento de la misma. Desde que se comenzara realizando un oficio, hasta ser reconocida cómo profesión, y cómo doctoras en enfermería en el siglo XXI, ha supuesto un gran esfuerzo, para lograr ser una profesión reconocida, consolidada y con autonomía propia.

La profesión ha sido analizada y no ha permanecido indiferente a la influencia de las épocas vividas y la repercusión de otras ciencias, con lo que ha experimentado un desarrollo y una respuesta a las exigencias que conllevan las diferentes etapas de transformación de la profesión.

La historia del cine como espectáculo comenzó en París, Francia, en 1895, convirtiéndose en una herramienta fundamental para transmitir los fenómenos humanos en toda su complejidad, en los que la profesión enfermera también se ha visto reflejada.

Si analizamos la evolución histórica de la enfermería, podemos destacar un avance en la profesionalización en el año 1952, con la titulación de ATS con el objetivo de unificar las figuras sanitarias, practicante, enfermera y matrona. En 1977 aparece el título Universitario de Diplomado en Enfermería, dotándola de una mayor formación, competencias y autonomía. Otros dos momentos importantes en la historia de la enfermería, que aumentarían también su formación y capacidades son, la creación de las especialidades en 2005 y la implantación del Plan Bolonia en 2007, con la conversión de la diplomatura en Grado universitario de 4 años de formación.

OBJETIVOS

- Analizar el rol que representan las enfermeras a través del cine.
- Valorar aspectos que han influido en la imagen de la profesión.
- Comprobar si la evolución histórica de la enfermería se ha proyectado en las películas.

FUENTES.

- Bases indexadas bibliográficas y consulta de filmografía.

METODOLOGÍA

Se realiza Revisión bibliográfica de artículos científicos y publicaciones, hasta la actualidad, en bases indexadas: Medline, Cuidate, Pubmed, Library Plus, y la revisión de filmografía, entre ellas 12 películas famosas en las que intervienen enfermería.

RESULTADOS.

Los medios de comunicación pueden proporcionar a la sociedad una imagen fiel o alejada de la realidad del rol enfermero, según su análisis.

“El cine se alimenta de la realidad. Que a su vez la retroalimenta. Nutre nuestro imaginario, nos fabrica recuerdos, nos propone modelos, nos enseña códigos de conductas, modela nuestra subjetividad y nuestra vida” (Aguilar) (1).

Según la RAE “**estereotipo**” es la imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable. (2).

ESTEREOTIPOS DE ENFERMERAS ENCONTRADOS EN LAS PELICULAS ANALIZADAS:

- **Papel de la Enfermera heroína en conflictos bélicos:** *En las películas bélicas analizadas se muestra a las enfermeras con destreza de técnicas y cuidado de heridas, conocimientos sobre los procedimientos y desarrollando un papel crucial en el apoyo sanitario en la eficacia y disciplina del ejército, destacando cómo grandes organizadoras. Como ejemplos destacados de este perfil:*

Johnny cogió su fusil (1971)

Contextualizada en la primera Guerra Mundial, observamos a una enfermera que aplica técnicas y procedimientos de manera personalizada, destaca la relación enfermera-paciente, los esfuerzos de la enfermera para que a través de la observación, al valorar, es capaz de establecer una comunicación “no verbal” con un paciente muy limitado, y el intento de aliviar su sufrimiento.

Las etapas del proceso del duelo, ante la pérdida de facultades, de la imagen y ante la cercanía de la propia muerte y el dilema sobre la eutanasia que se ponen en cuestión durante la película.

Podemos resaltar la falta de confianza del equipo, el autoritarismo militar, y de subordinación de la enfermera, basada en una medicina fría y distante: “militarizada”.

El paciente inglés (1996)

Ambientada en la segunda guerra mundial, cuenta la historia de un paciente con importantes quemaduras que es atendido por Hanna en un monasterio abandonado. Destaca en ella, la profesionalidad, empatía y trato con el paciente, juega un papel vital: el acompañamiento, el cuidado en el plano tanto físico como psicológico, aunque con una gran implicación personal y emocional.

En el Amor y en la Guerra (1997)

También sobre la primera guerra mundial, narra el romance de una enfermera y un soldado herido.

Pearl Harbor (2001)

En esta película se pone en duda el carácter vocacional de la profesión al mostrar un grupo de enfermeras jóvenes y guapas que se alistan en el ejército y uno de sus principales objetivos es conocer soldados de los que enamorarse(poniéndose de manifiesto en varias secuencias de la película quizás la más destacada cuando van en el tren).

Se desarrolla en la segunda guerra mundial, narra el ataque de los japoneses a la base militar de Pearl Harbor. Aparecen secuencias aplicando técnicas de enfermería, cómo curas, vacunas, administración de inyectables e incluso transfusiones.

Destaca la fortaleza cómo mujer y Enfermera que se trasmite frente a situaciones de emergencia, donde unas se bloquean, y otras actúan con decisión y gran profesionalidad. Importante función de Eveling desarrollando funciones de triage en el ataque, función entonces delegada por el médico.

- **La enfermera-religiosa**

Según Domínguez-Alcón, las características que debe reunir la enfermera (y no el varón). "la caridad, el desinterés, cariño maternal, dulzura, femineidad, se acerca más a la definición de una religiosa que a la de una profesional. Se la ha visto también con frecuencia como a una madre, en el sentido espiritual de la palabra.

Se la ha considerado como profesional de segundo orden, como mini-médico. Como ocupación subordinada tiene que mantener disciplina y obediencia hacia el médico, al cual le debe el máximo respeto y admiración por ser la persona más importante dentro del equipo sanitario." (3)

Es muy significativo, el uniforme de la enfermera parecido a las religiosas, mayoritariamente blanco, con cofia también del mismo color y que se ha mantenido tanto desde el punto de vista asistencial, como en el cine, en películas como **"Alguien voló sobre el nido del cuco"** (1975), **"Despertares"** (1990), o **Path Adams** (1998).

Sin embargo el uniforme del médico en todas ellas, muestran al médico, con ropa de calle y una bata.

- **La Enfermera con personalidad frívola y manipuladora**

El ejemplo más evidente está en la película **"Alguien voló sobre el nido del cuco"** en la que la enfermera desarrolla un papel, poco profesional, en la que aparecen pocas técnicas enfermeras, pero que tiene dominado al grupo de pacientes y compañeros, intimidados, sometidos a chantajes, que sin embargo es valorada positivamente por los médicos, tienen en cuenta su opinión, basándose en la experiencia, más que en la profesionalidad.

- **Desde la consideración de "enfermera sexy"**

Podemos señalar que el primer desnudo integral del cine español fue protagonizado por una enfermera, M^ª José Cantudo, en **"La Trastienda"**, película realizada en 1975. (3)

En la película **"Bailo por dentro"** (2004), drama relacionado con la discapacidad, la única imagen que aparece de una enfermera, es en una fiesta caracterizada con un disfraz de enfermera, con una minifalda corta, imagen que se repite en películas del género porno.

- **La "enfermera-mujer"**

Como afirma Virginia Henderson: "Mientras las enfermeras sean predominantemente mujeres y la imagen enfermera se asocie a lo que una mujer debería ser, la imagen pública se verá afectada" (4).

En la película **Hable con ella (2002)**, realizada por Pedro Almodóvar, se rompe el mito que vincula, el rol de cuidador /enfermera, ligado al género femenino, al presentar a un enfermero hombre, en el papel protagonista.

Referente a los cuidados, se observan técnicas propias de enfermería como la retirada de nutrición enteral y por otro, podemos destacar la relevancia que se da a los comentarios de enfermería, para conocer la evolución de los pacientes: aparece un primer plano donde se observan variables, de tensión arterial, temperatura o deposiciones.

Los profesionales cuidan, basándose en principios humanistas, donde destaca la comprensión e implicación profesional, para satisfacer las necesidades de los pacientes y sus familiares.

Sin embargo pone de relieve la falta de profesionalidad y el conflicto de los principios bio-éticos y deontológicos, al quedar embarazada la paciente, que estimamos puede ser más fruto de la personalidad propia y provocadora del autor de la película.

- ***Defensora de los derechos/autonomía de los pacientes***

Amar la vida (2001)

Vivian Bearing una profesora/doctora de literatura, es diagnosticada de un cáncer ovárico avanzado para el que solo existe un tratamiento experimental aunque inicialmente no se lo plantean así, a pesar de firmar el consentimiento informado. Durante el ingreso se encuentra sola, sin visitas y con la única persona que establece conversaciones es con la enfermera, siendo la mayor parte de la película un monólogo de la protagonista que acentúa e intensifica el sufrimiento y la soledad en su última etapa.

Aparecen secuencias en las que la enfermera aplica técnicas y procedimientos de enfermería (manejo de bombas de perfusión,...) y siempre informando previamente a la paciente.

Se observa el contraste de roles entre unos médicos muy cerebrales, distantes y poco empáticos y una enfermera que escucha, comprende a la paciente y lucha porque prevalezcan los derechos y decisión de no reanimación de la paciente: testamento vital.

Planta 4ª (2003)

Película basada en hechos reales que relata la experiencia de uno de sus protagonistas Izan en una planta de oncología, destacan valores como la amistad y la pertenencia a un grupo.

Si analizamos esta películas desde el punto de vista de los roles de enfermería nos encontramos varios, desde la enfermera que recibe a Jorge utilizando continuamente diminutivos e infantilizando, pasando por la enfermera que le molesta que los pacientes llamen al timbre, para finalmente descubrir a Ruth que además de aplicar técnicas de enfermería se caracteriza por el trato humano, capacidad de empatía y asertividad , llegando a defender/encubrir la actitud /travesuras de los chicos aunque ello suponga su sanción disciplinaria.

El cine es capaz de sensibilizar ante la enfermedad, soledad, cuidados paliativos y la educación bioética de los sanitarios, en el que la enfermera representa un papel

fundamental.

Respecto a los uniformes/pijamas se asemejan a la realidad.

- **Enfermera "indiscreta"**

Y tú quien eres (2007)

La familia Rivero se va a ir de vacaciones y deja en una residencia al abuelo que tiene enfermedad de Alzheimer, se observa la evolución de la enfermedad aunque utilizan momentos cómicos para restar dramatismo.

Esta muy bien documentada sobre la enfermedad, ayudas técnicas, y terapias; sin embargo el papel desarrollado por la enfermera deja mucho que desear, mostrando en múltiples secuencias su falta de profesionalidad (infantilizando a los ancianos haciéndolos carantoñas, utilizando términos como "chiflado" para referirse a un paciente delante de otros familiares,...)

Tampoco aparece desarrollando técnicas propias de enfermería, podríamos hablar de una enfermera multifunción que coloca la ropa en los armarios, hace de recepcionista cogiendo el teléfono, sirve las mesas del comedor pero poco profesional desde el punto de vista de enfermería.

CONCLUSIONES

Los rasgos que han caracterizado a la profesión enfermera, su imagen social, han ido cambiando a lo largo de las diferentes etapas de su historia, que se ha visto reflejado en los medios de comunicación especialmente en el cine.

La evolución progresa desde los primeros papeles de la enfermera religiosa, con carácter vocacional y religioso, pasando por el papel de enfermera representada como mujer frívola / sexy, hasta la actualidad, que vemos una enfermera caracterizada por su profesionalidad, defensora de los valores profesionales, cómo pueden ser, la autonomía del paciente, intimidad, etc.

Las diferencias existentes en la sociedad entre el rol medico y el rol de enfermería también se aprecian en la gran pantalla

Si bien se ajusta más al papel profesional, siguen existiendo una falta de asesoramiento profesional, que muestren nuestra visión y valores como profesión.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, P. Mujer, amor y sexo en el cine español de los 90, Madrid, Ed. Fundamentos 1998 p 47.

RAE disponible en <http://dle.rae.es/?id=GqSjgqfE>

Almansa Martínez, P. "Enfermería y cine posfranquista. Una visión frívola". Enfermería Global N^o 4 Mayo 2004 disponible en <http://revistas.um.es/global/article/viewFile/596/618>

Almansa Martínez P. La formación enfermera desde la sección femenina. Enfermería Global [Internet]. 2005 Nov. [volumen (7): Disponible en: <http://revistas.um.es/index.php/eglobal/article/viewFile/484/468>

De la Parte Pérez, M. "Imagen de la enfermería, a través del cine español, desde el franquismo a la actualidad" Universidad de Valladolid.

Vicente Carmona, J. "la enfermería en el cine III: Johnny cogió su fusil disponible en blog.uchceu.es/enfermeria/la-enfermeria-en-el-cine-iii-johnny-cogio-su-fusil/

Vicente Carmona, J. "La enfermería en el cine II: El paciente Ingles disponible en blog.uchceu.es/enfermeria/la-enfermeria-en-el-cine-ii-el-paciente-ingles/

Salas Iglesias, P.M., "Investigación de la enfermería militar vista a través del Cine: El caso Pearl Harbor", Cultura de los cuidados 2º Semestre 2005 Año IX nº 18.

Andina Díaz E, Bonet Manso P. La Enfermería en Hable con ella. Index Enferm [Internet]. 13(44-45): 67.

Vicente Carmona, J. "la enfermería en el cine VII: Amar la vida disponible en blog.uchceu.es/enfermeria.

DOMINGUEZ-ALCÓN, C., Sociología y Enfermería, Madrid, Pirámide, 1983.

Ogando Díaz B, García Pérez, C De Aristóteles a Amenábar: ética narrativa, cine y medicina Aten Primaria. 2008; VOL 40(9):469-72.

Prat Canet C. Análisis de la imagen social de la Enfermería a través del cine y la televisión [Internet]. Universitat Internacional de Catalunya. Facultad de medicina y ciencias de la salud. [consultado: 4 de Abril de 2015].

Siles Gonzalez J., Origen de la Enfermería en el cine: El género histórico-documental y Biográfico. Universidad de Alicante (58-69).

FILMOGRAFÍA

- 1. Johnny cogió su fusil (1971)** Director y Guion [Dalton Trumbo](#).
- 2. El paciente ingles (1996)** Director y Guion Anthony Minghella.
- 3. En el Amor y en la Guerra (1997)** Director [Richard Attenborough](#) Guion Allan Scott, Clancy Sigal, Anna Hamilton Phelan.
- 4. Pearl Harbor (2001)** Director [Michael Bay](#) Guion Randall Wallace Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=KUojo-DPMII> .
- 5. Alguien voló sobre el nido del cuco (1975)** Director [Milos Forman](#) .Guion Bo Goldman, Lawrence Hauben (Novela: Ken Kesey).
- 6. Despertares (1990)** Director [Penny Marshall](#) Guion Steven Zaillian (Libro: Oliver Sacks).
- 7. Path Adams 1998).** Director [Tom Shadyac](#) .Guion Steve Oedekerk (Novela: Hunter Adams).
- 8. "Bailo por dentro" (2004),** Director [Damien O'Donnell](#) Guion Jeffrey Caine.
- 9. Hable con ella (2002)** Director y Guion [Pedro Almodóvar](#).
- 10. Y tu quien eres (2007)** Director y Guion [Antonio Mercero](#).
- 11. Amar la Vida (2001)** Director [Mike Nichols](#) Guion Mike Nichols, Emma Thompson

(Obra: Margaret Edson) Disponible en www.youtube.com/watch?v=DbboMQ22UmM.

12. *Planta 4ª* (2003) Director [Antonio Mercero](#) . Guion Antonio Mercero, Albert Espinosa, Ignacio del Moral (Teatro: Albert Espinosa).

Fichas técnicas de las películas obtenidas <http://www.filmaffinity.com>

EL ESTUDIANTADO ANTE EL ESTUDIO DE LA HISTORIA ENFERMERA Y SU CONTRIBUCIÓN DISCIPLINAR

THE STUDENTS IN THE FACE OF NURSING HISTORY STUDY AND ITS DISCIPLINARY CONTRIBUTION

M. Carmen Olivé Ferrer

Escuela de Enfermería, Facultat de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad de Barcelona

Ana Martínez Rodríguez

Escuela de Enfermería, Facultat de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad de Barcelona

Hospital Clínico de Barcelona

Victoria Hernández Grima

Hospital Clínico de Barcelona

PALABRAS CLAVE: Aprendizaje historia enfermera; narrativa en ciencias de la salud; Identidad profesional; profesión enfermera.

KEY WORDS: Nursing History learning; Narrative in health sciences; Professional identity; Nurse profession.

RESUMEN: La asignatura Historia de la Enfermería se cursa conjuntamente con la asignatura de Fundamentos. La narrativa coral muestra el pensamiento del estudiantado en relación al estudio y la investigación de la historia enfermera. Parte de las respuestas a las cuestiones: ¿Qué piensa que aporta el estudio y la reflexión de la Historia de la Enfermería? ¿Puede contribuir a formar mejores profesionales? ¿En qué sentido? Que se llevan a cabo al finalizar el módulo de historia. Disponemos de 70 respuestas. Consideran que les ayuda en la Identidad profesional y a contextualizar la disciplina y la profesión enfermera en la sociedad.

ABSTRACT: The subject Nursing History is taken in conjunction with the subject of Fundamentals. The choral narrative shows the students thinking in relation to the study and investigation of the nursing history. Part of the answers to the questions: What do you think of the contribution of Nursing History study and reflexion? Can it contribute to train better professionals? In what sense? This questions are carried out at the end of the history module. We have 70 answers. The students consider that Nursing History study helps them at the professional Identity at same time that it contextualize the discipline and the nurse profession in the society.

INTRODUCCIÓN

En el Plan de estudios de la Diplomatura de Enfermería en la Universidad de Barcelona, la asignatura de *Historia de la enfermería* se cursaba como asignatura de universidad, disponía de tres créditos y se impartía en el segundo curso. Con el cambio a Grado el contenido de la Historia se ha incorporado a la asignatura de fundamentos de 12 créditos, denominándose en la actualidad: *Fundamentos históricos, teóricos y metodológicos*; como su nombre indica está conformada, a parte de la historia, por la perspectiva disciplinar y la profesional. Aunque a nivel de visibilidad pierde la materia, el estudio de la historia en el contexto teórico y metodológico de la asignatura, aporta una perspectiva general que permite una secuenciación y argumentación disciplinar contextualizada.

En un grupo de docencia, que se ubica en el Campus *Clínic*, se plantea la asignatura con la estrategia de enseñanza aprendizaje de Carpeta de Aprendizaje (CA). La CA incluye la elaboración teórica, que responde a los objetivos de aprendizaje, y una reflexión crítica simultánea, que muestra cómo se van asumiendo dichos aprendizajes de forma crítica y reflexiva. Al finalizar la unidad didáctica de historia se plantea una reflexión crítica presencial (RCP) que complementará la evaluación de la CA, asignando a la CA el 60% de la nota y a la RCP el restante 40%.

Una de las cuestiones de la RCP en el curso 2016-17 fue: ¿Qué piensa que aporta el estudio y la reflexión de la Historia de la Enfermería? ¿Puede contribuir a formar mejores profesionales? ¿En qué sentido?

La narrativa coral que se presenta pretende mostrar la perspectiva del estudiantado en cuanto a la aportación del estudio de la historia y su contribución a formar mejores profesionales, en este sentido nos cuestionamos ¿Piensan que la historia y su planteamiento teórico contribuye a construir su identidad profesional? ¿Responde a la intencionalidad con la que se plantea? ¿El conocimiento de la historia enfermera, contribuye a formar mejores profesionales?

Siles al hablar de historia de la enfermería, describe su utilidad como la posibilidad de conocer el desarrollo de la disciplina, desde sus orígenes hasta la actualidad, planteando, así mismo, que su estudio e investigación contribuye también al desarrollo teórico y metodológico de la enfermería¹. En este sentido cobra importancia su estudio de manera secuencial y coordinada con los fundamentos teóricos y metodológicos, incorporando un aprendizaje reflexivo y crítico² al que contribuye también el planteamiento docente de la CA.

Arreciado e Isla definen la identidad profesional enfermera como aquella experiencia y sentimiento de ser enfermera. En relación a los estudiantes, afirman que, mediante la socialización, asumirán creencias y valores del colectivo al que quieren pertenecer, iniciando el proceso de construcción de su identidad profesional en su etapa de formación. Aunque valoran la práctica como de mayor relevancia, también la teoría la consideran esencial para la construcción de su identidad profesional³. Considerando que el primer curso es totalmente teórico, es importante desarrollar el contenido con la intencionalidad expresa, para que puedan iniciarse en este sentirse enfermeras.

OBJETIVO

Mostrar, mediante una narrativa coral, el pensamiento del estudiantado en cuanto a la aportación del estudio y la investigación de la historia enfermera y su contribución a la formación de profesionales competentes.

METODOLOGÍA

Se lleva a cabo un análisis emergente de las cuestiones planteadas al alumnado en la RCP, generando una narrativa que, sin mantener la literalidad, muestra el sentir del alumnado. Se dispone de 70 respuestas.

NARRATIVA

¿Qué piensa que aporta el estudio y la reflexión de la Historia de la Enfermería?

Es interesante leer las reflexiones, profundizar en sus análisis, cómo van descubriendo los hechos relacionados con la historia de la enfermería y van dando valor a su evolución, personajes relevantes y en general hechos que relacionan con sus conocimientos de historia general, encontrando que tiene un sentido estudiar e investigar en la historia, para conocerla, imaginarla, ver los errores y aciertos, comprender mejor el presente y dar valor a personajes destacados. Reconocer a la profesión para generar un deseo de pertenencia y generar la identidad profesional.

Zoe manifiesta que en la actualidad el foco de atención está en otros quehaceres, no en la historia, se considera que la historia no es necesaria. Cuando empecé el curso compartía la imagen de la enfermera que está en la calle, en la televisión o en los medios de comunicación y después del estudio de la historia me he dado cuenta que no reflejan la realidad. Posiblemente, si mostráramos la historia de los cuidados realizados por nuestros antepasados, mejoraría su imagen, aunque es difícil, ya que básicamente lo han hecho las mujeres y nunca se ha dado valor al trabajo femenino.

Berta dice que Estudiar y reflexionar acerca de la historia de la enfermería, nuestra futura profesión, nos muestra de dónde venimos, nos ayuda a comprender cómo y por qué hemos llegado hasta aquí y hacia dónde vamos, pensamientos compartidos por Raquel, Iñigo, Elvira y Andrea comparten las ideas que el estudio de la historia les ha ayudado a aprender y comprender las diferentes formas de concebir la salud y los cuidados, desde la interpretación de la enfermedad como sobrenatural o castigo divino, asociando la enfermedad a los espíritus o a la gravedad del pecado y el consiguiente tratamiento con diferentes rituales, ofrecidos a los espíritus o religiosos.

Emma, Mónica y Gema escriben que han visto errores y piensan que conocerlos favorecerá no repetirlos, de los errores también se aprende, también hemos visto aciertos, valor y lucha en los logros, tenemos donde mirar y escoger. Hemos tomado consciencia de las dificultades que como profesión se han superado para llegar a construir el cuerpo de conocimientos que conforma la disciplina, todo ello nos permite en la actualidad llevar a cabo unos cuidados para el bienestar de los pacientes. Águeda añade la importancia de transmitir al alumnado que la historia no sigue una línea recta y tanto si se avanza como si hay retrocesos, se conforma la enfermería.

Clàudia inicia su texto diciendo que para construir el cuerpo de conocimientos *disciplinares es necesario el estudio de la historia*, una vez más se apunta a los errores y aciertos, son conscientes que de los errores también se aprende, lo comparte con Mireia, Celia y Ana entre otras. Marta dice que *al iniciar los estudios tenemos prisa por aprender las técnicas y hacer las prácticas lo antes posibles, sin darnos cuenta de lo imprescindible que es conocer y reflexionar sobre la historia de la enfermería y su lado humanista*.

Tienen consciencia que no se le ha dado a la profesión el valor que se merece: *estudiar la historia nos permite comprender el momento presente. Durante muchos siglos la enfermería no se valoraba como en la actualidad, el cuidado lo hacían mayoritariamente las mujeres y se las infravaloraba y menospreciaba por que no se consideraban los cuidados como una ciencia*. Reconocen que enfermería ha progresado de la mano de otros profesionales. *La aportación de la enfermería a lo largo de la historia ha supuesto un avance constante de la mano de otros profesionales, como los de la medicina, generando conocimientos farmacológicos, de anatomía y fisiología que permiten llevar a cabo cuidados de calidad, con base científica mejorando la salud de la población y el prestigio profesional*. Pasando de las ciencias al humanismo como complementario: *el conocimiento de la historia proporciona una base humanista que nos permite transferirla a los pacientes y cuidarlos desde una perspectiva holística y científica*.

Raquel acaba diciendo que *la historia la escriben los vencedores, por lo que hay que investigar, contrastar y analizar críticamente la información; también dejar siempre testimonio de lo que se hace, es la manera que tenemos para aportar conocimiento disciplinar*.

¿Puede contribuir a formar mejores profesionales?

¿Cómo se da la construcción de la identidad profesional? ¿Cómo se construyen los profesionales? ¿Es importante el inicio de los estudios para formar en este sentirse enfermera? O bien ¿sólo la práctica configura la identidad?

Cristóbal dice *En la medida que se estudia y profundiza en el conocimiento histórico de la enfermería, se conoce la antigüedad y el proceso de profesionalización, contribuye a formar mejores profesionales*.

Carla apunta que *el estudio de la historia enfermera nos aporta conocer las raíces, esencial para entender qué es la enfermería*, sigue escribiendo que *aporta un enriquecimiento cultural, nos permite conocer los orígenes*, por lo que deduce que *sí que ayuda a formar mejores profesionales*.

Andrea tiene consciencia de historia larga de la profesión: *no surge de la noche a la mañana... se ha conformado a lo largo de miles de años, de culturas, sociedades y civilizaciones distintas y ha sobrevivido a muchas injusticias, prohibiciones y persecuciones por ejercer el arte de cuidar*, por lo que acaba diciendo que *evidentemente que el estudio de la historia puede contribuir a formar mejores profesionales, nos aporta elementos de conocimiento de la evolución de los cuidados a las personas*.

Para David es un *situarse en el presente, hacer la vista hacia atrás y hacia delante*, piensa que *sin el conocimiento de la historia es imposible hablar de evolución disciplinar ni de crecimiento*. Emilia y Marta añaden la expresión de *amar la profesión en la medida que*

se conoce su historia, pensaban que era nueva y han visto que no, además, no ha sido fácil su evolución, se sienten orgullosas de los profesionales que nos han llevado donde estamos, y les motiva a ser muy buenas profesionales.

REFLEXIÓN

Nos preguntábamos si el estudio de la historia enfermera podía contribuir a generar consciencia de ser enfermera, identidad profesional e incluso mejorar el hacer profesional. A partir de las anotaciones reflexivas del alumnado podemos decir que sí, que el estudio y la reflexión de la historia enfermera les ha aportado cultura profesional que les hace sentirse que forman parte de un colectivo al que reconocen y dan valor, a la vez que consideran que el conocimiento de la historia puede mejorar el ejercicio profesional.

Es interesante observar cómo contemplan la dimensión humanista y la científica ligadas al cuidado, como describe Medina⁴, apuntan que las dos son esenciales, muestran un aprendizaje que lo asociamos al estudio y la reflexión en relación a la historia de la enfermería. Una historia que se debate y se aprende desde el pensamiento crítico, como una alumna decía: *la historia la escriben los vencedores*, por lo que hemos intentado situarnos en el contexto histórico, cultural y sociológico, con la intencionalidad de generar pensamiento disciplinar crítico y reflexivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Siles, J. Historia de la enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería. Grupo Paradigma, 2011.
2. Alfaro-LeFevre, R. Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería: un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados Elsevier España. 2009.
3. Arreciado_Marañón, A.; Isla-Pera, MP. Theory and practice in the construction of professional identity in nursing students: A qualitative study. Nurse Educ Today. 2015 Jul;35(7):859-63. doi: 10.1016/j.nedt.2015.03.014. Epub 2015 Apr 2.
4. Medina-Moya, JL. La Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes, 1999.

HISTORIA ORAL TEMÁTICA: DESCRIPCIÓN DE PASOS PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS EN EL CAMPO DE LA ENFERMERÍA

THEMATIC ORAL HISTORY: DESCRIPTION OF PHASES FOR THE ACCOMPLISHMENT OF STUDIES IN THE NURSING FIELD

Sérgio Luis Alves de Morais Júnior

Universidade Nove de Julho. Brasil

Vanessa Ribeiro Neves

Escola Paulista de Enfermagem - Universidade Federal de São Paulo. Brasil

Maria Cristina Sanna

Escola Paulista de Enfermagem - Universidade Federal de São Paulo. Brasil

PALABRAS CLAVE: Metodología. Historia. Enfermería.

KEY WORDS: Methodology. History. Nursing.

RESUMEN: Objetivo: describir las etapas de elaboración de estudios que utilicen el método de historia oral temática. Método: estudio descriptivo. Resultados: La recolección de datos debe fundamentarse en un guión, que contenga una pregunta de orientación, alineada al objetivo general, y preguntas adicionales, pertinentes a los objetivos específicos. Para el análisis de los datos, se sugieren las siguientes etapas: 1. transcripción, 2. primera textualización, 3. codificación e indexación, 4. revisión y legitimación, 5. segunda revisión, 6. segunda textualización y 7. tercera revisión. Conclusión: este estudio puede facilitar la utilización de la historia oral temática por enfermeros investigadores.

ABSTRACT: Objective: describe the phases of research elaboration which utilize thematic oral history. Method: descriptive study. Results: The data gathering must be based on a script, which has a guiding question, aligned with the overall objective, and additional questions, related to the specific objectives of the study. For data analysis, the following phases are suggested: 1. transcription, 2. first textualization, 3. codification and indexing, 4. checking and legitimation, 5. second checking, 6. second textualization and 7. third checking. Conclusion: this study can enable researching nurses to the use of the thematic oral history.

INTRODUCCIÓN

Los estudios históricos consisten en la recolección sistemática y evaluación crítica de datos que se refieren a eventos pasados, de manera que, al contestar las preguntas acerca de esas ocurrencias, sea posible dilucidar comportamientos y prácticas actuales⁽¹⁾ y subsidiar el planeamiento futuro⁽²⁾.

Para la realización de estos estudios se utilizan distintos métodos, incluyendo la Historia Oral.

Se define la Historia Oral como el relato de un narrador acerca de su existencia a través del tiempo, este método tiene como objetivo reconstruir los acontecimientos vividos por los sujetos y transmitir la experiencia de vida adquirida por ellos. Es una de las maneras de capturar la información de modo oral y permite, a partir del estudio de estas narrativas, se acercar del conocimiento de las vivencias a través de procedimientos de recolección, análisis, interpretación y divulgación de los resultados⁽³⁻⁴⁾. Es, por lo tanto, un conjunto de procedimientos cuya ejecución se inicia con la elaboración de un proyecto, según los siguientes pasos⁽⁴⁾:

1. Elección de los deponentes.
2. Planeamiento y conducción de las grabaciones de las entrevistas.
3. Preparación de documentos escritos a partir de los relatos obtenidos.
4. Obtención de autorización para el uso de los relatos.
5. Análisis e interpretación de los relatos.
6. Archivamiento del material producido.
7. Devolución social, con la publicación de los resultados.

Por lo tanto, aunque hay otras posibilidades de uso, incluyendo su utilización como método de recolección de datos, se puede considerar la Historia Oral como método de investigación.

Entre los tipos de Historia Oral se destaca la Historia Oral Temática, que se caracteriza por la existencia de un foco central, tema del estudio, para lo cual es preparado un guión, que dirige el abordaje del tema y facilita la conducción de las entrevistas⁽⁴⁾.

La utilización de la Historia Oral es valiosa para la realización de investigaciones en el campo de la Enfermería, ciencia fundamentada en la práctica basada en evidencias, pero que, además de eso, también requiere la aproximación con experiencias que nunca serían identificadas y comprendidas a través de este tipo de estudios. Más que eso, conocer la historia fortalece la identidad profesional y suministra la base para el avance del conocimiento, indispensable para la transformación del presente.

Ante la importancia y la aplicabilidad de este método para la Enfermería y de la ausencia de publicaciones que explican, en detalles, los pasos para su ejecución, se pregunta: ¿cómo preparar un estudio acerca de Enfermería utilizando la Historia Oral Temática como método de investigación? Se pretende, por lo tanto, describir las etapas de preparación de los estudios que utilizan el método y, así, contribuir para el avance del conocimiento acerca de los métodos de investigación, la instrumentalización de los

enfermeros para la preparación de estos estudios y la consecuente transformación de la práctica profesional.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, método utilizado para observar, describir y documentar aspectos de una situación específica⁽¹⁾.

RESULTADOS

La opción por el uso de fuentes orales no debe ocurrir solo por la ausencia o inadecuación de las fuentes documentales, sino también en razón de su pertinencia a la pregunta de la investigación indicada en el estudio. Las fuentes orales pueden “revelar el valor de los relatos como formas de verlos en sí mismo”, razón pela cual “se puede, de modo positivo, tomarlas de forma aislada y proponer análisis de las narrativas para la verificación de aspectos no revelados, subjetivos, alternativos a los documentos escritos”⁴ p. 24,25)

La elección de los sujetos en las pesquisas realizadas a través de la Historia Oral distingiuese sobremanera de las realizadas en los estudios cuantitativos, una vez que esta etapa requiere una evaluación previa del papel desarrollado por estos individuos en el tema que se está investigando⁽⁵⁾. Por esta razón, deben establecerse criterios de selección claros y que faciliten la identificación e inclusión de sujetos significativos para la realización de la investigación. Las justificativas para la elección del local de estudio y del recorte temporal deben ser consistentes y estar claramente explicitadas en el informe de investigación.

La recolección de datos debe obedecer a los preceptos éticos y favorecer la evocación y la verbalización de memorias por los sujetos. El contacto previo con los deponentes, a fin de dilucidar los objetivos del estudio y los procedimientos que se llevarán a cabo durante la recolección, puede contribuir para lo mejor aprovechamiento de la entrevista. Las reuniones deben se llevar a cabo en lugares y horarios previamente agendados por los sujetos y la duración de las entrevistas debe ser condicionada a la disponibilidad y la posible fatiga del narrador y del investigador⁽⁶⁾.

La planificación de las entrevistas es muy importante y puede estar basada en un guión que contiene una pregunta de orientación que esté en línea con el objetivo general, y cuestiones adicionales, pertinentes a los objetivos específicos del estudio⁽⁶⁾.

Para el análisis de los datos, el material recogido debe ser transcrito en su totalidad y sometido a la evaluación de los narradores, para que puedan complementar o alterar partes, cuando consideren necesario. Una vez que las narrativas y las posibilidades de modificación se han agotado, el material debe volver a ser leído por el investigador en busca de ejes orientadores para la organización de la información y, por fin, *transcreado* sin modificar la intencionalidad contenida en los relatos. Para tanto, se sugieren las siguientes etapas⁽³⁻⁶⁾.

1. Transcripción: proceso de escucha de las grabaciones, transcripción literal de los relatos y aprobación por los entrevistados.
2. Primera *textualización*: incorporación de las preguntas del entrevistador a la voz del narrador y, caso sea necesario, aproximación de los textos de las narrativas que se refieran al mismo tema.
3. Codificación e indexación: preparación de un índice, clasificando cada párrafo con una combinación de letras y números, según los temas tratados durante la entrevista.
4. Verificación y legitimación: participación de otro investigador, a fin de disminuir la subjetividad y garantizar el rigor metodológico. Este investigador debe supervisar la *transcreación* con el objetivo de apuntar las posibles divergencias entre lo material transcrito y el *transcreado* y verificar las alteraciones realizadas, hasta llegar la última forma considerada válida, según su juicio.
5. Segunda verificación: lectura del texto *transcreado* y codificado, por otro investigador, a fin de evaluar la pertinencia de los relatos a los objetivos del estudio y recomendar a la exclusión de temas no pertinentes, finalizando la etapa de depuración de los textos de los testimonios.
6. Segunda *textualización*: análisis del contenido de los testimonios y definición de los agrupamientos temáticos, según el modelo elegido por el investigador.
7. Tercera verificación: nueva participación del segundo investigador, que analizará las categorías temáticas construidas a partir de los testimonios, validándolas.

Al final del proceso, los testimonios deben ser analizados, discutidos e interpretados a la luz de la literatura científica acerca del tema y marco teórico-filosófico escogido por el investigador. Todo el material recogido y producido debe ser archivado por el investigador, que también es responsable por escribir y difundir el informe de investigación, garantizando, así, la devolución social de los resultados.

CONCLUSIÓN

Este estudio describió las posibles etapas de elaboración de investigaciones que utilicen la Historia Oral Temática como método en el campo de Enfermería. Tal descripción puede facilitar la utilización del método por enfermeros investigadores, de manera a facilitar la comprensión y reflexión acerca de la práctica profesional y impulsar transformaciones a partir de las experiencias vividas, relatadas y analizadas.

REFERENCIAS

- 1 Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- 2 Thomas G, Rosser E. Research findings from the Memories of Nursing oral history project. Br J Nurs. 2017;23;26(4):210-216.

3 Sanna MC. Histórias de enfermeiras gerentes: subsídios para a compreensão de um modelo-referência de organização de serviços de enfermagem no período de 1950 a 1980. Rio de Janeiro: Ed. Escola Anna Nery/UFRJ; 2002.

4 Meihy JCS, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto; 2010.

5 Luchesi LB, Lopes GT. História Oral. In: Oguisso T, Campos PFS, Freitas GF. Pesquisa em história da enfermagem. Barueri: Manole; 2011. p.401-56.

6 Neves VR. Transformações no ensino da liderança em Enfermagem segundo docentes de escolas paulistas - 1972 a 1994 [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, 2014.

LA INVESTIGACIÓN EN EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA

RESEARCH IN THE NURSING DEVELOPMENT

M^a Purificación Jorge Hernández

Unidad de Hospitalización Breve del Hospital
Clínico Universitario de Salamanca

M^a Pilar Monzálviz Hernández

Unidad de Hospitalización Breve del Hospital
Clínico Universitario de Salamanca

PALABRAS CLAVE: Historia, Investigación, Desarrollo y enfermería.

KEY WORDS: History, Research, Development and nursing.

RESUMEN: La investigación sostiene los pilares básicos de la mejora en la atención de Enfermería, siendo una herramienta esencial para ofrecer cuidados de calidad a la población general, por lo que resulta imprescindible a todos los niveles asistenciales y para todos los profesionales sanitarios.

Por otro lado es necesaria para generar conocimientos sobre educación, administración, servicios sanitarios, características de las enfermeras y roles de enfermería, además de aportar experiencias de aprendizaje de alta calidad a los estudiantes de enfermería y el desarrollo de una práctica enfermera basada en la evidencia.

A través de la investigación, las enfermeras pueden desarrollar y perfeccionar los mejores métodos para prestar educación enfermera a distancia.

ABSTRACT: The research holds the basic pillars of the improvement of nursing care, being an essential tool to offer care to the general population quality, which is essential to all the levels of care and for all health professionals.

On the other hand is required to generate knowledge on education, administration, services health, features of them nurses and roles of nursing, in addition to provide experiences of learning of high quality to them students of nursing and the development of a practice nurse based in the evidence.

Through the research, the nurses can develop and refine them best methods to provide education nurse to distance.

INTRODUCCIÓN

La palabra investigación (research en inglés) significa “buscar de nuevo”, y la búsqueda de nuevos conocimientos es fundamental para el desarrollo de nuestra profesión y para poder aplicar cuidados basados en la evidencia.

La investigación en enfermería se define como un proceso científico que valida y mejora el conocimiento existente y genera nuevo conocimiento que influye en la práctica enfermera, directa o indirectamente.

Necesitamos estudiar, investigar y utilizar los hallazgos de la investigación en nuestra práctica profesional, ya que la integración de la investigación en la práctica enfermera garantiza una mejor y más rápida implantación de los avances científicos.

Con la finalidad de ejercer una práctica fundamentada científicamente nos proponemos como objetivos:

OBJETIVOS

- Concienciar a la enfermería de la importancia que tiene la investigación para el desarrollo de la profesión y los beneficios que aporta
- Identificar su rol en investigación como enfermera profesional.
- Hacer visible el potencial investigador de la enfermería y fomentar su aplicación en la práctica diaria.
- Aportar evidencia científica de la efectividad, la utilidad y eficiencia de los cuidados de enfermería.
- Reforzar la investigación de la Enfermería.
- Potenciar la creación de iniciativas innovadoras de atención de enfermería.

METODOLOGÍA

Descriptiva y observacional.

Basándonos en la bibliografía revisada y en nuestra propia experiencia profesional, se ha analizado tanto desde el punto de vista profesional como social la importancia de utilizar la investigación para los cuidados de enfermería

¿Por qué es importante la investigación para la enfermería? En enfermería es importante investigar por diversos motivos:

- Generar nuevo conocimiento y mejorar el ya existente.
- Avanzar como profesionales. Sin investigación, la práctica asistencial está destinada a la rutina.
- Fundamentar científicamente los cuidados.
- Adaptar los cuidados a la demanda social y tecnológica.
- Consolidar un estatus profesional. Una profesión que no es capaz de generar sus propios conocimientos científicos, tendrá que depender de los conocimientos aportados por los demás.

Participación de la enfermería en investigación

La participación de la enfermería en investigación ha cambiado en los últimos 160 años y es muy prometedora de cara al siglo xxi. Al principio, la investigación enfermera evolucionó con lentitud, de las investigaciones de Florence Nightingale en el siglo xix a los estudios de formación enfermera en las décadas de 1930 y 1940 y la investigación de los roles de enfermeras y enfermería en las décadas de 1950 y 1960. Desde la de 1970 hasta la de 1990, un número creciente de estudios enfermeros se centró en los problemas clínicos, con resultados que tuvieron un impacto directo en la práctica.

La investigación clínica sigue siendo importante en el siglo xxi, con el objetivo de desarrollar una práctica enfermera basada en la evidencia. La revisión de la historia de la investigación enfermera le permite identificar los logros y comprender la necesidad de seguir investigando para determinar la mejor evidencia de investigación que utilizar en la práctica.

Muchos acontecimientos históricos han influido en el desarrollo de la investigación en enfermería:

1850 Florence Nightingale es la primera enfermera investigadora haciendo una recogida y análisis de datos de morbilidad y mortalidad de los soldados durante la guerra de Crimea, cambiando mediante su investigación las actitudes de la sociedad civil y militar frente al cuidado de los enfermos.

1900 Se publica por primera vez *American Journal of Nursing*. Los primeros casos clínicos se publican en esta revista a finales de la década de 1920 y en la de 1930.

1923 Teachers College en la Columbia University ofrece el primer programa de doctorado para enfermeras.

1929 Primer máster en enfermería es ofrecido por la Yale University.

1950 La American Nurses Association (ANA) publica un estudio de funciones y actividades de enfermería.

1952 Se publica la primer revista de investigación, *Nursing Research*.

1955 Se funda la American Nurses Foundation para recaudar fondos para investigar en enfermería.

1965 La ANA patrocina los primeros congresos de investigación en enfermería para promover la comunicación de los hallazgos de investigación y su utilización en la práctica clínica.

1970 Se crea la ANA Commission on Nursing Research.

1972 El profesor Archie Cochrane, epidemiólogo escocés, publica su libro *Efectividad y eficiencia: reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios*, que promovía la aceptación de los conceptos tras la práctica basada en la evidencia.

Décadas de 1980-1990 Se crea el National Center for Nursing Research (NCNR) con el

fin de apoyar la realización y divulgación del conocimiento generado por investigación básica y clínica de enfermería.

1989 Se funda la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) publicando por primera vez pautas de práctica clínica.

Se publica por primera vez *Clinical Nursing Research*

1993 El NCNR pasa a llamarse National Institute of Nursing Research (NINR)

Se inicia la Cochrane Collaboration, que proporciona revisiones sistemáticas y pautas basadas en la evidencia para la práctica (<http://www.cochrane.org>)

2000 El Department of Health and Human Services de EE.UU. publica *Healthy People 2010* Se publica por primera vez *Biological Research for Nursing*.

2001 Stetler publica su modelo, «Steps of Research Utilization to Facilitate Evidence-Based Practice»

2002 La Joint Commission revisa las políticas de homologación para hospitales para apoyar la implementación de la asistencia basada en la evidencia.

2004 Se publica por primera vez *Worldviews on Evidence-Based Nursing*

2006 La American Association of Colleges of Nursing publica la Position Statement on Nursing Research.

2009 El NINR define la misión y las prioridades de financiación (<http://www.ninr.nih.gov>)

RESULTADOS

Hay que tener en cuenta la evolución que el ejercicio de la Enfermería ha tenido en los últimos años, y que requiere, cada vez más, de una mayor especialización de los profesionales, del aprovechamiento de las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, y, sobre todo, del imprescindible trabajo en equipo.

Asistimos a cambios profundos en todos los sistemas sanitarios, no sólo en España, sino también en Europa. Las modificaciones en el terreno cultural y económico de la población a la que cuidamos, han generado nuevas demandas. Debemos ser conscientes de las necesidades de todos, incluidas las de los pacientes, cambiantes con los tiempos y, por tanto, con exigencias también distintas. Y debemos tener presente y ser sensibles a los cambios que la sociedad demanda.

Los profesionales de la enfermería, están comprometidos con estas transformaciones como sujeto activo importante, condicionando con su actitud y su participación la credibilidad de los pacientes en su tratamiento y curación.

En esta dirección caminamos, en Enfermería, una de las áreas emergentes es la investigación y es necesario que la sensibilización hacia ella vaya día a día en aumento.

La investigación en cuidados, además de producir incrementos en el desarrollo profesional, traslada a la población soluciones a las múltiples demandas de salud, siendo éstas cada vez más complejas y multidimensionales, demandas que precisan de un incremento en los conocimientos que tiene que producirse por las respuestas científicas a

los problemas que se plantean.

Los avances en la asistencia sanitaria no pueden ya contemplarse desde una única perspectiva disciplinar, cada vez necesitamos más de todos, por ello es necesaria la interrelación de los diferentes profesionales que intervienen en los procesos y que sea desde esta integración de donde nazcan las respuestas que se solicitan.

A pesar de que en muchos casos, no se cuenta con líneas de investigación definidas y mantenidas en el tiempo, o que exista todavía una escasa difusión de los resultados de la investigación en cuidados, no cabe duda de que la Enfermería es un colectivo de primer orden en la aportación de respuestas.

La mejora en las habilidades de investigación, el conocimiento de la metodología, la estadística, la sensibilización hacia la investigación, la integración en grupos multicéntricos y /o multidepartamentales, Universidad, Hospital, Área de Salud, son estrategias que deben de dar fruto en este camino de la Investigación.

El afrontamiento de las enfermedades y de la salud precisa ampliar el campo de visión de las mismas y es ahí donde la enfermería puede aportarnos las soluciones que precisamos, desde su perspectiva holística y el acercamiento a la persona.

Desde este planteamiento, la promoción de todas aquellas actividades que contribuyen a la actualización permanente de los conocimientos de los profesionales de enfermería y la investigación constituye un campo de máximo interés, también en los cuidados de enfermería.

CONCLUSIONES

La investigación en Enfermería debe ser una labor al alcance de todos los profesionales interesados en conocer respuestas válidas a los problemas que se le plantean cada día en su unidad de trabajo.

El conocimiento que nos capacita y nos faculta, nos permite también responder a las múltiples preguntas sobre el proceso salud-enfermedad de los pacientes a los que atendemos 24 horas al día, el conocimiento que nos permite exigir el reconocimiento como profesionales capacitados, se debe obtener de la investigación desarrollada y publicada.

Para favorecer esta iniciación a la investigación existen importantes organismos y asociaciones que cuentan con expertos en la materia, y que desarrollan programas de formación en investigación entre otras aplicaciones que favorecen el desarrollo del cuerpo de conocimientos propio de nuestra disciplina.

Los profesionales de Enfermería evidencian constantemente necesidades demandadas por la población a la que atienden y por ello, es necesaria una implicación que suponga la mejora de la calidad asistencial. Dicha implicación se puede evidenciar en una mayor investigación.

A pesar de la presión que el sistema sanitario nos impone en tareas que nos impiden dedicar tiempo y esfuerzo a investigar y del déficit en formación investigadora, tenemos que tener presente a Florence Nightingale: “ La motivación profesional es el deseo y el esfuerzo continuo por hacer las cosas lo mejor posible...”.

Es fundamental que la Enfermería se forme continuamente e investigue. Es fundamental que la Enfermería base la práctica diaria en el conocimiento científico.

BIBLIOGRAFÍA

Bases de datos: BDIE http://bdie.isciii.es/buscador_BDIE.htm

Cuiden. <http://www.doc6.es/index/consulta.htm> Fundación Index de Enfermería.

Pedraz Marcos A. “ La Investigación en enfermería especializada”.

Cabrero J, Richard M. Concepto y estado actual de la Investigación en Enfermería. Publicaciones de la Universidad de Alicante, Monografías 2001.

Zabalegui A. Visión general sobre la Investigación en Enfermería. *Metas de Enfermería*, 2002; 43:12-15.

Bernal Torres, C.A. Metodología de la investigación 2^a ed. México, Editorial Pearson Educación, 2006.

Arcas P. Investigar en Enfermería. *Rev ROL* 1990; 148: 55-60.

Maciá Soler, L. Investigación en Enfermería. *Rev. Enferm. Clín.* 2008; (18) 6: 287-288.

Rodríguez, F. Investigar para avanzar. *Rev. Enfermería Facultativa*. 2011;147:28.

Nancy Burns, Susan K. Grove. Investigación en Enfermería. 3^a Ed. España: Elsevier; 2004.

DIGNIDAD HUMANA Y RESPETO A LA VIDA COMO PRINCIPIO ENFERMERO

HUMAN DIGNITY AND RESPECT FOR LIFE AS NURSING PRINCIPLE

Ángela Siesto López

Enfermeras CAA. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila

María Teresa Meneses-Jiménez

Servicio de Urgencias

Amparo López Ruiz

Consultas externas

PALABRAS CLAVE: Enfermería, Ética, Muerte, Cuidados.

KEY WORDS: Nursing, Ethic, Death, Caring.

RESUMEN: La muerte es una experiencia dolorosa. Objetivo general: mostrar preocupaciones desde el punto de vista de la ética de los cuidados. Objetivos específicos: conocer el grado de obstinación terapéutica; Programas de cuidados paliativos y conocimientos enfermeros sobre cuidados. Metodología: Revisión sistemática (PRISMA). Búsqueda electrónica (Medline, Scopus y CUIDEN). Resultados: 1) Obstinación terapéutica: poco discutida. 2) "Programas sobre Cuidados Paliativos": diferencias entre países y Guías de práctica clínica en España. 3) Conocimientos enfermeros: interés por dominar el campo terapéutico. Conclusiones: no existe un modelo único, debemos dirigirnos respetando intimidad y confidencialidad, garantizando autonomía con respeto, contextualizando el proceso de la enfermedad.

ABSTRACT: Death is a painful experience. General objective: to show the different concerns from the point of view of the ethics of care. Specific objectives: to know the degree of therapeutic obstinacy; Palliative Care Programs and nursing knowledge. Methods: systematic review (PRISMA). Medline, Scopus, CUIDEN electronic search. Results: 1) Therapeutic obstinacy: little discussed. 2) "Programs on Palliative Care" we find differences between countries and Guides of clinical practice in Spain. 3) Nursing knowledge: interest to master therapeutic field. Conclusions: There is no single model, We must address the person respecting their privacy and confidentiality, guaranteeing autonomy with respect, contextualizing the process of illness.

INTRODUCCIÓN

Al igual que el nacimiento, la muerte es otro aspecto de la vida, que en un momento dado nos ocurrirá a todo el mundo. El morir y la muerte son experiencias dolorosas y personales para los que están muriendo y para sus seres queridos el cuidado de ellos. Los cuidados al final de la vida podrían definirse según Ross¹ desde un doble enfoque, activo y compasivo, que se preocupa del bienestar, y apoya a los pacientes y familiares que conviven con enfermedades progresivas o crónicas que amenazan de forma casi inminente a la vida. Las cuestiones éticas que surgen en este punto, están entre decidir si se debe dar tratamiento para prolongar la vida de estos pacientes, o de sucumbir a lo que el paciente quiere que por lo general sería que se le permitiera bien-morir. Al igual que en el resto de dilemas éticos, la toma de decisiones éticas al final de la vida y su cuidado ocasiona un problema ético en los profesionales sanitarios². La enfermería comprende el cuidado de las personas, familias y comunidades que estén enfermos o sanos. La mayoría de los pacientes y familiares no están educados en sus opciones cuando se trata de decidir lo que necesitan cuando se recibe al final de su vida cuidado, y esto deja a la toma de decisiones en manos de las enfermeras³. La enfermera por lo tanto, debe ser capaz de tomar decisiones que impacten en sus vidas de la mejor forma posible. Esto también significa ayudar a los pacientes con enfermedades terminales con la atención al final de su vida.

El estudio APASO⁴ (Atención paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio) se realizó sobre una población de 282.216 personas mayores de 14 años atendidas por 218 profesionales sanitarios de atención primaria entre octubre de 2007 y marzo de 2008 en el Principado de Asturias, Castilla y León, Extremadura, La Rioja y la Comunidad Valenciana. En estas cinco comunidades autónomas, se calcula que 422 personas por cada 100.000 habitantes mayores de 14 años requieren cuidados paliativos y de soporte.

La muerte afecta a cada persona involucrada en múltiples maneras, incluyendo física, psicológica, emocional, espiritual y financieramente. Otro aspecto de vital importancia es que la presencia de la muerte remueve las actitudes del personal sanitario y, recíprocamente, esas actitudes influyen positiva o negativamente en el proceso terminal del paciente al que se está asistiendo y en sus familiares. Es decir, existe un feed-back entre el proceso terminal y las actitudes del personal sanitario. De ahí la necesidad de que nuestras actitudes, como profesionales de Enfermería ante esta realidad cotidiana, sean lo más positivas y acertadas posible, y así contribuir con nuestros cuidados a una mejora en la calidad de vida de los enfermos terminales, sin olvidar sus derechos y los de sus familias⁵.

A menudo olvidamos la definición de Virginia Henderson, tomada por el C.I.E.: “La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte (...)” (Henderson, V; 1981). Virginia Henderson ya contemplaba los cuidados de Enfermería al paciente que va a morir.

OBJETIVOS

Objetivo principal: Mostrar las diferentes preocupaciones de la enfermería desde el punto de vista de la ética de los cuidados

Objetivos específicos:

- 1.- Conocer el grado de obstinación terapéutica.
- 2.- Indagar sobre los Programas de cuidados paliativos.
- 3.- Explorar el grado de conocimientos enfermeros sobre estos cuidados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una Revisión Sistemática, realizada según las recomendaciones PRISMA⁶. La búsqueda electrónica se realizó en las bases de datos Medline, Scopus y Cuiden mediante los siguientes términos MeSH o DeCS:

- Medline: Se combinaron los términos MeSH: “Ethic”, “Nursing” y “Death”, combinados mediante el operador booleano “OR”.
- Scopus: Se combinaron los términos MeSH: “Ethic” y “Nursing”, combinados mediante el operador booleano “AND”.
- Cuiden: Se combinaron los términos “Ética”, “Enfermería” y “Muerte”, combinados mediante el operador booleano “AND”.

La búsqueda se limitó a los estudios publicados en los últimos 5 años, en el periodo comprendido entre 2000 y 2016. Fueron incluidos sólo los estudios disponibles en inglés y español, desechando de esta forma los redactados en otros idiomas. De la presente búsqueda, lectura pormenorizada de los diferentes trabajos de investigación dedicados a los temas donde convergían nuestros intereses sobre los la ética en cuidados paliativos por la enfermería, pudimos extraer 33 artículos.

RESULTADOS

En cuanto a la *obstinación terapéutica*, entendida como como la continuidad del sufrimiento, la obstinación terapéutica como la preferencia de la cura; el enfrentamiento de la obstinación terapéutica, poco discutida hasta la fecha, entre los profesionales de enfermería que son responsables por la implementación de las terapéuticas y con las cuales pueden discordar. Así, unas enfermeras brasileñas realizaron un estudio cualitativo nacional para comprender, como sus compañeras enfrentaban cada día tratamientos fútiles y pacientes paliativos⁷. Otro estudio de cariz exploratorio⁸, buscó trabajar con profesionales de enfermería en las unidades especiales porque ellos conviven con la pacientes extremos y cuidados extremos y, a través de estos, identificar nuevas formas de atención al paciente en estado terminal y obtener mayores conocimientos sobre el tema.

El resto de documentos encontrados^{9, 10, 11} de cariz cualitativo que se interesaron por este tema como categoría principal resultaron interesantes en cuanto a contenido; los enfermeros identificaban la distanasia – la combaten y propician la ortotanasia, siempre priorizando el confort y el alivio del dolor, en un ambiente tranquilo y agradable, con el objetivo de obtener calidad de vida, la dimensión más positiva del derecho a morir, sin

prolongamientos abusivos de tecnologías de punta, en la fase final de la vida hay mucho que se puede hacer por él, manteniendo la conducta de enfermería, sin la utilización de tecnologías sofisticadas e interactuando entre los equipos. Igualmente, se describe la escasa participación de los enfermeros en la toma de decisiones. La toma de decisiones por los enfermeros se muestra poca activa y restricta al médico. Es decir, en las situaciones en que podrían contribuir efectivamente, defendiendo la autonomía del paciente y de la familia, esos mismos enfermeros cumplen el tratamiento con el cual, en la mayoría de las veces, no están de acuerdo. La importancia del diálogo interdisciplinar enfatiza que esa característica de la bioética exige la participación de los profesionales de la salud y de todos aquellos que, con competencia y responsabilidad, se disponen a reflexionar éticamente sobre la mejor conducta a ser tomada.

En cuanto al segundo punto candente de nuestro artículo, *“Programas sobre Cuidados Paliativos”* encontramos diferencias entre diferentes países y diferentes pinceladas en las Guías de Práctica clínica en España. En esta ocasión, nos ceñiremos a nuestro país, donde encontramos un tronco común de conocimiento centrado en la elaboración y valoración de la aplicación de las diferentes guías de cuidados paliativos, basadas en los grupos de trabajo del Ministerio de Sanidad. Si bien, la elaboración y desarrollo es común, en su implementación se aprecia algún trazo que difiere en regiones, ligados a su perfil cultural y socioeconómico, aun cuando su elaboración y resultados muestran unión multidisciplinar y política^{12,13, 14}.

En la actualidad nos encontramos dentro de la estrategia que forma parte el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y constituye una actualización de la estrategia anterior que fue aprobada en el Consejo Interterritorial. El presente documento fruto de la reflexión y el esfuerzo conjunto y consensuado entre el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, todas las Comunidades Autónomas y las Sociedades Científicas y de Pacientes, recoge las conclusiones de la evaluación de la anterior estrategia, la nueva evidencia científica y los nuevos objetivos pactados. Esta estrategia quiere contribuir a la mejora de los cuidados paliativos y a la cohesión de nuestro sistema sanitario, todo ello en beneficio de nuestros ciudadanos¹⁵.

El desarrollo de los cuidados paliativos en España ha sido muy importante en la última década, con el establecimiento de planes y programas en varias comunidades autónomas y la implantación de guías de práctica clínica^{16, 17, 18, 19}. Sin embargo, la mayoría están demasiado enfocados a dar respuesta asistencial a los enfermos terminales o a procesos clínicos concretos, como los tumores malignos, olvidando que más del 85% de los pacientes que necesitan cuidados paliativos o de soporte en atención primaria tienen una esperanza de vida mayor de 6 meses, por lo que representan la mayoría de los usuarios de este tipo de atención médica y social. Diversos estudios^{2,20} demuestran que la diversidad de pacientes que precisan cuidados paliativos dirigidos a mejorar la calidad de vida mediante el control de síntomas, la comunicación, el apoyo emocional y la organización flexible es muy amplia, y en atención primaria se consideran más las necesidades (ya sea en un enfermo terminal o en un enfermo crónico con incapacidad funcional de larga duración) que el propio diagnóstico. Estos estudios concluyen que los cuidados paliativos no son exclusivos de los pacientes con enfermedades rápidamente progresivas, como el cáncer o las neurodegenerativas. La mayoría sufren procesos crónicos e incurables que

repercuten de forma importante en la salud de las personas mayores y suponen, al mismo tiempo, un importante problema de salud pública, además de requerir cuidados de soporte básicos para el mantenimiento de la calidad de vida y la relación con el entorno.

Son estos mismos documentos los que referencian a la enfermería como uno de los pilares maestros de los cuidados paliativos. Así refleja que el cuidado a pacientes que van a fallecer es una tarea propia del trabajo en una unidad de cuidados paliativos (domiciliaria/especializada)²¹. Los cuidados holísticos implican reconocer las necesidades físicas, emocionales y espirituales del paciente que va a morir y de su familia. Reconociendo a través de dichos planes institucionalizados que, cuidar para enfermería en Cuidados Paliativos va más allá de proporcionar asistencia directa a necesidades exclusivamente físicas. Se trata más bien de planificar los cuidados desde la continuidad, flexibilidad, accesibilidad. Es saber estar y acompañar en la vida diaria del enfermo y familia, enseñar a la familia a cuidar, dar soporte desde la escucha, ser sensible y estar pendiente de los detalles que den confort y sentido a su tiempo^{22, 23}.

Los conocimientos enfermeros sobre cuidados a pacientes paliativos constituyen, el último de los temas del presente artículo, siendo notable el interés vigente por conocer y dominar este campo en la aplicación y evaluación de programas educativos sobre cuidados al paciente terminal, con el fin de mejorar la calidad del cuidado^{24, 25, 26}. Tomar decisiones correctas basadas en los conocimientos adquiridos sobre el tratamiento del dolor y de otros síntomas que puede presentar el paciente durante la evolución de su enfermedad, permite hacer uso adecuado y preventivo de los recursos terapéuticos y no terapéuticos para evaluar la efectividad de las acciones de enfermería, como parte de las demandas de los ciudadanos y los retos de la profesión^{27, 28}. Así, las cuestiones que interesaron a las enfermeras fueron las relacionadas con los problemas de la enfermería referidas a la definición funciones e intervenciones enfermeras en un equipo multidisciplinar en CP²⁹, al concepto de enfermera percibido por parte de otros miembros del equipo³⁰, a la aplicabilidad de un modelo enfermero en Cuidados Paliativos, registros específicos, área de atención enfermera, objetivo de la enfermería, origen y objetivo de los cuidados paliativos^{31,32,33}.

CONCLUSIONES

Podemos concluir esta disertación con la diversidad de intereses que han sido trabajados y expresados por la enfermería en estos tres temas clave. A través de las diferentes lecturas podemos concluir que no existe un modelo único de CP, si bien coincidimos en que debemos dirigirnos a la persona respetando su intimidad y confidencialidad, siempre dirigiendo nuestros cuidados a la atención al sufrimiento y la muerte próxima. Todo ello garantizando la autonomía práctica con respeto, contextualizando el proceso de la enfermedad, avalar las decisiones y ser sensible con el entorno afectivo del paciente. Por todo lo anterior, hemos encontrado que las enfermeras se preocupan no solo por la elaboración y aplicación tanto de nuestros planes de cuidados, como por la colaboración activa y participativa de los programas regionales de la atención al paciente de CP.

También creemos fundamental poder disponer de estas Guías y/o Protocolos sobre las situaciones que con más frecuencia pueden presentar contradicciones (Insuficiencia de

órganos avanzada, Enfermedades degenerativas muy evolucionadas etc.), sobre la limitación del esfuerzo terapéutico y/o parada de tratamientos. La fundamentación de estos planes se cimentan sobre las bases ético-clínicas de la situación concreta se planifican las actuaciones de acuerdo con las expectativas del paciente y las disponibilidades y conocimientos de la enfermería.

Para la enfermería en CP resulta básica la adquisición del conocimiento, y destreza en el manejo del control sintomático y la capacitación de los profesionales en aspectos como la comunicación, la evaluación de la competencia de los pacientes y la toma de decisiones ético-clínicas.

Tras la revisión de documentación se el trabajo basado en un trabajo multidisciplinar, donde se cuente con evaluación tanto de síntomas, dolor, aspectos psicológicos y sociales que puedan adaptarse y aplicarse según las posibilidades emocionales y de tiempo de los enfermos.

Tanto en el medio hospitalario como en el domiciliario hay que asegurar la respuesta consensuada de los diferentes niveles asistenciales y la coordinación de los diferentes servicios sanitarios., lo que implica que todos los profesionales pongan sus conocimientos, habilidades y valores al servicio de los demás. Esta área de conocimiento apenas tiene espacio en el programa curricular de las escuelas de enfermería, así como en la formación postgrado⁶³. Para ello es necesario realizar programas formativos sobre Educación en Cuidados Paliativos y el final de la vida

BIBLIOGRAFÍA

1. Ross MM; Fisher R; McClean MJ; End-of-Life Care for Seniors: The Development of a National Guide; Journal Palliative Care; 2000 Winter; 16(4), p. 47-53. Retrieved from: <http://80-tpdweb.umi.com.authenticate.lib>
2. Júdez J. Suicidio Asistido Y Eutanasia: Un Debate Clásico Y Trágico, Con Pronóstico Reservado. 2007. An. Sist. Sanit. Navar. Vol. 30, Suplemento 3 (137-161).
3. Rodríguez Rodríguez Nancy Y, Ruiz Valdés Yulai, Carvajal Herrera Ailyn. Conocimientos sobre cuidados paliativos de familiares de pacientes oncológicos. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2012 Mar 20] ; 23(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000400006&lng=es
4. Vega Tomás, Arrieta Enrique, Lozano José E., Miralles Maite, Anes Yolanda, Gomez Cristina et al . Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. Gac Sanit [serial on the Internet]. 2011 June [cited 2012 Mar 20] ; 25(3): 205-210. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000300006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0213-91112011000300006>.
5. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 1418 (1999) Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos. Adoptada el 25 de junio de 1999.
6. Urrutia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorarla publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. MedClin (Barc) [Internet].2010 [Acceso 13/01/2016];135(11):507–511. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-declaracion-prisma-una-propuesta-mejorar-13155658>. Consultado 3 diciembre 2016

7. Carvalho KK, Lunardi VL. La obstinación terapéutica como una cuestión ética. *RevLatino-am Enfermagem* 2009 maio-junho; 17(3).
8. Menezes MB, Selli L, Alves JS. Distanasia: percepción de los profesionales sanitarios. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009 julho-agosto; 17(4).
9. Salazar Gomez MT, Mendez G, Ghandy Ponce. 2008. Muerte digna o ensañamiento terapéutico: una reflexión para profesionales de la salud. *Rev Enf Univ ENEO*. Vol5.No1.Año5.Enero – Marzo.
10. Biondo, CA; Silva, MJ, Secco, L. Distanasia, eutanasia y ortotanasia: percepciones de los enfermeros de unidades de terapias intensiva e implicaciones en la asistencia. *Rev. Latino- Am. Enfermagem* [online]. 2009, vol.17, n.5 [cited 2012-03-20], pp. 613-619 . Available from: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Consultado el 10 de Marzo de 2012.
11. Álvarez Martínez F, Velasco García G. Afrontamiento del duelo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Reflexión sobre la necesidad de limitaciones de las medidas terapéuticas en el paciente terminal. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2000; 28-29. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_66-67.php Consultado el 10 de Marzo de 2012.
12. Vega Alonso AT, Zurriaga Llorens O, Galmes Truyols A, et al. en representación del grupo de investigación del proyecto RECENT. *Redes Centinelas Sanitarias en España. Consenso para una guía de principios y métodos*. *Gac Sanit*. 2006; 20:496-502.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad; 2011.
14. Recomendación Rec (2003) 24 del Comité de Ministros de los estados miembros sobre organización de cuidados paliativos. Madrid: Agencia Nacional de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
15. Vega T, Zurriaga O, Ramos JM, et al. Stroke in Spain: epidemiologic incidence and patterns. A health sentinel network study. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2009; 18:11-6.
16. Programa Marco de Cuidados Paliativos. Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. Cáceres: Junta de Extremadura; 2002.
17. Plan Andaluz de Cuidados Paliativos, 2008-2012. Sevilla: Consejería de Salud; 2007.
18. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Practica Clínica en el SNS: OSTEBA No 2006/08.
19. Vara Hernando FJ, et al. *Protocolos en medicina paliativa*. 2a ed. Valladolid: Consejería de Sanidad y Bienestar Social; 2001.
20. Espinoza V Maritza, Sanhuesa A Olivia. Contributing To The Quality Of Dying During Cancer. *Cienc. enferm*. [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2012 Mar 10] ; 13(2): 17-23. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000200003&lng=es. doi:10.4067/S0717-95532007000200003.
21. Castro Torres AM, Casas Vaquero H, Calzado Serrano LI, Olivera Suarez M, Henández Hechavarría FN. *Manual de procedimientos de enfermería. Atención de enfermería en la fase de la agonía y la muerte*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005: 470-8.

22. Corrales E. Reflexiones sobre la enfermería en Cuidados Paliativos. Revista medicina paliativa: Volúmen 11: Número 3.
23. Grau Abalo J, Llantá Abreu M, et al. Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. Pensamiento Psicológico.2008;4 (10): 27-58.
24. Gómez-Batiste, Xavier; Pascual, Antonio; Espinosa, Jose; Caja, Carmen. Diseño, implementación y evaluación de programas públicos de cuidados paliativos Publicado en Med Clin (Barc). 2010;135:179-85. - vol.135 núm 04 .
25. Gómez Batiste, X.; Espinosa, J.; Porta Sales, J.; Benito, E. Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos Medicina clínica 2010 ; 135(2) : 83-89.
26. Brabant S, Kalich D. Who enrolls in college death education courses? A longitudinal study. Omega (Westport). 2008-2009;58(1):1-18.
27. Teixidor Freixa M. La Europa de la salud. Un nuevo espacio para las enfermeras de la salud. Metas de Enferm, 2006; 9(6): 61-66.
28. Martínez-Clares P, Martínez-Juarez M, Muñoz-Cantero JM. Formación basada en competencias en educación sanitaria: aproximaciones a enfoques y modelos de competencia. Relieve. Revista electrónica de investigación y evaluación educativa [revista en Internet], 2008; 14(2): 1-23. Disponible en: http://www.uv.es/RELIEVE/v14n2/RELIEVEv14n2_1.htm [consultado: 13 de marzo de 2012].
29. Loncán P, Gisbert A, Fernández C, Valentín R, Teixidó A, Vidaurreta R, Saralegui I. Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30 (Supl. 3): 113-128.
30. Aradilla-Herrero A, Tomás-Sábado J. Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería enfermería Clínica, Volume 16, Issue 6, Pages 321-326.
31. Zoraida E. Cira E. La muerte, el duelo y el equipo de salud. Revista de Salud Pública.2008;2(2):14-23.
32. Gómez Batiste, X.; Guanter, L.; Boqué, C.; Albuquerque, E.; Moliner, R.; Toro, D.; Macías, S.; Esperalba, J.; Feliu, E. 2011. Plan de formación y docencia en un centro integral de cáncer: estrategia e implementación Educación Médica. Vol.14(1) : 57-68.
33. Navarro Ferrer Pedro Manuel, Pérez Labrada Blanca Rosa, Parada López Noilán. Buenas prácticas de enfermería en pacientes tributarios de cuidados paliativos en la atención primaria de salud. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2012 Mar 12] ; 25(1-2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100005&lng=es.

INVESTIGAR EN ENFERMERÍA PARA MEJORAR LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

INVESTIGATE IN NURSING TO IMPROVE THE RELATIONSHIP WITH THE PATIENT

Elena Martín González

Hospital Universitario Rey Juan Carlos (Madrid)

Irene Díaz García

Hospital Clínico Universitario (Salamanca)

PALABRA CLAVE: Paciente, Relación, Enfermera, Investigación.

KEY WORDS: Patient, Nurse, Relationship, Research.

RESUMEN: La investigación enfermera es importante en la práctica clínica para mejorar la relación con el paciente, los profesionales de Enfermería consideran esencial una relación terapéutica con el paciente fundamentada en la investigación, generando una mayor calidad y seguridad en los cuidados. Entre las barreras descritas para investigar se encuentran el déficit de formación metodológica, gran presión asistencial, falta de apoyo, falta de recursos económicos que impulsen el desarrollo de la investigación y la poca colaboración por parte del resto de enfermeras para la implementación de los cambios que genera la investigación. Siendo internet una herramienta potente para difundir trabajos científicos.

ABSTRACT: Nursing research is important in clinical practice to improve the relationship with the patient, Nursing professionals consider a therapeutic relationship with the patient based on research to be essential, generating higher quality and safety in care. Among the barriers described to investigate are the lack of methodological training, great pressure on care, lack of support, lack of economic resources to stimulate the development of research, and lack of collaboration among other nurses to implement the changes that Generates the research. Being an internet a powerful tool to disseminate scientific works.

INTRODUCCIÓN

La Enfermería Basada en la Evidencia se define como: “la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y valores, e incorporando la pericia profesional en esta toma de decisiones”¹.

La enfermería a lo largo de la historia ha sufrido una evolución enmarcada en cuatro etapas que son: la etapa doméstica del cuidado, vocacional, técnica y etapa profesional. A lo largo de las dos primeras etapas los cuidados estuvieron ligados a supersticiones, creencias y valores de tipo religioso. Es a partir del S.XIX cuando Florence Nightingale comienza a aportar una concepción científica de la disciplina que acaba por cristalizarse a lo largo de la última etapa de profesionalización².

Hay que investigar para poder prestar cuidados de salud efectivos y para alcanzar el estatus profesional que le corresponde a la profesión enfermera¹. Durante años la profesión enfermera no se ha basado en las evidencias científicas, más bien al contrario, su práctica se apoyó en la tradición y autoridad, ensayo-error, experiencia personal e intuición. En la actualidad, estas formas de adquirir conocimiento, son inadecuadas para proporcionar una base de conocimiento enfermero³⁻⁴.

Hoy en día es necesario que las enfermeras basen su práctica diaria no sólo en la experiencia y la tradición, sino en desarrollar la función investigadora que permita aplicar la evidencia en el ejercicio de la profesión⁵.

La investigación es de gran importancia para el desarrollo de la disciplina, la profesión y la ciencia Enfermera, ya que a través de ella adquiere fuerza, se renueva y se toma autonomía, puesto que constituye una herramienta que permite el avance disciplinar, evita el estancamiento y conduce a dejar la práctica por tradición para dar sentido disciplinar a la práctica enfermera⁶. Ninguna profesión podría crecer sin ayuda de la investigación, que es la que crea el ámbito de conocimiento de una disciplina y a través de ella se elaboran y verifican sus teorías⁷, ya que la formación continuada se necesita para actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales ante el avance del conocimiento dada la evolución científica y tecnológica, las demandas y necesidades de la sociedad y del mismo sistema sanitario en el que se desarrollan los profesionales⁸.

OBJETIVO

Dar a conocer la importancia de investigación enfermera en la práctica clínica para mejorar la relación con el paciente, así como conocer las barreras y herramientas facilitadoras para producir investigación.

FUENTES

Se realiza un revisión bibliográfica, realizando una búsqueda científica en distintas bases de datos: SciElo, Dialnet, Cuidatge, Cuiden Plus, Google Académico, así como en diferentes revistas científicas como Enfermería clínica, Enfermería Global y libros de texto, siendo limitado el periodo de búsqueda a los 10 últimos años, combinado los siguientes

términos: investigación, enfermería, EBE, proceso científico, práctica clínica e indicadores bibliométricos. La selección de los artículos se ha realizado en un primer tiempo a través de la lectura del resumen del artículo. A través de esta lectura se han detectado aquellos estudios que cumplían con los criterios de selección establecidos para esta revisión y que respondían a los objetivos del estudio. Tras esta primera selección, se ha procedido en segundo lugar a la lectura del texto íntegro de los artículos seleccionados. En esta etapa, algunos de los artículos han sido eliminados por incumplimiento de los requisitos establecidos para la inclusión en el estudio al no ser trabajos de investigación de enfermería o ser más antiguos.

RESULTADOS

Cañón Montañez y colaboradores⁹ en la revisión bibliográfica publicada en el 2010 en la Universidad de Santander, dice que la EBE se constituye en un factor necesario e irrelevante para la formación de la profesión enfermera, que nos ayuda a garantizar que el cuidado de enfermería se efectue de una manera más eficaz y oportuna tanto en la parte científica como en la parte humana de cada uno de los pacientes. La motivación constante en las enfermeras permite aumentar su cuerpo de conocimientos a través de la investigación y en la práctica clínica permite tomar decisiones con base científica, entregando cuidados óptimos a personas que los necesitan mejorando la relación con el paciente.

Larios Montosa y colaboradores¹⁰, en el 2015 realizaron en España un estudio de tipo descriptivo, observacional, transversal y prospectivo, a través de una encuesta anónima y voluntaria sobre el uso de información basada en evidencia científica a 354 enfermeros de la provincia de Málaga. De las 354 enfermeras encuestadas, sólo el 45,20% ha consultado alguna vez una investigación o artículo científico para informarse o actualizar sus conocimientos sobre su práctica profesional, por lo tanto el 54,80% restante, nunca ha consultado una investigación o artículo científico. De este 45,20% que sí ha consultado alguna vez una investigación o artículo científico, el 43,37% (71) lo han hecho a través del buscador Google; el 33,12% (53) a través de internet en Bases de Datos fiables como Cuiden, Cuidatge, BDIE, Enfispo, IME, CINAHL y Medline; el 19,38% (31) a través de revistas científicas en formato papel incluidas en CUIDEN CITACIÓN; y el 3,13% (5) en revistas proporcionadas por su centro de trabajo, no incluidas en CUIDEN CITACIÓN. Concluyendo que la mayoría de los Profesionales de Enfermería no basa la actualización de sus conocimientos y práctica clínica en la práctica basada en la evidencia, y de los que sí pretenden basar su práctica profesional en una base científica válida, carecen de información correcta acerca de dónde buscar esta información.

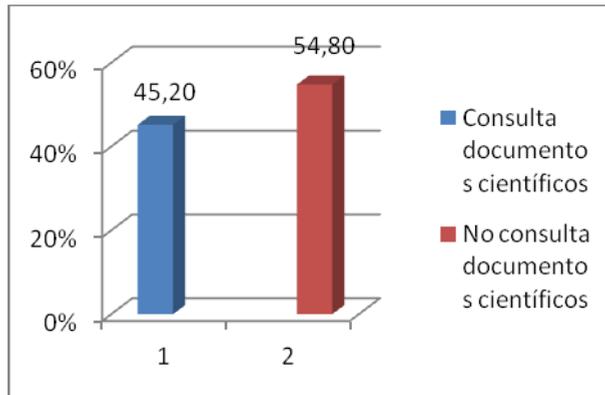


Ilustración 8: Enfermeras que han consultado documentos científicos¹⁰.

Alcolea Cosín et al¹¹, en el 2011 publicaron en España un trabajo sobre las fases de la Práctica Basada en la Evidencia, donde dice que los cuidados prestados por los profesionales de enfermería actualmente, deben basarse en sólidas evidencias y que la PBE a través de sus diferentes etapas, posibilita la incorporación de los resultados procedentes de la investigación enfermera de calidad a la atención cotidiana, promoviendo un proceso de toma de decisiones que integra al paciente como sujeto activo, se enriquece de la experiencia del profesional y tiene en cuenta los recursos disponibles en cada entorno clínico concreto para su implementación práctica. Constituye, por tanto, un instrumento esencial para sustentar el cuidado enfermero y mejorar la calidad de la atención prestada. En su estudio afirman que la investigación cualitativa constituye el eslabón necesario para humanizar la investigación en salud y conectar la teoría con la práctica, acercando los avances científicos a las necesidades reales manifestadas por las personas.

Entre las barreras para investigar la autora Tíscar González¹ en 2015 en el libro "Introducción a la Investigación en Enfermería", dice que entre las barreras descritas por diversos autores en la Práctica de la EBE se encuentran la falta de autonomía enfermera para variar cuidados basados en la investigación, y déficit de formación metodológica, gran presión asistencial que limita el tiempo disponible para la implementación de nuevas ideas, falta de apoyo de mandos superiores y a nivel organizacional, y la falta de recursos económicos que impulsen el desarrollo de la investigación enfermera que repercutiría directamente en la calidad asistencial. A todo ello se le une la poca colaboración e incluso la falta de apoyo por parte del resto de enfermeras para la implementación de los cambios.

Del mismo modo, según refleja Alcolea Cosín y colaboradores¹¹ en su estudio de Enfermería Basada en la Evidencia, Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia publicado en 2011, dice que existen barreras en los profesionales y en las instituciones que impiden aplicar los resultados en el cuidado de los pacientes y que es necesario superar para que los cuidados de calidad lleguen a sus destinatarios. Una adecuada colaboración entre todos los niveles de la organización sanitaria, gestores y personal asistencial, es imprescindible para mejorar la práctica clínica. La resistencia al

cambio en los profesionales enfermeros es otro obstáculo a salvar. Este puede exacerbarse por la falta de hábito en la lectura de artículos de investigación. En la sociedad del conocimiento en que nos encontramos, el conocimiento cambia tan rápidamente que es preciso que el profesional disponga de habilidades que le permitan mantenerse actualizado en lo que a resultados de investigación se refiere. La falta de éstas, así como la sobrecarga de trabajo asistencial al que se ve sometido impide, en muchas ocasiones, que se revisen los conocimientos adquiridos durante su formación universitaria.

La autora Fernández-Lasquetty⁷ en el libro “Introducción a la investigación en enfermería” publicado en el 2013 dice que todo investigador que quiera que su trabajo sea reconocido, debe darlo a conocer a la comunidad científica, ya que la investigación tiene sentido siempre y cuando se difundan sus resultados entre los científicos y se divulgue a las personas, que sin ser especialistas en el tema, tienen interés sobre los avances que se producen en el conocimiento. La difusión hace referencia a la forma de hacer llegar los resultados de la investigación a la comunidad científica y la divulgación científica está relacionada con la transferencia del conocimiento científico a la población en general. Se puede presentar un trabajo de investigación en cualquier evento científico en forma de comunicación oral o en forma de póster y en revistas científicas. El uso de Internet ha permitido que los investigadores difundan sus trabajos. Entre las nuevas tecnologías de la información y la Comunicación y su influencia sobre la difusión de la investigación, se pueden destacar las siguientes herramientas: Difundir a través de las redes sociales con la que llegamos a gran cantidad de usuarios pero no con el objeto de obtener respuestas de alta calidad científica, las listas de distribución que permiten la coordinación de grupos de investigación o colaborar con otras comunidades investigadoras, las newsletters que permiten el envío de novedades a las personas suscritas, Google académico como buscador especializado, Blogs como espacio para recoger ideas novedosas o preguntas sobre temas de interés científico en un estilo informal, Repositorios institucionales, las Agencias de difusión científica que tienen como objetivo la aparición y difusión del conocimiento científico en los medios de comunicación, buscadores y redes sociales de forma rápida, directorios de revistas abiertos a los buscadores, las plataformas que incluyen diversas bases de datos bibliográficas y referencias de publicaciones científicas, pudiéndose consultar en la WoK el factor de impacto de las revistas científicas y las bases de datos electrónicas que actualmente están casi todas ellas accesibles a través de Internet.

CONCLUSIONES

Los profesionales de Enfermería consideran esencial el enriquecimiento de una práctica clínica fundamentada en la investigación, generando una mayor calidad y seguridad en los cuidados ejecutados y resulta necesaria para desarrollar una práctica profesional asistencial, docente y en gestión, fundamentada científicamente y validada por la investigación para humanizar la Salud y mejorar la relación con el paciente.

En los últimos años ha ido aumentando de manera exponencial el número de enfermeras doctoras. Este es un hecho que deja ver el interés investigador y la inquietud profesional en la búsqueda de la excelencia, que también se refleja en la mejor formación

y preparación de nuestros profesionales. El pensamiento sistémico que ejercitamos las enfermeras en nuestra formación universitaria y que vamos desarrollando a lo largo de nuestra vida profesional, al aprender a valorar y cuidar a la persona de manera global como ser bio-psico-social-espiritual, unida a las aportaciones de la investigación y la formación, y al valor de conocer de primera mano los intereses de los ciudadanos, posibilita el cambio.

Entre las barreras descritas para investigar se encuentran la falta de autonomía enfermera para dar cuidados basados en la investigación, déficit de formación metodológica, gran presión asistencial, falta de apoyo, falta de recursos económicos que impulsen el desarrollo de la investigación y la poca colaboración por parte del resto de enfermeras para la implementación de los cambios que genera la investigación. El uso de Internet ha permitido que los investigadores difundan sus trabajos científicos.

A pesar de las barreras para investigar se percibe que cada vez hay mayor deseo de avanzar, de dejar atrás viejas recetas “se hace así porque toda la vida se ha hecho así”, y a dar un salto decidido, investigar, innovar, gestionar el cambio y a responsabilizarnos en la mejora de la salud física, mental y social de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tísicar V. Percepción de la práctica de enfermería basada en la evidencia de estudiantes de un master de investigación. Ene. [revista en Internet] 2015 [citado 2016 octubre 18]; 9(2). Disponible en:
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2015000200005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2015000200005&lng=es)
&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200005>.
2. Alconero AR. La investigación en enfermería: una realidad visible. Fecan [revista en Internet] 2013 [citado 2016 noviembre 10]; 2(10): Disponible en: <http://enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/10/84>.
3. Cuevas L, Guillén DM, Martínez JL, Ortiz GG, Rocha VE. Competencias en Investigación desarrolladas por un grupo de estudiantes de Enfermería. Revista CuidArte. 2012; 1(2):12-21.
4. García FP. La investigación en Enfermería: ¿una realidad invisible? Enferm Clin. 2012; 22(6):283-5.
5. Garuz S, Cebollero LA, Hijós LA. Características de la investigación enfermera. Un estudio sobre la producción bibliográfica. Enfermería Científica Altoaragonesa; 2015; (9): 16-14.
6. Ramírez NA, Quintana MO, Sanhuesa O, Valenzuela SV. El paradigma emancipatorio y su influencia sobre el desarrollo del conocimiento en Enfermería. Enferm. glob. [revista en Internet]. 2013 Abr [citado 2016 noviembre 18]; 12(30): 410-421. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200020&lng=es.
7. Fernández-Lasquetty B. Difusión de los resultados de investigación. En: Estebarán S. Introducción a la investigación en enfermería. Madrid: DAE; 2013. P. 272-287.

8. Marqués S. Formación continuada: herramienta para la capacitación. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2011 Ene [citado 2016 diciembre 18]; 10(21). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100020&lng=es.
9. Cañón W, Durán EY, Hernández JA. Enfermería Basada en la Evidencia: Un Pilar Esencial en el Currículo. *Revista CUIDARTE* [revista en Internet] 2010 [citado 2016 diciembre 17]; 1(1). Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/77/590>.
10. Larios MJ, Macía P, Caballero MD. ¿Implantamos conocimientos procedentes de la Evidencia Científica?. *Rev Paraninfo digital* [revista en Internet] 2015 [citado 2016 noviembre 16]; (22). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/081.pdf>.
11. Alcolea MT, Oter C, Martín A. Fases de la práctica basada en la evidencia. *Nure Investigación* [revista en Internet] 2011 [citado 21 de diciembre de 2016]; (53). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/545>

LA METODOLOGÍA ENFERMERA DESDE LA ÓPTICA ASISTENCIAL CUARENTA AÑOS DESPUÉS DE LA TITULACIÓN UNIVERSITARIA

USE OF NURSE METHODOLOGY FROM THE ASSISTANCE SIDE OF VIEW AFTER 40 YEARS OF UNIVERSITY DEGREE

Mario Flores Prieto

Servicio Vasco de Salud

Alexandra Gualdrón Romero

Servicio Cántabro de Salud

M^a Luz Fernández Fernández

Universidad de Cantabria

PALABRAS CLAVE: Modelos de Enfermería, Historia de la Enfermería, Diagnósticos de Enfermería, Atención de Enfermería.

RESUMEN: Estudio descriptivo de una muestra de 155 profesionales enfermeros a través de una encuesta semiestructurada. Objetivo: identificar la opinión de los profesionales con respecto a la utilidad efectiva de la metodología enfermera. Resultados: El 45,2% refieren no utilizar un Modelo enfermero. Para el 44,5% la utilización de un Modelo no facilita su trabajo. Para el 58,7%, la utilización de la taxonomía NANDA/NIC/NOC, no les ayuda a mejorar el cuidado de los pacientes, y tampoco incrementa su autonomía ni competencia profesional. Conclusión: los profesionales no terminan de identificar la metodología enfermera como una cuestión imprescindible para el desarrollo de la disciplina.

KEY WORDS: Models Nursing, History Nursing, Nursing Diagnosis, Nursing Care.

ABSTRACT: Descriptive study of 155 nurse professionals random sample throughout a semi structured survey. Objective: Identify nursing professionals opinion about the effective use of the Nurse Methodology. Results: The 45,2% do not use any Nurse Method in their common practice To a 44,5% the use of a Method does not ease their job. For the 58,7% the use of the taxonomy NANDA/NIC/NOC, does not help them taking care of their patients, and that it does not increase neither their autonomy nor their professional competences. Conclusions: The nurses professionals still do not identify the nurse methodology as an essential point for the develop of the nurse discipline.

INTRODUCCIÓN

La ansiada integración de los estudios de Enfermería en la universidad supuso un auténtico reto para los profesionales tanto en el campo docente como asistencial. En este sentido, se produce un cambio trascendental de toda una cultura sustentada en la atención a la enfermedad desde el modelo biomédico a una praxis orientada al cuidado de la salud del ser humano, desde una visión integral y apoyada en el marco conceptual de la disciplina enfermera.

A partir de lo expuesto, se inicia el camino hacia la construcción de la disciplina dejando patente, que su sentido y razón de existir como una más de las profesiones de la salud, se justifica en el servicio que proporciona a la sociedad a través de la aplicación de cuidados de calidad dirigidos a fomentar, promover, rehabilitar la salud y acompañar a las personas en los últimos momentos de su vida. Así, se enmarcan estas cuestiones en la aplicación de una serie de funciones, asistencial, docente, administradora e investigadora. Estas se llevan a cabo mediante la aplicación del método científico, el Proceso de Atención de Enfermería, herramienta imprescindible que justifica nuestra entidad como profesión y ciencia del cuidado.

Ahora bien, para que los resultados del empleo de la metodología enfermera sean eficaces y eficientes, dejando constancia del rol autónomo de la profesión y de la contribución real de nuestras acciones, es imprescindible que se apoye en un Modelo referencial y en la identificación de los problemas de salud mediante la Taxonomía NANDA. La elección de un modelo es un requisito indispensable para dirigir el proceso enfermero e, indistintamente del que se decida adoptar, es imprescindible tener un buen conocimiento de las bases conceptuales sobre las que se sustenta, ya que solo de esta forma se llegará a transferir el modelo teórico a la práctica clínica y alcanzar así, la identidad profesional. Por tanto, el profesional enfermero, debe asumir la necesidad de llevar a cabo todas las actuaciones necesarias encaminadas a mejorar la calidad de los cuidados que presta, y además, utilizar la metodología enfermera de forma sistemática en todas sus intervenciones.

En los últimos años, los profesionales enfermeros afrontan un nuevo desafío ante el proceso de la innovación que ha supuesto el proceso de informatización de la historia clínica y el establecimiento del Real Decreto 1093/2010 de 3 de septiembre, por el que se aprobó el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Esta situación, que no debe suponer más problemas que los propios de la adaptación a la utilización de los nuevos aplicativos informáticos, tiene otras connotaciones. Así, y aunque desde el siglo pasado todas las enfermeras y enfermeros utilizan planes de cuidados en el ejercicio de su profesión, conocen e introducen los diagnósticos de enfermería en protocolos y programas, algunas investigaciones muestran que existen dificultades en cuanto a la aplicación de la metodología enfermera y su utilidad en la práctica asistencial.

OBJETIVO

Identificar la opinión de los profesionales con respecto a la utilidad efectiva de la metodología enfermera.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este trabajo, se ha realizado un estudio descriptivo en el que se ha muestreado aleatoriamente a 155 profesionales de enfermería del ámbito asistencial a través de una encuesta semiestructurada de preguntas cerradas de opción múltiple. El análisis de datos se realizó a través del software IBM SPSS Statistics 20.

RESULTADOS

Entre los resultados obtenidos se encuentran, que el 82,6% de los encuestados son mujeres, mientras que el 17,4% hombres. En cuanto a la experiencia profesional, el 56,7% de los encuestados lleva trabajando 15 años o menos, y más de 16 años el 43,3%. Por otro lado, el 78% afirman haber cursado una Especialidad, Master o Experto.

En cuanto a la utilización de un Modelo enfermero en su práctica asistencial, el 45,2% refiere no utilizarlo, frente al 22,6% que emplea el Modelo de Virginia Henderson, un 14,9% expone emplear otros y un 17,4% no sabe o no contesta. Para el 44,5% la utilización de un Modelo no facilita su trabajo, frente al 34,2% que responde afirmativamente y un 21,3% que no sabe/no contesta. Para el 58,7%, la utilización de la taxonomía NANDA/NIC/NOC, no les ayuda a mejorar el cuidado de los pacientes, cifra que se incrementa hasta el 64,5% que consideran que tampoco incrementa su autonomía ni competencia profesional.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos de este estudio ponen de manifiesto, que los profesionales no terminan de identificar el uso de la metodología enfermera como una cuestión imprescindible para el desarrollo de la disciplina enfermera y como mejora del cuidado.

Asimismo, estos resultados son una clara evidencia de que se emplean los modelos y las taxonomías sin interiorizar la importancia de su utilización para poner de manifiesto la evidencia científica de nuestro rol autónomo.

Con todo ello, parece imprescindible plantear investigaciones centradas en las raíces de esta situación y establecer medidas correctoras que favorezcan cambios reales y efectivos en la práctica.

FUENTES

Fernández Fernández, M.L. Aportación de la Enfermería Española al Desarrollo Disciplinar. VIII Jornadas de Profesorado de Centros de Enfermería. Sección Departamental de Enfermería. Facultad de Medicina. U. Autónoma de Madrid. 2014, pp. 67-83.

Fernández Fernández, M.L.; Flores Prieto, M; Gualdrón Romero, M.A. La Valoración en los registros informáticos de Enfermería: Veracidad o deslealtad. IX Jornadas de Profesorado de Centros Universitarios de Enfermería. Toledo, 2015, pp. 293-301.

Sancho Cantus, D.; Prieto Contreras, L. Teorías y modelos en la práctica enfermera. ¿Un binomio imposible? Enfermería Global, nº 27. 2012, pp. 292-298. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/ensayo1.pdf>

LA RECEPCIÓN DEL PENSAMIENTO DE HEIDEGGER EN LA ENFERMERÍA CONTEMPORÁNEA: UN ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO

THE RECEPTION OF HEIDEGGER'S PHILOSOPHY IN CONTEMPORARY NURSING: A BIBLIOMETRIC STUDY

Ana Ramos Cruz

Grupo de Investigación RICERCARE. Fundación San Juan de Dios
Centro de Ciencias de la Salud San Rafael. Universidad Antonio de Nebrija
Hospital Universitario La Paz

Ginés Mateo Martínez

Sección Departamental de Enfermería
Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Madrid

Antonio Vázquez

Grupo de Investigación RICERCARE. Fundación San Juan de Dios.
Centro de Ciencias de la Salud San Rafael. Universidad Antonio de Nebrija

PALABRAS CLAVE: Heidegger, bibliometría, Filosofía del cuidado, Historia de la enfermería.

KEY WORDS: Heidegger, Bibliometry, Philosophy of care, Nursing history.

RESUMEN: En este trabajo intentaremos describir y analizar críticamente la recepción de la filosofía de Heidegger en la enfermería contemporánea. Para ello hemos realizado un análisis bibliométrico en la base de datos *Academic Search Premier*, con los términos documentales "Heidegger" y "nursing" en inglés y en español, y en la Biblioteca Virtual de la Salud en español. De los 83 artículos, sólo 3 eran empleados como base para una filosofía de los cuidados, empleaban el término de *fursorge* y citas literales. Lo que a nuestro parecer, indica que la recepción de Heidegger no siempre es lo precisa y profunda que debiera.

ABSTRACT: In this paper we will try to describe and critically analyze the reception of Heidegger's philosophy in contemporary nursing. To do this we have performed a bibliometric analysis in the Academic Search Premier database, with the terms "Heidegger" and "nursing" in English and Spanish, and in the Virtual Health Library in Spanish. Of the 83 articles, only 3 were employed as a basis for a philosophy of care, they used the term *fursorge* and literal quotations. In our opinion, indicates that Heidegger's reception is not always as precise and profound as it should be.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo intentaremos describir y analizar críticamente la recepción de la filosofía de Heidegger en la enfermería contemporánea. Para ello hemos realizado un estudio bibliométrico sobre artículos publicados en todo el mundo desde el año 1950. Dos años después se publicaría *Interpersonal Relations in Nursing*, el libro de Peplau (1952) que, de algún modo, origina la enfermería contemporánea. Se abre así la era de los modelos teóricos. La enfermería comienza a preocuparse por sus propios fundamentos. Busca primero en el ámbito de la psicología más tarde en otros dominios de conocimiento, como la antropología o la filosofía, en virtud de la presunta relación de la psicología humanista con la fenomenología y el existencialismo. La figura de Heidegger se convierte así en una referencia prácticamente ineludible. Este trabajo parte de la intuición de que la filosofía de Heidegger no siempre ha sido utilizada con la cautela y la precisión debidas.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo consiste en describir los usos y abusos de la filosofía heideggeriana en la enfermería contemporánea. En otro trabajo que nuestro grupo presenta en este congreso sugeriremos algunas claves para entender la posible utilidad del pensamiento de Heidegger para la enfermería.

METODOLOGÍA

Hemos realizado un análisis bibliométrico de la presencia de Heidegger en la literatura enfermera, para ello realizamos un búsqueda en la base de datos *Academic Search Premier* de EBSCO, empleando como términos documentales “Heidegger” y “nursing”. En esta misma base de datos realizamos otra búsqueda con los términos “Heidegger” y “enfermería”. Finalmente, realizamos una nueva búsqueda con los términos en español en la Biblioteca Virtual de la Salud. Recordemos que los análisis bibliométricos se emplean como una metodología empleada en trabajos de corte histórico donde la fuente de datos está constituida por textos^{1y2}.

Consideramos necesario señalar, que al no ser el nuestro un trabajo de revisión bibliográfica hemos limitado nuestra búsqueda a la base de datos de EBSCO, sin embargo, consideramos que su alcance es suficiente y, por tanto, es representativa del empleo de Heidegger por parte del colectivo enfermero. Finalmente, queremos indicar que para los objetivos de nuestro trabajo sólo incluiremos artículos.

A partir de esta búsqueda, hemos analizado bibliométricamente la evolución histórica de la presencia de Heidegger en la bibliografía enfermera, su distribución geográfica y los ámbitos en los que se recepciona. Además, hemos llevado a cabo un análisis de contenidos para sopesar la calidad y la profundidad de la recepción de la obra del filósofo alemán. Hemos utilizado cuatro criterios distintos:

1. Ámbito en el que se inscribe el artículo. Hemos distinguido cuatro categorías:
 - a. Didáctico: se usa Heidegger para fundamentar una propuesta educativa
 - b. Filosófico/ontológico: se emplea Heidegger como fundamento de una filosofía de los cuidados.
 - c. Metodológico: se utiliza Heidegger como inspiración metodológica.
 - d. Otros: para cualquier otro uso.

2. Empleo de citas en el texto:
 - a. Cita textual con página
 - b. Cita sin página
 - c. Cita secundaria: cita a través de otro autor.
 - d. Otros: Heidegger se nombra pero no se aporta texto en la bibliografía.
3. Uso de los términos: Cuando en el texto aparecen los siguientes términos de Heidegger:
 - a. *Sorge*.
 - b. *Besorge*.
 - c. *Fürsorge*.
 - d. *Dasein*.
4. Empleo "riguroso" de cuidado: Cuando en el texto aparece el término de *Fürsorge* y Heidegger con al menos una cita textual. Este criterio de rigurosidad deriva de nuestro planteamiento de que *Fürsorge* (solicitud) es el término que, en los planteamientos heideggerianos, más se acerca al concepto de cuidado empleado en la enfermería –esta idea está más desarrollada en otro trabajo que presentamos a este congreso-, así, en palabras de Heidegger, el otro es objeto de solicitud. "Ocuparse" de la alimentación y el vestido, o el cuidado del cuerpo enfermo, es "solicitud". Este criterio posee tres categorías diferentes:
 - a. Sí.
 - b. No.
 - c. No se emplea: en aquellos trabajos que no emplean la noción de cuidado heideggeriana.

RESULTADOS

De las búsquedas anteriormente reseñadas, hemos obtenido 76 artículos para la ecuación "Heidegger AND Nursing", 7 para "Heidegger AND enfermería" ambas en *Academic Search Premier* y sólo uno para la búsqueda realizada en la Biblioteca Virtual de la Salud. Obteniendo un total de 84 artículos, de los que finalmente se eliminó uno de ellos por tratarse de un resumen de un trabajo presentado al *Oncology Nursing Forum*, de manera que la muestra total de artículos sobre los que se ha realizado el análisis está compuesta por 83 artículos.

En la Tabla 1, se muestra un resumen de los principales resultados obtenidos de la búsqueda y que a continuación vamos a describir someramente.

La distribución temporal de los artículos encontrados parece mostrar un incremento general del uso de Heidegger en la literatura enfermera, especialmente llamativo a partir del año 2004.

Por lo que se refiere a la distribución por países de los artículos, encontramos, como era previsible, dado que la búsqueda se hace con términos clave en inglés y español, Reino Unido y Australia producen casi la mitad de los artículos analizados, seguidos por Estados Unidos y Canadá, con un 11% cada uno de ellos. España sólo aporta un artículo.

Las dos revistas que más artículos publican son *Journal of Advanced Nursing*, con una cuarta parte del total, y *Nursing Philosophy*, con un 19%. Ninguna otra revista rebasa el 10%.

Dentro del uso de términos relacionados con el cuidado, *Dasein*, es el que aparece con mayor frecuencia, alcanzando un 33.7%, seguido de *sorge* con un 9.6%. El término *fürsorge* sólo ha aparecido en un 6% de los artículos rescatados.

Número de artículos							
Evolución Histórica	1995-1997	1998-2000	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012	2013-2016
	5 (6%)	12 (14.5%)	6 (7.2%)	13 (15.7%)	13 (15.7%)	19 (22.9%)	15 (18.1%)
País	Reino Unido	Australia	España, Portugal e Iberoamérica	Estados Unidos	Canadá	Países Nórdicos	Otros
	28 (34%)	13 (15%)	10 (12%)	9 (11%)	9 (11%)	5 (6%)	9 (11%)
Revista	Journal of Advanced Nursing	Nursing Philosophy	Nurse Researcher	Journal of Clinical Nursing	Otras		
	21 (25%)	16 (19%)	8 (10%)	6 (7%)	32 (39%)		
Ámbito	Didáctico	Filosófico/Ontológico	Metodológico	Otros			
	10 (12%)	26 (31.3%)	55 (66.3%)	1 (1.2%)			
Empleo de citas en el texto	Cita textual	Cita	Cita secundaria	Otros			
	28 (33.7%)	55 (66.3%)	32 (38.6%)	9 (10.8%)			
Uso de los términos	Sorge	Besorge	Fürsorge	Dasein			
	8 (9.6%)	4 (4.8%)	5 (6%)	28 (33.7%)			
Empleo "riguroso" de cuidado	Si	No	No se emplea				
	13 (15.7%)	12 (14.5%)	58 (69.9%)				

Tabla 1. Resumen de los principales resultados obtenidos

Respecto al uso de citas, se han usado citas en el 66.3% de los trabajos, citas secundarias en el 38.6% y citas textuales en un 33.7% de los artículos.

Hemos encontrado que prácticamente en un 70% de los artículos no se emplea el término *cuidado*; se usa de forma incorrecta, según hemos definido en el apartado anterior, en un 14.5% de los casos. Siendo adecuado en un 15.7% de los trabajos.

Respecto al ámbito en el que se emplea a Heidegger, en el 66.3% de los trabajos se usa con una orientación metodológica; en el 31.3% tiene un carácter filosófico/ontológico y en un 12% se usa con intención didáctica.

DISCUSIÓN

Comenzaremos este apartado por el análisis bibliométrico propiamente dicho, para finalizarlo con el análisis de contenido.

Respecto a la distribución temporal de artículos que usan a Heidegger, como hemos comentado en el apartado de resultados, se ha producido un incremento en el uso de este autor en términos absolutos, especialmente a partir de 2004. Posiblemente también se haya producido en términos relativos ya que las revistas en las que más se publica sobre este filósofo llevan editándose desde bastante antes de esta fecha por lo que podemos descartar un incremento en el número de volúmenes publicados que justificaría, al menos en parte dicho aumento.

Continuando con las revistas en las que hemos encontrado más artículos, existe una clara diferencia entre las dos revistas que mayor número de artículos han publicado, recordemos que eran *Journal of Advanced Nursing* y *Nursing Philosophy*, alcanzado entre ambas un total de 37 de 83 artículos, lo que equivale a un 44% del total.

Como era esperable dadas las ecuaciones de búsqueda empleadas, existe un claro predominio de los textos provenientes de países anglosajones, de manera que entre los dos primeros, Reino Unido y Australia alcanzan el 49% de las publicaciones, si a estos países les sumamos Estados Unidos y Canadá, la cifra alcanza el 71% del total. A pesar de haber empleado una ecuación de búsqueda en español, sólo hemos podido encontrar un artículo de nuestro país, aspecto que nos parece significativo. Quedaría por valorar la posibilidad de culturas de cuidado fundamentadas en Heidegger y que no están publicando en lengua inglesa o española, fundamentalmente en portugués. Aspecto que no hemos abordado en este trabajo, pero que observando la bibliografía de los artículos manejados pudiera ser interesante realizar.

Del análisis de contenido de los artículos rescatados, nos ha parecido llamativo que casi dos terceras partes de los artículos no emplearan citas literales de Heidegger, ya que este es un autor complicado de entender y un uso de dichas citas permite conocer en mayor medida tanto el sentido en el que se lo está empleando como la precisión de dicho uso. Hasta cierto punto era esperable que el término que apareciera con mayor frecuencia fuera *Dasein*; sin embargo, esto podría estar indicando que el uso que de Heidegger se está realizando no es adecuado, sospecha que se incrementa al observar que el siguiente término que más aparece es *sorge* traducido habitualmente por cuidado, ya que como hemos comentado con anterioridad, en nuestra opinión es *fürsorge* el término que mejor se ajusta a lo que desde el mundo enfermero se entiende por cuidado.

En un siguiente paso de nuestro análisis, procedimos a cruzar aquellos artículos cuyo ámbito era el filosófico/ontológico con aquellos que empleaban el término *fürsorge* y además, tenían citas textuales en el texto. Sólo encontramos 3 artículos, lo que supone apenas un 3.6% de los artículos, que reunieran dichas características, los de Pina, Johnson y Yegdich³⁻⁶. Además, ninguno de los tres textos localizados desarrolla el esquema que en nuestra opinión permite intuir el espacio que existe en la obra de Heidegger para los cuidados enfermeros. El único texto que sitúa, aunque no desarrolla, la noción de *fürsorge* (solicitud), es el de Pina.

CONCLUSIONES

Existe un uso mayoritario de Heidegger como sostén metodológico, de manera especial, en el contexto anglosajón.

El término que en nuestra opinión sería el más preciso para una filosofía de los cuidados con base heideggeriana es *fürsorge*, cuya presencia es escasa, 6% de los artículos.

Apenas hemos encontrado 3 artículos que tomen a Heidegger como base para el desarrollo de una filosofía de los cuidados, que empleen el término de *fürsorge* y tengan citas textuales incluidas. Lo que a nuestro parecer, indica que la recepción de Heidegger no siempre es lo precisa y profunda que debiera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carpintero H, Peiró JM. Psicología contemporánea: teoría y métodos cuantitativos para el estudio de su literatura científica. Valencia: Alfaplús; 1981.
2. Rosa A, Huertas JA, Blanco F. Metodología de la Historia de la Psicología. Madrid: Alianza; 1996.
3. Pina PJ. Caring: from condition of human existence to professionalised integral care. *Revista de Enfermagem Referência* 2015 5:139-146.
4. Johnson ME. Heidegger and meaning: implications for phenomenological research. *Nurs Philos* 2000; 1(2):134-146.
5. Yegdich T. Clinical supervision, death, Heidegger and Freud come 'out of the sighs'. *J Adv Nurs* 2000; 31(4):953-961.

MÁS ALLÁ DE SORGE. ALGUNAS CLAVES SOBRE LA UTILIDAD DEL PENSAMIENTO DE HEIDEGGER PARA UNA FILOSOFÍA DE LOS CUIDADOS

BEYOND SORGE. SOME KEY IDEAS ON THE UTILITY OF HEIDEGGER'S THOUGHT FOR A PHILOSOPHY OF CARE

Julio Vielva

Grupo de Investigación ESASO. Fundación San Juan de Dios
Centro de Ciencias de la Salud San Rafael
Universidad Antonio de Nebrija

Antonio Vázquez

Grupo de Investigación RICERCARE
Fundación San Juan de Dios. Centro de Ciencias de la Salud San Rafael
Universidad Antonio de Nebrija

Florentino Blanco

Facultad de Psicología Universidad Autónoma de Madrid

PALABRAS CLAVE: Heidegger, Fürsorge, Filosofía del cuidado, Historia de la enfermería.

KEY WORDS: Heidegger, Fürsorge, Philosophy of care, Nursing history.

RESUMEN: Heidegger es uno de los filósofos clásicos más habitualmente citados en la literatura enfermera. La idea de *sorge* (cuidado) se suele presentar como el referente filosófico para la idea de cuidado propia la cultura enfermera. Esta apropiación no es del todo legítima si no se formula adecuadamente. Mostraremos que el concepto de *sorge* no es la categoría del pensamiento heideggeriano más decisiva para una filosofía del cuidado y enfatizaremos que la noción clave para la fundamentación heideggeriana del cuidado enfermero es la de *fürsorge*, o solicitud. Finalmente, veremos también cómo se integra esta idea de solicitud en su filosofía social.

ABSTRACT: Heidegger is one of the most commonly cited classical philosophers in nursing literature. *Sorge* (care) is usually presented as the philosophical referent for the idea of care that nursing culture takes as its own. This appropriation is not entirely legitimate. We'll defend that *sorge* is not the category most decisive for a heideggerian philosophy of care. The key notion for such a task is *fürsorge*, or solicitude. We will also see how this idea may be integrated within its social philosophy.

Este trabajo se propone mostrar, de la forma más sencilla posible, cuál sería el modo más razonable de usar la filosofía de Heidegger como fundamento del cuidado enfermero. Creemos que esta propuesta puede ser interesante para la teoría enfermera actual puesto que, como hemos mostrado en otro trabajo presentado en este mismo congreso, la literatura enfermera no siempre maneja de manera cabal la filosofía de Heidegger, al menos como posible fuente de inspiración para una filosofía del cuidado enfermero. En cualquier caso, este trabajo sólo va a señalar las condiciones mínimas para iniciar este ejercicio de fundamentación.

Heidegger y la tradición fenomenológica en la literatura enfermera

En el trabajo que acabamos de mencionar hemos encontrado tres usos básicos de la filosofía de Heidegger en la literatura enfermera: (1) como propuesta metodológica para orientar la investigación empírica; (2) como fundamento para una ontología del cuidado enfermero y (3) como fundamento para una propuesta educativa.

Por lo que se refiere al primer uso, hemos podido comprobar que la mayor parte de los trabajos revisados hacen un uso poco preciso de las ideas de Heidegger, sin distinguirlas con claridad de las ideas de otros pensadores que suelen incluir, sin demasiados miramientos, en la misma tradición o sensibilidad filosófica, como Husserl, Merleau-Ponty o Gadamer. En general, estos autores se suelen aducir como alianza de autoridad para defender la necesidad de tener en cuenta o de priorizar el punto de vista (representación, percepción, perspectiva) del participante, en el caso de los trabajos de investigación, o de la persona cuidada, en el caso de los trabajos que formulan propuestas de intervención. La idea básica es que el método fenomenológico (o hermenéutico-fenomenológico) es la forma adecuada de acceder al mundo subjetivo del paciente, vocación por la cual la enfermería se alejaría de la perspectiva objetiva, o en tercera persona, propia de la sensibilidad médica o biologicista. Un ejemplo típico de este punto de vista, que hemos encontrado en uno de los artículos analizados sería el siguiente: "Dado que la enfermería involucra gente que cuida de gente y resalta la importancia de la intersubjetividad en las relaciones humanas, se aproxima a la fenomenología existencial representada por Martin Heidegger"¹.

Earle ha revisado las críticas formuladas desde la propia literatura enfermera a este tipo de usos de esta tradición filosófica². Especialmente interesante para nuestros propósitos en este trabajo es la crítica de Paley al uso de la filosofía de Heidegger como fundamento metodológico para el estudio de la experiencia vivida, de la subjetividad. Paley pone de manifiesto, y con razón, que la escisión, a la que antes nos referíamos, entre el mundo real y la experiencia vivida es más bien una traición cartesiana a Heidegger que un uso legítimo de sus ideas³. Por su parte, Ortiz revisa críticamente el uso que Benner y Dienkelmann hacen de la hermenéutica de Heidegger, apuntando la idea de que no es del todo legítimo convertir en una epistemología lo que en su origen, como propuesta filosófica, es una ontología⁴.

Bradbury-Jones en una brillante réplica al trabajo de Earle que acabamos de mencionar, pone de manifiesto que a menudo las enfermeras (1) interpretan mal la fenomenología, (2) no usan los textos originales y (3) no tienen conciencia de las consecuencias de este tipo de acciones. Estos malos usos se van extendiendo, las falsas

interpretaciones van pasando de un miembro a otro hasta convertirse en tópicos en los que el pensamiento original aparece ya distorsionado o simplificado. La autora denomina a este fenómeno de banalización de la fenomenología *the phenomenological grapevine* (el radio macuto –el teléfono escacharrado- fenomenológico)⁵.

Pero lo que más nos interesa en este trabajo no es tanto el uso metodológico de Heidegger sino su uso como fundamento de una posible ontología del cuidado, es decir, de una filosofía sobre el [modo de] ser del cuidado. En nuestro estudio bibliométrico sólo hemos encontrado tres trabajos en los que se intenta usar con propiedad a Heidegger más allá del tópico. El tópico implica, como hemos visto, tomar directamente *sorge* como cuidado, en el sentido habitual en la enfermería de atención y acompañamiento en la vulnerabilidad. Pero *sorge* no quiere decir eso. Puede tener esa idea entrañada, pero no equivale a ella. De este modo, *sorge* se convierte en una suerte de espacio proyectivo sobre el que la intuición arroja todo tipo de fantasías para poder encajarlo en la agenda de motivos de una enfermería de vocación humanista o humanizante, de lo que resultan a menudo argumentos bien intencionados pero no demasiado precisos. El siguiente fragmento recoge este tipo de recepción de las ideas de Heidegger sobre *sorge*:

Sostiene el autor que el cuidado, desde el punto de vista existencial, es ontológicamente anterior a toda actitud o situación del ser humano; se encuentra en la raíz primera del ser humano y representa un modo de ser esencial; surge cuando la existencia de otro adquiere importancia para mí, en consecuencia, me dispongo a participar de su existencia, de esa manera salgo de mí para centrarme en el otro con desvelo y solicitud; no es solo actitud intrínseca de los seres humanos, sino un conjunto de actos conscientes del sujeto mismo que habita en las circunstancias, es un ímpetu que surge de la existencia.

En cualquier caso ninguno de los tres textos localizados desarrolla cabalmente el esquema que en nuestra opinión permite intuir el espacio que existe en la obra de Heidegger para los cuidados enfermeros. El único texto que sitúa, aunque no desarrolla, la noción de *fürsorge* (solicitud), que consideramos crucial en este contexto, es un artículo de Pina en el que cita, a su vez, un artículo de Rocha^{5,6}. Este artículo comenta a su vez algunas de las posibilidades que abriría el desdoblamiento de *sorge* (cuidado) en *besorge* (ocupación) y *fürsorge* (solicitud) para la fundamentación de la clínica psicoanalítica, no de la enfermería.

Nuestra propuesta consiste en localizar en los textos de Heidegger, particularmente en *Ser y Tiempo*¹, el modo en que éste aborda el tipo de disposición existencial necesaria para la práctica del cuidado en situaciones de enfermedad o vulnerabilidad.

1 Hay otros textos o documentos de Heidegger en los que se reflexiona sobre cuestiones relacionadas con la salud y la enfermedad, aunque no con el aliento totalizante y el afán de fundamentación de *Ser y tiempo*. Tal es el caso de Los seminarios de Zollikon (Heidegger, 2014), un volumen en el que se transcriben las charlas, conversaciones y papeles que fueron surgiendo al hilo de un seminario al que Heidegger acude invitado por el psicoanalista Medard Boss y que se desarrolló entre 1959 y 1969⁹ (ver, por ejemplo, Sodelli y Sodelli-Teodoro¹⁰).

Un posible espacio para el cuidado enfermero en Ser y Tiempo

El material interesante para nuestros propósitos aparece en el cuarto capítulo de *Ser y Tiempo*⁸ que se dedica a la cuestión de la implantación temporal del *Dasein*. En concreto la cuestión de la disposición en relación con la vulnerabilidad aparece en § 26, un epígrafe en el que Heidegger estudia la alteridad. Antes, al comienzo del capítulo, y una vez analizado el estar-en-el-mundo como estructura fundamental del *Dasein*, es decir, establecido el hecho de que la vida humana es siempre vida significativa y abierta, y la idea del mundo en que el *Dasein* vive y con el que resuena, Heidegger se plantea una pregunta aparentemente simple: ¿quién es el *Dasein*? o, mejor, ¿cuál es el quién del *Dasein*?

La respuesta es muy clara: el quién del *Dasein* es el sujeto, que también puede ser entendido en este contexto como lo que subyace al sujeto, su identidad, aquello que reduce la discordancia, que unifica la multiplicidad, los múltiples estados a través de los que nos damos en el tiempo:

El quién es lo que a través del cambio de los comportamientos y vivencias se mantiene idéntico y de esta manera se relaciona con esa multiplicidad. Ontológicamente solemos entenderlo como aquello que, dentro de una región cerrada y para ella, ya está siempre y constantemente ahí, como lo que, en un sentido eminente, subyace en el fondo de todo lo demás, es decir, como el subiectum. Éste tiene, en cuanto es “el mismo” en medio de la multiplicidad de las diferencias, el carácter de la mismidad.²

No obstante, después de haber constatado en el capítulo anterior que no puede haber sujeto sin mundo, ni yo sin los otros, no es posible pensar, cartesianamente, en algún tipo de escisión primitiva, entre el yo y el mundo. El mundo es ya, destronado Descartes, el mundo que vivo y configuro, a través de mi actividad, con los otros. No es un mundo exento y objetivado, ahí afuera, sino el mundo en el que siempre han estado los otros y las cosas que usan o pueden usar. Mi modo de ser es estar en el mundo con los otros:

*En virtud de este estar-en-el-mundo determinado por el “con”, el mundo es desde siempre el que yo comparto con los otros. El mundo del *Dasein* es un mundo en común [Mitwelt]. El estar-en es un coestar con los otros.*

El ente ante el cual el *Dasein* se posiciona en el modo del coestar no es el utensilio o el objeto sino justamente otro *Dasein*, otro ser abierto e imprevisible con el que sólo me puedo relacionar sabiendo que es libre y está abierto como yo. No está hecho a mi medida, para mí, como el martillo o el libro, sino justamente, y al contrario, para sí.

No es fácil definir *sorge* (cuidado), pero pudiéramos acotarlo como el conjunto de disposiciones vividas o experimentadas que definen al ser humano. El estado afectivo que justifica el cuidado es la angustia. El ser está expuesto a la caída, a caer en la angustia y eventualmente en la nada. El cuidado es la disposición consciente que anticipa este precipitarse y cualquier otra forma de peligro, para encauzar la conducta.

² Hemos utilizado la traducción de Rivera (1997) en su versión electrónica. Prácticamente todas las citas de *Ser y tiempo* pertenecen al capítulo cuarto de la segunda parte y, particularmente, al epígrafe 26. Dado que hemos utilizado la edición electrónica hemos decidido no indicar el número de página.

Sorge adopta dos formas. Mientras que de los utensilios me ocupo (*besorge*), el otro *Dasein* me pide, más bien, solicitud (*fürsorge*); el otro es objeto de solicitud: “ocuparse” de la alimentación y el vestido, o el cuidado del cuerpo enfermo, es solicitud”³, dice Heidegger. En este sentido, podríamos decir, el coestar es la estructura del *Dasein* por la que *sorge* (cuidado) se hace *fürsorge*. La comparecencia del otro me convierte en un ser solícito porque el *Dasein* siempre se presenta como un ser vulnerable, carente, ausente, deficiente:

Su urgencia fáctica deriva del hecho de que inmediata y regularmente el Dasein se mueve en modos deficientes de la solicitud. Ser uno para otro, estar uno contra otro, prescindir los unos de los otros, pasar el uno al lado del otro, no interesarse los unos por los otros, son posibles modos de la solicitud. Y precisamente los modos de la deficiencia y la indiferencia, mencionados al final, caracterizan el convivir cotidiano y de término medio. Estos modos de ser ostentan, una vez más, el carácter de la no-llamatividad y de lo obvio que es tan propio de la cotidiana coexistencia intramundana de los otros como del estar a la mano del útil de que nos ocupamos a diario.

Frente a estos modos deficientes de la solicitud, Heidegger propone dos modos “positivos”, que él mismo denomina solicitud sustitutivo-dominante y anticipativo-liberadora. La primera forma de solicitud implica arrojar al otro de su ocupación y sustituirlo en su tarea. El otro es desprovisto de agencialidad y, a menudo sin ser consciente de ello, dominado y esclavizado: “En este tipo de solicitud, el otro puede hacerse dependiente y dominado, aun cuando este dominio sea tácito y le quede oculto a él mismo”.

Por el contrario, el segundo tipo de solicitud implica anticiparse comprensivamente al proyecto del otro y actuar de modo que todas las posibilidades queden abiertas para él y se vea animado a hacerse cargo de su libertad. Esta anticipación solícita implica dejar el cuidado en manos del otro o devolvérselo. Se trata de una forma de solicitud

...que en vez de ocupar el lugar del otro, se anticipa a su poder-ser existivo, no para quitarle el “cuidado”, sino precisamente para devolvérselo como tal. Esta solicitud, que esencialmente atañe al cuidado en sentido propio, es decir, a la existencia del otro, y no a una cosa de la que él se ocupe, ayuda al otro a hacerse transparente en su cuidado y libre para él.

Entre estas dos formas básicas de solicitud positiva, Heidegger anuncia una infinidad de modos de los que, advierte, no se va a ocupar aquí.

Para ir cerrando su análisis de la solicitud, propone que del mismo modo que al ocuparse (*besorge*) de los entes que están a la mano, los útiles o cosas que pudieran serlo, le corresponde fenomenológicamente la actitud de *circumspección*, a la solicitud en relación con los otros le corresponde el *respeto* [*Rücksicht*] y la *indulgencia* [*Nachsicht*],

³ Eduardo Rivera traduce con buen criterio, en nuestra opinión, *fürsorge* por “solicitud”. Este término, como él mismo señala, tiene algunas acepciones interesantes como “preocupación”, “inquietud” o “diligencia”, que permiten cubrir “objetos” de solicitud muy diversos (enfermedad, ausencia del otro, vulnerabilidad, demanda).

cuyas formas deficientes más extremas serían la falta de respeto y la indiferencia, que es tal vez la forma más cruel de ser indulgente.

Heidegger cierra su argumento criticando la idea de que la empatía sea la disposición que hace posible la solicitud y defiende que, más bien al contrario, el coestar hace posible y exige la empatía:

...en la comprensión de ser del Dasein ya está dada, puesto que su ser es coestar, la comprensión de otros. Esta comprensión, como, en general, todo comprender, no es un dato del conocimiento, sino un modo de ser originario y existencial, sin el cual ningún dato ni conocimiento es posible. El conocimiento recíproco se funda en el coestar comprensor originario... El otro queda de esta manera abierto primeramente en la solicitud ocupada.

Pero Heidegger se da cuenta de que el proyecto de una solicitud comprensiva y anticipadora todavía está por llegar. Los seres humanos viven ajenos los unos a los otros, escondidos, enmascarados, atemorizados por su propia apertura, temiendo al otro invasivo o añorando al otro ausente:

...dado que la solicitud inmediata y regularmente se mueve en los modos deficientes o tan sólo indiferentes —en la indiferencia del recíproco pasar de largo frente al otro—, el inmediato y esencial conocimiento mutuo demanda un llegar a conocerse [Sichkennenlernen]. Y cuando el conocimiento mutuo llega incluso a perderse en las formas de la reserva, del ocultamiento y la simulación, se le hacen necesarios al convivir caminos especiales para acercarse a los otros o para conocer lo que tras ellos se oculta.

Bajo esta aparente reserva frente a la posibilidad de que el *Dasein* pueda realizarse bajo el régimen de una solicitud liberadora, late la nostalgia oscura de un futuro que, sabiendo cómo acabaron siendo las cosas, suena sombrío y temible. Uno quisiera creer que esa causa común de la que Heidegger habla en este último fragmento de texto que vamos a citar fuera efectivamente una causa común para todos. Un pretexto para hacernos más libres o, al menos, más conscientes de nuestra posibilidad de llegar a serlo. Quisiéramos olvidar que Heidegger aceptó ser rector de la Universidad de Friburgo en 1933, cuando los nazis se lo propusieron.

El estar de los unos con los otros se funda inmediata y a menudo exclusivamente en aquello sobre lo que recae la ocupación común. Un convivir que deriva de hacer las mismas cosas, se mueve, la mayor parte de las veces, no sólo en límites externos, sino que a la vez reviste el modo de la distancia y la reserva. El convivir de los que están dedicados a la misma cosa, con frecuencia sólo se nutre de la desconfianza. Por el contrario, el compromiso en común con una misma causa se decide desde la existencia [Dasein] expresamente asumida. Sólo esta auténtica solidaridad hace posible un tal sentido de las cosas, que deje al otro en libertad para ser él mismo.

Si conjuramos la zozobra que nos provoca la ambigüedad de este párrafo, podríamos tomarlo como un buen punto de partida para el desarrollo de una ética social que permita pensar en la enfermería como la institución que se hace cargo de la solicitud anticipativa,

empática, comprensiva y liberadora que piden los cuidados en un mundo cada vez más vulnerable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramírez-Pérez M, Cárdenas-Jiménez M, Rodríguez-Jiménez S. El Dasein de los cuidados desde la fenomenología hermenéutica de Martín Heidegger. *Enferm. Univ* 2015; 12(3):144-151.
2. Earle V. Phenomenology as research method or substantive metaphysics? An overview of phenomenology's uses in nursing. *Nurs Philos* 2010; 11(4):286-296.
3. Paley J. Husserl, phenomenology and nursing. *J Adv Nurs*. 1997; 26(1):187-193.
4. Ortiz MR. Hermeneutics and nursing research: history, processes and exemplar. *Southern Online Journal of Nursing Research* 2009; 9(1):6.
5. Bradbury-Jones C. A reply to 'Phenomenology as research method or substantive metaphysics? An overview of phenomenology's uses in nursing' by Vicki Earle: a phenomenological grapevine? *Nurs Philos* 2012; 13(3):224-227.
6. Pina PJ. Caring: from condition of human existence to professionalised integral care. *Revista de Enfermagem Referência* 2015 5:139-146.
7. Rocha Z. A ontologia Heideggeriana do cuidado e suas ressonâncias clínicas. *Síntese: Revista de Filosofia* 2011; 38(120):71-90.
8. Heidegger M. *Ser y tiempo* (trad., prólogo y notas de J.E. Rivera). Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1997.
9. Heidegger M. *Los seminarios de Zollikon*. Barcelona: Herder; 2014.
10. Sodelli M, Sodelli-Teodor A. Visitando os "Seminários de Zollikon": novos fundamentos para a psicoterapia fenomenológica. *Psicologia Revista* 2011; 20(2):245-272.

EPISTEMOLOGÍA DE ESTUDIOS DE MUJERES: APLICACIÓN A LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

EPISTEMOLOGY OF WOMEN'S STUDIES: APPLICATION TO THE HISTORY OF NURSING

Coral Cuadrada

MARC (Medical Anthropology Research Center)
Universitat Rovira i Virgili (Tarragona)

PALABRAS CLAVE: Epistemología, Estudios de Mujeres, Historia, Enfermería.

KEY WORDS: Epistemology, Women's Studies, History, Nursing.

RESUMEN: Los estudios históricos, a pesar de las múltiples reflexiones en torno a las tendencias y escuelas historiográficas, carecen, en la actualidad, de pensamiento y justificación teórica fundamentada. El recurso a la descripción y a la narrativa son en muchos casos mayoritario, cuando no se opta por la mera exposición positivista de los acontecimientos. Si en muchas ocasiones el reconocimiento al loable trabajo de exhumación archivística es más que notable, la carencia de planteamientos epistemológicos y de método también resultan evidentes. Debido a mi convencimiento de que sin metodología adecuada no puede avanzarse epistemológicamente, presento esta comunicación, basada en estudios ya realizados (*Les dones als orígens de Torreforta, El ejemplo del centro de planning de Tarragona (ayer) vs. Facebook (hoy)*, o *La asistencia al parto en condiciones adversas: matronas en las chabolas (Cataluña, 1945-1972)*, por citar unos ejemplos). A partir de ellos, y como propuesta a una aplicación a la Historia de la Enfermería, presentaré los aspectos novedosos en cuanto a la metodología seguida en estos trabajos, que aúnan armónicamente la investigación de archivo con el trabajo de campo. Detallaré también con precisión los elementos constituyentes de lo que hemos llamado el método de investigación-acción-participativa-feminista (IAPF), señalando sus vinculaciones con el método etnográfico, así como su renovación a través de la incorporación de los postulados procedentes de las más destacadas epistemólogas feministas –Fox Keller, Harding, Longino, Haraway, entre otras.

ABSTRACT: The historical studies, in spite of the multiple reflections revolving around the tendencies and historiographical schools, they lack, nowadays, thought and substantiated theoretical justification. The resource to the description and narrative are in many cases prevalent, when it's not opted for the mere positivist exposition of occurrences. If in many occasions the recognition to the laudable work of archival exhumation is more than remarkable, the lack of epistemological and methodological approaches are also evident. Due to my certainty that without adequate methodology no epistemological progress can be made, I introduce this communication, based off of studies that have already been made. (*Les dones als orígens de Torreforta, El ejemplo del centro de planning de Tarragona (yesterday) vs. Facebook (today)*, o *La asistencia al parto en condiciones adversas: matronas en las chabolas (Cataluña, 1945-1972)*, to quote a few examples). From these examples, and as a proposal to an application to the History of Nursing, I'll introduce the novel aspects regarding the methodology followed in this labor, which joins together harmoniously the investigation of archives with the field work. I will also detail with precision the constituent elements of what we have been calling the method of investigation-action-participatory-feminism (IAPF), pointing out its links with the ethnographic method, as well as its renewal through the incorporation of the postulates coming from the most outstanding feminist epistemologists –Fox Keller, Harding, Longino, Haraway, among other.

Desde las décadas de los 80 y 90 del siglo xx la Historia ha buscado una tercera vía entre el viraje de la historia de las mentalidades y la nueva historia narrativa. Hubo entonces un período marcado por desencantos e incertidumbres, la crisis de la disciplina histórica puso en duda sus mismos fundamentos y su viabilidad. Una crisis que hundía sus preocupaciones en la amenaza del relativismo –con su corolario: la duda de si podía existir un conocimiento histórico objetivo– y, a la vez, la desubicación de la disciplina, que no encontraba su lugar en el ámbito cada vez más difuso y ambiguo de las ciencias sociales. Los debates y planteamientos teóricos de la historiografía evidenciaron la imposibilidad de abordar rotundamente el contenido absoluto del pasado, e implicaron tomar partido, centrándose en la forma de aprehender el pasado y de re-crearlo a partir de un nuevo relato.¹ No habríamos de cuestionarnos, entonces, si hemos de ser capaces de construir un conocimiento histórico objetivo, antes bien reflexionar sobre si deviene legítimo un método determinado, el más adecuado para conseguir una re-lectura mejor de la historia.

La otra gran discusión fue el de la relación misma entre la historia y las ciencias sociales. El resurgimiento de la narrativa como alternativa a los lenguajes ideológicos abrió la puerta al dominio de acentos más cercanos a la lingüística, antropología, sociología o psicología. Era, en cierta manera, un revival de lo que ya Marc Bloch había enunciado a principios de siglo, la imperiosa necesidad de la multidisciplinaredad en el análisis histórico. En ese contexto, treinta años ha que Joan W. Scott² nos advertía de algunos errores de los historiadores/as respecto a la construcción de la historia, entre ellos, y de forma significativa, el abandono de la teoría:

¿Qué deberían hacer los historiadores que después de todo han visto despreciada su disciplina por algunos teóricos recientes como reliquia del pensamiento humano? No creo que debemos renunciar a los archivos o abandonar el estudio del pasado, pero tenemos que cambiar algunas de las formas con que nos hemos acercado al trabajo, ciertas preguntas que nos hemos planteado. Necesitamos examinar atentamente nuestros métodos de análisis, clarificar nuestras hipótesis de trabajo y explicar cómo creemos que tienen lugar los cambios. En lugar de buscar orígenes sencillos, debemos concebir procesos tan inter-relacionados que no puedan deshacerse sus nudos.

Llevo muchos años ejerciendo docencia en la Universidad, en asignaturas del grado de Historia y máster, concretamente Historiografía, Archivística e Historia de las Mujeres. Las reflexiones que brindo aquí provienen, por tanto, del pensamiento, lectura e intercambio con el alumnado de aspectos que constituyen el fundamento de las disciplinas que imparto. Hace ya un tiempo, como he mencionado en el resumen introductorio de esta comunicación, que mis reflexiones giran alrededor de las carencias que muchos estudios históricos todavía poseen. Si en la mayoría de casos la exhumación de documentos de

¹ White, Hayden. *The Content of the Form: Narrative Discourse and Historical Representation*. Baltimore and London: John Hopkins University Press, 1987.

² Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *American Historical Review*. 1986, 91: 1053-1075.

archivo o de hemeroteca es loable, también se trasluce un importante vacío a nivel teórico. Parece que, con la llamada «crisis de la historia» y el parejo desconcierto del postmodernismo y auge de las historias alternativas, el recurso fuera sólo el de la historia cultural o la narrativa.

A pesar de ello, entiendo que sin metodología y teoría no hacemos historia, sino tan sólo descripción, la cual, a pesar de poder ser tremendamente atractiva y sugerente, en sola descripción y relato queda. Estas han sido las premisas e inquietudes que voy elaborando en diferentes acercamientos, siempre en el ámbito de la Historia de las Mujeres, en el intento de aunar armónicamente la investigación tradicional de archivo, con la procedente de las técnicas etnográficas. Aunque algunas historiadoras puedan sentirse más cómodas con la descripción que con la teoría, busco, cada vez más, formulaciones teóricas de posible aplicación, ya sea desde la teoría del género, desde la diferencia sexual, o desde los feminismos posmodernos o decoloniales,³ apostando más por una opción híbrida y nómada que por la adhesión a una corriente de pensamiento única.⁴ Pero, más allá de las teorías, hemos de reflexionar sobre métodos y metodología feminista (MF). Las preguntas que pongo sobre la mesa son las siguientes: ¿cómo podemos encaminar una investigación se adecúe a las premisas feministas básicas?, ¿qué esperamos encontrar?, ¿con qué mecanismos y estrategias la desarrollaremos y evaluaremos?

La MF considera imprescindible reconocer el lugar desde donde se efectúa la investigación, entendiendo que la perspectiva feminista puede aportar nuevas lecturas al objeto de estudio que, hasta la actualidad, no habían sido reveladas. Por lo tanto, la investigación feminista quiere recuperar la experiencia de las mujeres, entendiendo las diferentes subordinaciones en el contexto en que nos encontramos y se encuentran. En la misma línea que otros paradigmas críticos a la ciencia patriarcal,⁵ occidental, burguesa y neocolonial, la investigación feminista se inicia desde la perspectiva personal de las investigadoras y de sus inquietudes respecto a un tema concreto. En varios proyectos realizados, mi equipo de investigación ha diseñado la forma de desarrollo del trabajo a partir de sus vivencias profesionales y académicas. En este sentido, quiero poner de relieve algunas de estas investigaciones, todas ellas accesibles on line, para que, si fuera de interés, sean consultables los planteamientos teóricos y su aplicación. El primero de ellos se materializó en la reconstrucción histórica de un barrio obrero de Tarragona desde

³ Cuadrada, Coral (coord.). *Memòries de dones*. Tarragona: Arola Editors, 2009: 37–39. Sobre feminismo y postcolonialismo véase Harding, Sandra. *Sciences From Below: Feminisms, Postcolonialities, and Modernities*. Durham: Duke University Press, 2008.

⁴ Rosi Braidotti define al nomadismo como el tipo de conciencia crítica que se resiste a establecerse en los modos socialmente codificados del pensamiento y la conducta, ubicándose en una conciencia permanente de transgresión más que en el acto del desplazamiento físico, o el viaje. De allí se desprenden elementos esenciales para la consideración de las identidades como no esenciales y las estrategias de resistencia y subversión que dichos sujetos levantan. Véase Braidotti, Rosi, *Sujetos nómades*, Barcelona: Paidós, 2000.

⁵ Obligada cita a Evelyn Fox Keller. *The Mirage of a Space between Nature and Nurture*. Durham: Duke University Press, 2010.

las memorias y recuerdos de sus mujeres: *Les dones als orígens de Torreforta*⁶; a continuación dirigimos nuestros intereses hacia el problema del barraquismo en Tarragona, argumento que trabajamos todavía.⁷

Así, la problemática fue concretada y seguida inicialmente en función de quien observa la realidad que es, y que podría, habría o se querría que fuera –de acuerdo con un marco normativo propio y compartido por una comunidad. Se entiende que el «campo» –*field*– no es un lugar neutral, se reconocen las relaciones de poder en el proceso de investigación y se reivindica la interpretación a partir del conocimiento subjetivo –situado.⁸ Es decir, un posicionamiento afín en los momentos históricos, conocimientos encarnados, situados, parciales, críticos y compartidos, que pongan en discusión las formas de hacer ciencia y las conexiones políticas.

Tal como prevé la investigación feminista, la manera de abordar el estudio no es simplemente investigar sobre aspectos que afectan de forma única y exclusiva a las mujeres. Si bien existe una relación de poder estructural entre mujeres y hombres, que genera relaciones de subordinación, estas se configuran en desigualdades entre las personas y las situaciones, más allá de su propio sexo biológico. O sea, se puede emplear

⁶ Cuadrada, Coral & Gutiérrez, Esther (eds.). Tarragona. Cercle d'Estudis Històrics i Socials «Guillem Oliver» del Camp de Tarragona, 2014. Disponible en:

https://www.academia.edu/7815460/Les_dones_als_or%C3%ADgens_de_Torreforta_2014_ [Consulta 01.03.17]. También un documental dirigido por Coral Cuadrada, IP del Grupo de Investigación Por amor a la ciudad. Estudios Feministas. Disponible en:

http://www.tarragona.cat/patrimoni/fons-documentals/arxiu-municipal-tarragona/difusio/audiovisuals/per_amor_a_la_ciutat [Consulta 01.03.17].

⁷ Ha dado lugar a una exposición itinerante, disponible en: <https://www.tarragona.cat/patrimoni/fons-documentals/arxiu-municipal-tarragona/noticies/noticies-2016/larxiu-presenta-lexposicio-el-barraquisme-a-tarragona-fa-cinquanta-anys> [Consulta 01.03.17]. Un documental, disponible en:

<http://tac12.xiptv.cat/especials-tac12/capitol/documental-el-problema-del-barraquisme-a-tarragona> [Consulta 01.03.17]. Y primeras publicaciones: Cuadrada, Coral & Abajo, Susana. La asistencia al parto en condiciones adversas: matronas en las chabolas (Cataluña, 1945-1972). En Fernández Fernández, María Luz; García Martínez, Antonio Claret; García Martínez, Manuel Jesús (coords.). *Un siglo cuidando a la sociedad. Centenario del reconocimiento oficial de la Enfermería en España*. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria, 2015: 465-469. Y Cuadrada, Coral. Dios también anda entre cañas: Iglesia y moral en las chabolas. *Actas del Congreso Internacional Iglesia y Franquismo*. Tarragona: Universidad Rovira y Virgili, mayo 2015 (en prensa).

⁸ England, Kim V.L. Getting personal: Reflexivity, positionality, and feminist research. *The Professional Geographer*, 1994, 46 (1): 80–89; Ekinsmyth, Carol. Feminist methodology, en Shurmer-Smith, Pamela (ed.): *Doing Cultural Geography*. Londres: Sage Publications, 2002: 177–185. Como dice Donna Haraway, cuanto más se sitúe fenomenológicamente el sujeto en su propio texto, más fácil resulta entender aquello que describe y permite a la lectora o lector coincidir o disentir con las ideas de la obra sin tener que decapar las toneladas de retórica objetiva que dificultan una lectura profunda y comprometida. Para profundizar sobre el concepto de objetividad que teoriza Haraway, véase el capítulo 7: Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial, en *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra, 1995. Una aplicación consciente y epistemológicamente voluntaria en los apartados de posicionamiento de cada uno de los capítulos en Cuadrada, Coral; Lasheras, Ada; Marsal, Roser; Royo, Carlota. *Oikonomía. Cuidados, Reproducción, Producción*. Tarragona: Universidad, 2015. Disponible en:

https://www.academia.edu/19083347/Oikonom%C3%ADa._Cuidados_reproducci%C3%B3n_producci%C3%B3n_2015_ [Consulta 01.03.17].

metodología feminista para tratar cualquier tipo de investigación, siempre que haya implícita una voluntad clara de cambio y de transformación social. Las investigadoras feministas diferencian entre la investigación *sobre las mujeres* y la investigación *con las mujeres*, la que permite cuestionar y transformar la dimensión *mujeres* en los contextos actuales. Se arranca, en consecuencia, de una mirada fenomenológica de la realidad, de recogida de hechos y de dinámicas que se dan en una situación específica, en un entorno determinado. El peso que juega el contexto es fundamental, en tanto que los datos científicos que se reúnen están inevitablemente marcados por un espacio y un tiempo definidos y únicos, los cuales determinan la dificultad de obtención de informaciones objetivas. Es decir, la objetividad se pone en cuestión, de tal manera que no se ve como un elemento amenazante, sino que se intenta comprender y captar los filtros que hacen casi imposible trabajar con datos objetivos y *puros*, especialmente cuando usamos información cualitativa, pero también en menor grado con la cuantitativa –por lo que se refiere a las decisiones y el planteamiento previo a la recolección de datos.

Es decir, la MF implica un trabajo importante de análisis del contexto, que hace hincapié en aquellos tópicos sociales y culturales que se mantienen y que no se sustentan sobre proposiciones lógicas –por ejemplo: las mujeres están más capacitadas para el cuidado–, pero que todavía imperan en nuestra sociedad como creencias firmes. Hay que elaborar un análisis estructural previo sobre el problema de investigación y el entorno en el cual se fundamenta –la invisibilización de su participación–, para poder pasar a la fase de formulación de conocimiento transformador.⁹ Episteme que se construye socialmente y rehúsa la imagen de la investigadora como experta que controla el sujeto y el proceso de investigación.¹⁰

Partimos de la investigación-acción-participativa (IAP) para llegar a la investigación-acción-participativa-feminista (IAPF). Entendemos la IAP como un procedimiento que incluye simultáneamente la formación, la investigación científica y la acción política. Considera, además, el análisis crítico, el diagnóstico de situaciones y la práctica como fuentes de conocimiento. La IAPF implica también el retorno de la información a las personas que han colaborado en la ejecución, así como popularizar técnicas de investigación, mientras el objeto es al mismo tiempo sujeto o protagonista.

A través del pensamiento fronterizo, el post-decolonialismo, el conocimiento situado, el feminismo y otras racionalidades, llegamos a la IAPF, a partir de la cual entendemos la investigación como práctica feminista. Así ponemos más énfasis en el conocimiento que producen las mujeres, damos mayor valor e incidencia a las experiencias –no sólo a las reflexiones–, sino a la enseñanza que proviene de la experiencia. Hacemos hincapié en demostrar que se trata un proceso de co-investigación, que permite apoderar las mujeres que participan –por el proceso en sí y por la incidencia que después podrá tener–,

⁹ Longino, Helen E. *The Fate of Knowledge*. Princeton: Princeton University Press, 2002.

¹⁰ England, Kim V.L. *Interviewing Elites: Cautionary Tales about Researching Women Managers in Canada's Banking Industry* en Moss, Pamela (ed.). *Feminist Geography in Practice: Research and Methods*. Blackwell: Oxford, 2003: 200–213; Katz, Cindi. *The Expeditions of Conjerers: Ethnography, Power and Pretense*, en Wolf, Diane (ed.). *Feminist Dilemmas in Fieldwork*, Westview Press, 1996: 171–185.

mientras subrayamos que generamos un proceso vivencial, construido desde propuestas y retos feministas.

Los proyectos han considerado los siguientes entornos de investigación, que no han sido necesariamente consecutivos cronológicamente, sino que en varios casos se han solapado entre sí. Indico además las metodologías empleadas:

Ámbito 1: construcción del marco teórico, desde dos vertientes: en primer lugar, hemos de conocer, desde la historiografía, el urbanismo, la economía, la antropología y la sociología tradicionales lo que se conoce de lo que vayamos a investigar, aunque sepamos por adelantado que los enfoques eurocéntricos y androcéntricos definirán el acercamiento epistemológico y metodológico.¹¹ En segundo lugar, recogemos la máxima información de las aportaciones teóricas realizadas desde visiones feministas y de los estudios de mujeres y de género. Empleamos asimismo los métodos archivístico y bibliográfico, sistematizando diferentes repertorios de fuentes primarias y secundarias de información documental en apoyos varios –escrito, visual, oral– para facilitar la posterior revisión más detallada de los documentos, y extraer una lista de ítems que propicien los planteamientos teóricos. Todo esto conduce hacia la definición de un marco conceptual propio de la investigación y nos sitúa en un punto de partida acotado, justificado y consciente. Siempre considerando que ni los estudios tradicionales ni las aportaciones teóricas de las feministas son, en ningún caso, herméticos, absolutos, incuestionables o cerrados, sino al contrario: los entendemos en constante construcción, en especial los «estudios de mujeres», puesto que se basan en un conocimiento crítico a los paradigmas, producido por agentes directos de la cimentación colectiva de saberes compartidos.

Ámbito 2: trabajo de campo desde las narrativas, vivencias, experiencias y memorias de las mujeres. Se aplican los planteamientos teóricos que se han elaborado en el ámbito 1. En este segundo, como en todo el resto, se respeta la premisa básica de la construcción colectiva del conocimiento, siendo la función de las investigadoras saber presentar las cuestiones básicas de la investigación –que pueden plantearse como problemas clave–, facilitar espacios, momentos y encuentros para las reflexiones conjuntas e individuales, reelaborar las aportaciones teóricas recogidas de acuerdo con los objetivos del proyecto de investigación –y, posiblemente con otros colaterales que hayan ido surgiendo a lo largo del camino– y someterlos al consenso de las participantes.¹² Considero imprescindible para la investigación poder trasladar los razonamientos elaborados en las diferentes fases del proyecto e interseccionarlos con la documentación conseguida por un lado, y los relatos de las mujeres por el otro, para cumplir el compromiso del equipo con la

¹¹ DeVault, Marjorie. *Talking and Listening from Women's Standpoint: Feminist Strategies for Interviewing and Analysis*, *Social Problems*, 1990, 37 (1): 96–116; Stanley, Liz & Wise, Sue. *Breaking Out: Feminist Consciousness and Feminist Research*. London: Routledge and Kegan, 1993. Existen críticas y contribuciones realizadas desde varias posiciones feministas que resaltan orientaciones «masculinas dominantes» en la escritura dentro de las ciencias sociales, es decir, formas de escritura y representación que reproducen implícitamente formas de pensamiento y discursos dominantes.

¹² Como confiesa una de las investigadoras del equipo del barraquismo: «Durante las entrevistas normalmente intentaba valorar qué podía tener en común con la persona y lo hacía servir para conseguir un mayor sentimiento de confianza y de identificación».

investigación que exige el hecho de situarnos en una metodología feminista.

Ámbito 3: análisis del contexto, desde la consideración de dos ejes relacionados: a) la invisibilidad histórica de las experiencias de las mujeres y la minusvaloración de sus actividades, las esferas pública y privada, así como la nula constatación de la doble presencia femenina en los estudios de cariz androcéntrico; y b) la propia auto-desvalorización de las mujeres, de sus vivencias, saberes, actividades y participación en la vida cotidiana, consecuencia de las ideas de interiorización patriarcal, entre las cuales prevalecen la producción y el mercado sobre la sostenibilidad de la vida.

Para dar forma al marco contextual se utiliza el análisis crítico del discurso. Según Teun A. Van Dijk, el análisis crítico del discurso «es un tipo de investigación analítica sobre el discurso que estudia primariamente el modo en el cual el abuso del poder social, el dominio y la desigualdad son practicados, reproducidos, y ocasionalmente combatidos, por los textos y el habla en el contexto social y político. El análisis crítico del discurso [...] toma prácticamente partido, y espera contribuir de manera efectiva a la resistencia contra la desigualdad social».¹³ Con posterioridad a este análisis se hace imprescindible, siempre de acuerdo con la metodología del análisis crítico del discurso, contrastar el conocimiento que se está produciendo en los últimos años con relación a los temas tratados, ya sea desde la óptica de la Academia, ya sea desde las voces de las mujeres mismas. Las verdades son parciales y situadas y «todo el conocimiento se produce en circunstancias específicas, y estas circunstancias lo configuran de una manera u otra».¹⁴

Ámbito 4: elaboración de resultados, previa discusión y revisión. Una vez llevados a cabo los ámbitos de investigación 1, 2 y 3, y reunidas las historias de vida y narrativas, el trabajo retoma las hipótesis formuladas en el proyecto inicial, así como las que vayan emergiendo durante el proceso, para someterlas a contraste con el estudio de las fuentes trabajadas y las recopiladas a lo largo de la construcción del marco teórico.

En relación al posicionamiento del equipo de investigación y rigor científico, siguiendo la MF, se contemplan como condicionantes indispensables, para no caer en las trampas de la investigación convencional –como la de plantear una verdad única, por ejemplo– los criterios siguientes:¹⁵

- Tener presente que la investigación misma está imbuída de valores y, por lo tanto, se tiene que tener cuidado de como los resultados pueden contribuir a perpetuar o transformar dichos valores;
- Hacer partícipes a las mujeres y otros agentes de la investigación durante todo el proceso de diseño y de elaboración del conocimiento;

¹³ Discourse Studies. A multidisciplinary introduction; vol. 2, Discourse as social interaction. Londres: Sage, 1997: 23–36. Mi énfasis.

¹⁴ Rose, Gillian. Situating Knowledges: Positionality, Reflexivities and Other Tactics, *Progress in Human Geography*, 1997, 21(3): 305–320.

¹⁵ Wadsworth, Yolanda & Hargreaves, Kaye. What is Feminist Research?, en *Bridging the Gap: Feminisms and Participatory Action Research Conference*, Conference Papers, 22–24 de junio, 2001. Boston College, disponible en: <http://ggsc.wnu.edu/gap/wadsworth.htm> [Consulta 05.03.17].

- Asegurar que la temática de la investigación es una temática de interés compartido;
- Velar por las implicaciones de la investigación en las personas participantes;
- Entender los resultados de la investigación como un beneficio mutuo, que sobrepasa la comunidad científica y/o institucional;
- Criticar la conceptualización de la realidad en categorías binarias o dualistas;¹⁶
- Traspasar la idea de objeto de estudio a sujeto de estudio con relación a las personas que participan en la investigación, de acuerdo con el principio de transformación social;
- Incluir las experiencias de todas las mujeres fielmente y conforme a la premisa de un intercambio respetuoso y necesario para la construcción del conocimiento compartido;
- Poner atención al lenguaje conceptual, huyendo del lenguaje androcéntrico y sexista, así como de toda expresión o palabra discriminatoria;
- Evitar generalizaciones y estereotipos que recomponen los saberes compilados como verdades objetivas que se encadenan unas a las otras, siendo conscientes de que la investigación no busca ni encuentra verdades únicas;
- Saber captar la complejidad de la problemática y contextualizar los saberes;
- Garantizar la utilidad de la investigación y ponerla al alcance de las personas, con el objetivo de promover nuevas maneras de entender las cuestiones y de implicar a los y las participantes en la transformación social.

Además de tener en consideración los criterios hasta aquí citados, entiendo que las decisiones, en cuanto a los temas de accesibilidad, confidencialidad, adecuación, validez o fiabilidad de la investigación, en nombre del posicionamiento feminista, se convierten en razones a definir conjuntamente con las personas que contribuyen y aportan material para la investigación. Se incorporan igualmente estrategias de rigor científico¹⁷ propias de la investigación cualitativa:

- La credibilidad: las personas que colaboran en calidad de informantes reconocen los datos recogidos como informaciones fieles a sus exposiciones;
- El intercambio: en el caso de trabajar desde el mismo planteamiento metodológico, y con los mismos datos, otra investigadora tendría que llegar a

¹⁶ Como hombres = producción / puesto de trabajo / cultura / actividad / racionalidad; mientras que mujeres = reproducción / hogar / naturaleza / pasividad / emotividad. Son propias de una cultura androcéntrica, la que generó un pensamiento dicotómico en la ciencia, de exclusión de «el otro», en cuanto que esta dicotomía plantea uno de los extremos como el eje central a partir del cual se valora el otro. Se trata, pues, de una dicotomía asimétrica y jerárquica.

¹⁷ Guba, Egon G. & Lincoln, Yvonna S. *Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco: Jossey-Bass, 1991; idem. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications, 1985.

conclusiones idénticas o similares;

- La transferibilidad: reconoce la posibilidad de trasladar los resultados obtenidos a otras realidades similares a la seleccionada.

En el caso de investigaciones de carácter histórico que, al tratarse de épocas antiguas, no admiten el trabajo de campo como el que acabo de exponer hasta aquí, no por ello hemos de dejar de trabajar sobre la mayoría de las premisas y condicionantes enunciados, al contrario. Recordemos que la Antropología Histórica estudia las culturas y sociedades que ya no tienen voces vivas, por lo que depende no sólo del trabajo arqueológico sino también del trabajo documental en todas sus formas. A su vez no puede ignorarse que la Antropología ha provisto a la Historia de instrumentos conceptuales de gran valor, como acabamos de ver con la IAP. Pero hay algo aún más importante que se pone en evidencia, sobre todo en los últimos años, y es el espacio acotado donde pueden observarse los comportamientos de los hombres y mujeres desde una perspectiva micro, desde su singularidad, sin eludir la opción de realizar simultáneamente un ejercicio analítico, superando escalas, para generalizar o comparar. Además, el conocimiento del pasado, a fin de cuentas, nos es necesario para entender mejor nuestro presente, sabiendo de dónde venimos. Por consiguiente, definiendo también la utilización de la Antropología Histórica feminista como herramienta singular en el análisis aplicado a la Historia de la Enfermería, en especial poniendo de relieve el valor de la Historia en la recuperación de la memoria: la hermenéutica como método para la comprensión de las personas.

Siguiendo estos parámetros, he realizado varios estudios históricos¹⁸ con especial

¹⁸ Una de mis vías de investigación es la historia de la medicina. Véase Cuadrada, Coral & Del Prete, Annachiara. Gender and Care in Mediterranean Societies, two case studies (Italy, Spain): Analysis, diagnostic, new proposals. Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia, Nº 9, 2014:360-378. Disponible en:

https://www.academia.edu/7814132/Gender_and_Care_in_Mediterranean_Societies_two_case_studies_Italy_Spain_analysis_diagnostic_new_proposals_2014_ [Consulta 10.03.17].

Cuadrada, Coral. Cuidado, curación, salud: saberes de mujeres. *História: Questões & Debates*, (Curitiba, Brasil), 2014, n. 60: 229-253. Disponible en:

https://www.academia.edu/9403471/Cuidado_curación_salud_saberes_de_mujeres_2014_ [Consulta 10.03.17]. Cuadrada, Coral. Dar a luz: reflexiones sobre la maternidad. *Destiempos*, 2014, 40: 60-86. Disponible en:

https://www.academia.edu/10409162/Dar_a_luz_reflexiones_sobre_la_maternidad_2014_ [Consulta 10.03.17]. Cuadrada, Coral. El ejemplo del centro de planning de Tarragona (ayer) vs. Facebook (hoy), en I Coloquio Internacional Haciendo Historia: Género y Transición Política «Transiciones en marcha». Alicante: Universidad, 2015: 112-126. Disponible en:

https://www.academia.edu/11757583/El_ejemplo_del_centro_de_planning_de_Tarragona_ayer_vs_Facebook_hoy_2015_ [Consulta 10.03.17].

énfasis en los cuidados de la salud y en el papel de las matronas, desde la Edad Media a la actualidad, contrastando las informaciones ofrecidas por las fuentes escritas e iconográficas con las procedentes de la historia oral o, en su defecto, de las recogidas de diarios y correspondencia –que es otra forma de tratar la oralidad.

Deseo que mis análisis y acercamientos teóricos y metodológicos incentiven nuevas perspectivas y ayuden a revalorizar la Historia de la Enfermería, como se merece.

EL CUERPO: UNA VISIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO

THE BODY: A VIEW OF THE EVOLUTION OF THE CONCEPT

Cristina Jeremias

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

José Manuel Sobra

Instituto de Ciências Sociais de la Universidade de Lisboa

Maria dos Anjos Pereira Lopes

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, aposentada

PALAVRAS CLAVE: Cuerpo, Concepto de cuerpo, Historia.

RESUMEN: El presente artigo busca descrever la evolución delos conceptos de cuerpo al largo de los tiempos empezando en la sociedade clasica Grega hasta el seculo XX. Se a realizado una revisión narrativa sobre las consepciones del cuerpo construídas a lo largo de la historia del mundo occidental en el ya referido período histórico. Así, se a hecho una pesquisa documental en bases de datos eletrónicas y ademas en obras publicadas buscando autores de referência como: Arasse, Bordieu, Corbin, Crespo, Csordas, De Certeau, Duerr, Foucault, Tucherman e Vigarello. Este artículo muestra que, durante el proceso de construcción de la sociedad occidental, el cuerpo ha sido objeto de destintos cambios en relación con el concepto y su papel en la sociedad.

KEY WORDS: Body, Body concept, History.

ABSTRACT: This article describes the evolution of body concepts since the classic Greek society until the 20th century. It offers a narrative review on the conceptions of body in western history during the historical period above mentioned. In order to do it, a documental research was made in electronic data bases and published books, paying due attention to reference authors such as Arasse, Bordieu, Corbin, Crespo, Csordas, De Certeau, Duerr, Foucault, Tucherman e Vigarello. This article shows that, during the process of construction of western society, concepts related to the body and its social roles endured great transformations.

INTRODUCCIÓN

El cuerpo es el medio por el cual el individuo establece el contacto principal con el medio ambiente que lo rodea y lo que es una parte integral de una sociedad, cada cultura tiene su concepto de cuerpo y además tiene su lengua; como un lenguaje de este cuerpo refleja las reglas, normas, valores, rituales de interacción cotidiana y representaciones de cada sociedad en particular^{1,2}. El cuerpo se inserta en la vida diaria, en las relaciones entre los seres y el medio ambiente, y constituye un vehículo de comunicación, como a través de señales relacionadas con el lenguaje, los gestos, los tipos de prendas de vestir y formas de vestir, los medios a los que pertenecemos y nos relacionamos, permite la comunicación con otros³. En su subjetividad, el cuerpo mantiene constantemente la creación de formas de representar su cultura, sus deseos, afectos, emociones - su mundo simbólico.

La historia del cuerpo está diseñada en que cada sociedad y cultura, llevan el modelo y las normas propias del cuerpo y la belleza. De los patrones sociales, emergen el cuerpo de normas sociales, y la belleza de los patrones, sensualidad, encanto, la postura, la sanidad, la educación y la cordialidad, ofreciendo modelos individuales para construir como hombres y mujeres⁴.

El cuerpo expresa dimensiones de la sexualidad humana. Mauss⁵ llama la atención sobre las dimensiones sociales y culturales como expresión de sentimientos y gestos del cuerpo. La forma en que agitar las manos, abraza, se da la bienvenida a alguien, cómo y dónde besar, reflejan diferentes maneras para descubrir y utilizar el cuerpo. El autor señaló que la expresión de los sentimientos y la forma en que usamos el cuerpo están anclados en las normas colectivas y se organizan ritual y significados. A través de las culturas, clases sociales y géneros, podríamos seleccionar distintas formas de interpretar el mundo sensorialmente.

El Cuerpo en una ruta histórica

Los cambios en la concepción del cuerpo han sido atacados durante la trayectoria humana. De este modo, describimos las diferentes etapas del concepto de modificación del cuerpo, en la sociedad occidental, desde la edad clásica de Grecia hasta el siglo XX.

En la concepción griega

El cuerpo se percibe como un elemento de glorificación y diseñado en base a un ideal, formado y creado de acuerdo a su mejora. El cuerpo desnudo fue objeto de visualización y admiró la forma reveló la salud, la fertilidad y el atletismo. En la perspectiva griega helenística, cada edad tiene su belleza y capacidad física e intelectual contribuyeron a la perfección, con un cuerpo perfecto y hermoso tan importante como un intelecto brillante.

Las normas reguladoras de los cuerpos se les dio una perspectiva de sentido común y para evitar excesos. Los varones se le dio más libertad en cuanto a la forma de vestir. El cuerpo masculino podía caminar desnudos en los gimnasios y la ciudad debe caminar cubierta con ropa suelta para mantener el equilibrio térmico del cuerpo. Según Platón, la desnudez era visible en los cretenses y, según Tucídides, los espartanos. El historiador dice que en el siglo V antes de Cristo, la desnudez ahora era algo muy común⁶.

El cuerpo de la mujer debería cubierta baja con ropa ligera en casa, pero en las salidas a la calle para el cuerpo debe ser cubierto totalmente⁷. Contrariamente visto en Esparta, la desnudez de las niñas Espartanas era permanentemente un escándalo para los atenienses. Las jóvenes Espartanas aparecieron públicamente casi desnudas, las piernas desnudas y vestidos abiertos, provocativamente⁶.

En opinión de la Grecia clásica, Platón dio énfasis a la espiritualidad y el cuerpo divino, dándole tres dimensiones que expresan: el cuerpo racional, irracional y lascivos o sexy. En cuanto a la jerarquía, el cuerpo racional se le asigna un estatus más alto, ya que se encuentra en el cerebro, seguido del irracional, el nivel de las emociones y, finalmente, el cuerpo libidinal que se encuentra en el interior de su propio cuerpo. Además de la asignación de las dimensiones, Platón localiza la inmaterialidad del cuerpo dentro del cuerpo. Concebido el cuerpo como una cárcel para el alma y avanzando la idea de que el cuerpo sería subjetivo funciones, que se refiere a la importancia del hombre haciendo ejercicio regular para el alma sana que habita un cuerpo sano. En esta perspectiva, el filósofo argumentó que el cuerpo humano es el medio por el cual el alma entra en contacto con el mundo real, ya que es el *hábitat* del alma⁸.

En la perspectiva cristiana

Sobre las concepciones del cuerpo, San Agustín (Obispo de Hipona), en el siglo IV, era un representante de la concepción platónica de que el cuerpo es el *hábitat* del alma. En su obra, *breve historia del cuerpo y sus monstruos*, Tucherman⁷ informa que la idea teológica de este Santo era que la visión del cuerpo, como fuente de pecado, se llevó a cabo en la sociedad, en la que el cuerpo desnudo fue cubierto por la pesada capa de vergüenza. Con el cristianismo, el cuerpo es sólo una manifestación de la belleza, como en la época helenística, para una manifestación del cuerpo escondido, el cuerpo del pecado, el cuerpo "prohibido".

Debido al don de la ubicuidad del Dios de los Cristianos, hombres y mujeres tenían la obligación de mantener sus cuerpos ocultos. Incluso en conexión íntima entre las parejas, el cuerpo debe estar completamente cubierto. Un cuerpo descubierto es un pecado⁷.

En la Edad Media

El dominio del Cristianismo influyó los conceptos y la experiencia del cuerpo. Con el estado para ser considerando, universalmente, una institución cristiana, Rosario⁴ además afirma que la unión entre la iglesia y la monarquía hizo hincapié en la rigidez de los valores morales, lo que ha dado lugar a una nueva concepción de cuerpo. El hombre medieval tenía una posición de contenido, ya que la religión limita cualquier manifestación más flojo.

La visita a este período de la historia, nos encontramos con un organismo controlado por la represión y el castigo. Uno de los pensadores de tiempo, Santo Tomás de Aquino, en contra de la perspectiva de Platón, une el cuerpo (materia) y alma (forma) en un hecho importante, que le da un lugar importante en la Creación, ya que se une simultáneamente al dimensión material y la dimensión espiritual. Para el tomismo, el cuerpo educado, como para sufrir una metamorfosis, se convierte en el santuario del alma, revelando de esta manera la supremacía del alma sobre el cuerpo. En esta perspectiva, Thomas puso el

cuerpo a un nivel más alto de valor muy cercano al nivel del alma. Al dar énfasis, de una manera conceptual, que la existencia del alma depende del cuerpo, la perspectiva tomista conduce el pensamiento de la opinión de que existe una relación de interdependencia entre el alma y el cuerpo, sin embargo, conserva el respecto a esta banda de inferioridad⁹.

El cuerpo es visto como una gracia ya la consagración religiosa, con el apoyo de la imagen del sagrado cuerpo de Jesucristo, el Salvador de los pecadores y al mismo tiempo un cuerpo detallado, miserable y humillado, basado en el cuerpo de los pecadores expiados mediante el sacrificio de la pasión. En este momento histórico, estamos asistiendo al cambio de diseño de la concepción Platónica como la prisión del alma al cuerpo representado como una ropa de pecado para la ropa pecaminosa del alma, un hábitat de pecado que necesita corrección, porque se corre el riesgo de perder. Según la fundación cristiana el cuerpo se convierte en culpables e inmoral y necesita ser subyugado y se purifica a través del castigo, con el fin de convertirse no sólo en el santuario del alma cómo la mantener el bien del alma por encima de los placeres terrenales¹⁰⁻¹².

Había miedo en el cuerpo en pecado, el miedo del cuerpo y sobre todo un temor para el cuerpo femenino, diseñado como un instrumento para la ruina del hombre. Aunque el cuerpo de la mujer fue vista como un cuerpo propiedad de las asechanzas del diablo y el subordinado de elevación del cuerpo masculino y devoción, oscilado entre el bien y el mal. El pozo fue ligado a la reproducción, la castidad, el significado de la Virgen María y el cuidado de la familia y el mal estuvo representado, por la sexualidad, carnal, la prostitución y la degradación sexual. El cuerpo cristiano oscilaba entre la exaltación y la represión, el culto y la humillación, el material y lo espiritual, era el brillo del alma aprisionada en el cuerpo de pecado¹⁰⁻¹².

A pesar de que en la Edad Media ha surgido una concepción del cuerpo controladas por la represión y el castigo, en las sombras de la sociedad era una realidad en la que el cuerpo fue expuesto públicamente - balnearios medievales. Los baños de las mujeres y los hombres públicos apareció desnuda o parcialmente desnuda, pero tuvo que usar espacios separados o si utilizan el mismo espacio tendría que hacerlo en momentos específicos para cada sexo. Cuando un hombre entró en el espacio femenino o situación *voyeurista*, tal acto era considerado un delito y se castiga⁶. Aunque la realidad anterior era el más común, el autor se refiere a la existencia de fuentes históricas que los ejemplos de registros situaciones en las que hombres y mujeres, que no se sientan en el mismo baño, asistieron al mismo espacio de los baños turcos e incluso al mismo tiempo. En el caso de los baños tomadas con elementos del mismo sexo o del sexo opuesto, los hombres y las mujeres no estaban completamente desnudos, los hombres desnudavam la región nadegueira y las mujeres los pechos. Aún así, si los elementos del sexo opuesto estaban juntos y se bañaron, los hombres cubrien la región genital. Más tarde, en el mismo tiempo histórico, se ordenó en las casas de baños, los hombres tienen que llevar pantalones cortos y las mujeres una amplia y larga túnica, con el fin de no exponer a regiones corporales íntimos⁶.

El cuerpo como sinónimo de pecado continuó haciendo su camino marcado hasta el siglo XIX. En la sociedad occidental y cristiana, la aparición de individuos y familias de las buenas costumbres y morales estaba relacionado con la santidad¹¹. De esta manera el

cuerpo tuvo que ser completamente cubierto, por lo que los hombres y las mujeres se presentaron vestidos con ropa que cubra el cuerpo por completo.

El constructo corporal promedio de edad media, fue superado por el movimiento del renacimiento con el redescubrimiento del cuerpo. A partir del siglo XVII, con la consolidación de la Modernidad, el cuerpo es reemplazado por un nuevo papel social y la historia.

En la Era Moderna

Los avances técnicos y científicos despertaron el interés en la razón científica y la búsqueda del conocimiento. El pensamiento centrado en Dios se pasa al hombre que comprende antropocéntrica como el centro de investigación en seres humanos, y el universo debe ser diseñado de acuerdo a su relación con él mismo. En esta perspectiva, la nueva visión del cuerpo pasa a través del cuerpo descrito y analizado, y el cuerpo anatómica y biomecánica.¹³ Los principios de convivencia en sociedad se fueran diferenciando progresivamente, de los que estaban vinculados a la iglesia y las normas de funcionamiento de la sociedad, en la era moderna, ahora están dictadas por la razón¹⁴.

El redescubrimiento del cuerpo en la época del Renacimiento es visible en las obras de Leonardo Da Vinci, Miguel Ángel y muchos movimientos científicos y culturales, en el que las obras de los artistas fueron valorados de forma simultánea con el pensamiento científico y el estudio del cuerpo^{8,10}.

La actividad física debe ser determinada sobre la base del sistema de normas estrictas ya que la disciplina y el control del cuerpo han sido reconocidos como principios básicos, así como refiere Crespo¹⁵, buscando lograr un cuerpo sano comenzó a dominar la voluntad de los individuos, para convertirse en subordinados al estado.

La dualidad de los conceptos de cuerpo y mente a guiar el diseño de la concepción en la era moderna, lo que refleja la influencia de las concepciones de la época clásica. Sin embargo, Descartes (siglo XVII) parece desear separar definitivamente los conceptos del cuerpo y la mente. Para este filósofo y físico, el ser humano se compone de dos esencias: un pensamiento, el alma, la razón y otros materiales, el cuerpo como una esencia diferente del alma. En la perspectiva cartesiana, los ideales de la Ilustración dieron énfasis al alma, elevándola a expensas del cuerpo, poniéndolo en un nivel inferior, que está en consonancia con la necesidad de manejo y propiedad del cuerpo, que delimita el hombre como un ser de plástico y explotación, a través del cuerpo para servir a la razón¹⁶.

A partir del siglo XVII con el sistema capitalista comercial, la forma de producción ha llevado a un cambio en las relaciones entre los sistemas de fabricación y de los trabajadores. Con el inicio de la revolución industrial (siglo XVIII) y la visión capitalista, el cuerpo presentaba una forma oprimida y controlable. El cuerpo fue recreado como motor para generar y acumular capital en el sentido de que el cuerpo se guiará por una nueva forma de poder - el poder de la disciplina - adoptada por las principales instituciones sociales, con el fin de someter el cuerpo a un control lo hace, actuando manera arrogante sobre el tiempo, el espacio y la coordinación de los movimientos del cuerpo. En esta perspectiva, el movimiento mecánico - la reacción y el flujo sanguíneo nervioso - causó una comprensión secular del cuerpo, en contra de la vieja idea de que el alma era la

fuerza de su energía^{14,17}.

Con el crecimiento del capitalismo industrial en el siglo XIX con la revolución tecnológica y la producción en masa, hubo una normalización de los gestos y movimientos del cuerpo, llegando a otras dimensiones sociales como la educación del cuerpo, que está siendo guiada por el técnico y la producción interés. De esta manera, el cuerpo humano se convierte en un valor en la economía y la producción, lo que requiere el cuerpo para estar sano con el fin de lograr una mayor capacidad de producción y adaptarse a los nuevos estándares de belleza, para consumir mejor. Como al largo de la Historia, en la Modernidad las sociedades promovieron un cuerpo estándar y belleza propia, así como, en la actualidad, existe una clara tendencia a la sobrevaloración de la apariencia, lo que hace que la gente a buscar formas corporales considerada ideal para se aceptan admirado en la sociedad. Sin embargo, la normalización de los conceptos de belleza establecidos por la necesidad de utilizar la nueva tecnología surgió la normalización de la producción, dio lugar a una marcada limitación, tanto en términos cualitativos y cuantitativos, las experiencias del cuerpo del hombre contemporáneo⁴.

Debido a la comunicación de masas, el cuerpo deja de ser reimpreso por el dibujo, la pintura y la escultura y, con el fin de llegar a un mayor número de personas, ya que pasa **del siglo XX**, el cuerpo comienza a ser jugado en serie para la fotografía y el cine TV⁴.

La visualización del cuerpo es un tema desarrollado por la historiadora Anne-Marie Sohn. Según Sohn¹⁸, esbozada desde Belle Époque, "*le recul de pudeur corporelle s'accélère dans l'entre-deux-guerres et s'épanouit durant les Trente Glorieuses*"¹, el cuerpo tiene que ser visualizado en el vestuario, las películas con Brigitte Bardot, que aparece desnuda en "Y Dios creó a la mujer", de Roger Vadim en 1956, comenzó a ser cada vez más suelto con la disociación entre sexualidad y la reproducción a través de la introducción de la píldora anticoncepcional, aprobada en 1960 en los Estados Unidos. La dietética contemporánea, las intervenciones quirúrgicas para fines estéticos y la liberación de los cuerpos de placer, muestran el siglo XX, en un corto período de la historia, una gran metamorfosis en relación con el cuerpo. Uno de los cambios fue la aparición de control del cuerpo a través de hedonismo, una vez que el cuerpo fue controlado por la represión sexual, ahora existe la opinión de que el control se lleva a cabo por la libertad sexual, el placer, y el ocultamiento de control represivo. En respuesta al levantamiento del cuerpo "*nos encontramos con una nueva inversión que no más cómo controlar la represión, sino el control de la estimulación, se desnudan tiene, pero es delgado, guapo y bronceado*"¹⁴. El movimiento de búsqueda del cuerpo perfecto puede ser entendido como una ideología, cuyos valores se convierten en un medio para controlar a la gente, que ejecuta el culto al cuerpo de esta manera, como una herramienta de control.

El desarrollo de la biología, la genética y la medicina a contribuido profundamente a la concepción y la categorización del cuerpo y su categorización estética. En el siglo pasado ha habido una clara tendencia a la sobrevaloración de la apariencia, lo que motiva a la gente a buscar formas corporales son aceptados y admirados por la sociedad y la cultura

¹ Traducción libre: "el descenso de la pena corporal se acelerará en el período de entreguerras y se difunde durante los treinta años gloriosos".

en el que operan. Vigarello¹⁹ explica que la industria de la belleza tiene una influencia en las actitudes de la gente, lo que lleva a buscar el nivel de belleza en vigor, independientemente de las ganancias o pérdidas que pudieran hacer. Las noticias relacionadas con el cuerpo y la belleza de este cuerpo provienen de la maravilla en la búsqueda de las nuevas tendencias en el ejercicio físico, la multiplicidad de las dietas "extraños" para la cosmética, cirugía plástica y estética, las nuevas e innovadoras técnicas estéticas, que prometen un cuerpo hermoso e ideal. En la sociedad de consumo el cuerpo se idealiza objeto, sino también la estigmatización objetivo potencial, si no cumple con las normas establecidas por la sociedad y los medios de comunicación.

Consideraciones finales

En todas las épocas de la historia hubo diferentes concepciones del cuerpo. A lo largo de la historia, el cuerpo humano ha sido abordado de diferentes maneras, definida por Platón como una cárcel para el alma, el cuerpo fue percibido como un cuerpo de pecado por el pensamiento judeocristiano, dirigida como una entidad separada en cuenta la perspectiva cartesiana y porque en la era moderna, como un objeto de las ciencias médicas¹⁰⁻¹². En el siglo XX vio el cuerpo de revolución, de importes relacionados con la belleza, la higiene, la salud, el ejercicio, la nutrición y el placer, han dado otra perspectiva de la orientación a un conjunto de comportamientos en la sociedad, proponiendo nuevos estilos de vida, más disponible para la diversidad, sino también respecto narcisista y hedonista a la experiencia del cuerpo.

El cuerpo expresa los valores y principios en todas las sociedades y el estudio de este tema nos lleva a reflexionar, debatir y construir hipótesis de los nuevos descubrimientos en la forma en que es conceptualizado, desde la Grecia clásica hasta la actualidad.

REFERENCIAS

1. De Certeau M. *Histoires de corps*. Esprit. 1982; 62:73-74.
2. Daolio J. *Da cultura do corpo*. Campinas, São Paulo: Papirus; 1995.
3. Braunstein F, Pépin JF. *O lugar do corpo na cultura ocidental*. Lisboa: Piaget Editora; 1999.
4. Rosário NM. [Mundo contemporâneo: corpo em metamorfose](http://www.comunica.unisinos.br/semiótica/nisia_semiotica/conteudos/corpo.htm). [Internet]. 2004 [citado 31 março 2015], Disponible en http://www.comunica.unisinos.br/semiótica/nisia_semiotica/conteudos/corpo.htm.
5. Mauss, M. (1980), *Les Techniques du Corps*. En: Mauss, M. *Sociologie et Anthropologie*, Paris: PUF; 1980.
6. Duerr H P. *Nudez e pudor*. Lisboa: Editorial Notícias; 2002.
7. Tucherman I. *Breve história do corpo e dos seus monstros*. Lisboa: Veja; 2004.
8. Dumont A, Preto E. *A visão filosófica do corpo*. *Escritos educ*. [Internet]. 2005 [citado Maio de 2011]; 4(2):7-11. Disponible en: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo>.
9. Nunes CA. *Desvendando a sexualidade*. Parirus: Campinas; 2005.

10. Arasse D. La chair, la grâce, le sublime. En: Vigarello G. Histoire du corps: 1. De la Renaissance aux Lumières. Paris: Éditions Points; 2011, p. 431-500.
11. Corbin A. L'emprise de la religion. En: Corbin, A. Histoire du corps: 2. De la Révolution à la Grande Guerre. Paris: Éditions Points; 2011, p. 53-86.
12. Gélis J. Le corps, L'Église et le sacré. En: VIGARELLO, G. Histoire du corps: 1. De la Renaissance aux Lumières. Paris: Éditions Points; 2011, p. 17-113.
13. Mandressi R. Dissections et anatomie. En: Vigarello, G. Histoire du corps: 1. De la Renaissance aux Lumières. Paris: Éditions Points; 2011, p. 327-350.
14. Foucault M. Microfísica do poder. 4ª ed. Rio de Janeiro: Edições Grall; 1984.
15. Crespo J. A História do Corpo. Lisboa: Difel; 1990.
16. Koyré A. Do Mundo Fechado ao Universo Infinito. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.
17. Porter R, Vigarello G. Corps, santé et maladies. En: Vigarello, G. Histoire du corps: 1. De la Renaissance aux Lumières. Paris: Éditions Points; 2011, p. 351-391.
18. Sohn AM. Le corps sexué. En: Vigarello, G. Histoire du corps: 3. Les mutations du regard. Le XX^e siècle. Paris: Éditions Points; 2011, p. 95-132.
19. Vigarello G. História da Beleza. Lisboa: Editorial Teorema; 2005.

**LA ENFERMERÍA, EN CADA ETAPA HISTÓRICA,
REPRESENTA LOS VALORES DE LA SOCIEDAD A LA QUE CUIDA**

**NURSING, AT EACH HISTORICAL STAGE,
REPRESENTS THE VALUES OF THE SOCIETY IT CARES FOR**

Noemí Herrero-Portilla

Enfermera. Docente formación no reglada

Jose A. Martín-Amador

Profesor Escuela Nacional de Policía

PALABRAS CLAVE: Enfermería, Valores, Sociedad, Códigos deontológicos.

RESUMEN: El estudio realizado ha tenido los objetivos de comprobar si los valores que guiaban los cuidados a principio del siglo XX son los mismos que señalan nuestros códigos deontológicos y si estos, realmente, son resultado de las necesidades de salud de la persona y de la sociedad del momento.

Se ha realizado una revisión de las guías éticas en la actualidad y un estudio con revisión bibliográfica de la primera mitad del siglo XX.

Los resultados obtenidos demuestran que algunos valores fundamentales se mantienen, sin embargo, la sociedad no es la misma, ha habido cambios recogidos en los Códigos Deontológicos están vivos que se mantienen vivos.

KEY WORDS: Nursing, Values, Society, Codes of Ethics.

ABSTRACT: The study carried out has had the objectives of verifying if the values that drove health care in the early twentieth century are the same that are set out in our professional Codes of Ethics, and whether they are really resulting from the specific needs of the health of both people and the society of the time.

A review of some Codes of Ethics in the present time has been done and a study through a literature review in the first half of the 20th century.

The results obtained show that some fundamental values are maintained, nevertheless, the society is not the same that contemporary. There have been changes which have been taken in Codes of Ethics and are alive.

INTRODUCCIÓN

La enfermería en España se distingue por su evolución a lo largo de un camino largo y tortuoso, que ha condicionado convertirla en la disciplina que actualmente es, con una interesante historia y que en la actualidad, goza de reconocimiento y prestigio. Esto se ha conseguido gracias a su adaptación tanto a la sociedad, como al sistema de gobierno imperante en cada momento, logrando una fusión socio-cultural con la población de la que muy pocas profesiones pueden alardear. Fusión palpable al conectar, sociedad y enfermería, en los valores existentes en cada momento histórico.

La enfermería ofrece unos cuidados, que se modifican y adaptan a las necesidades de la salud requeridas por la sociedad en cada momento histórico. La sociedad española, evoluciona, en unos momentos más lentamente y en otros con una velocidad desenfrenada para una cultura, como en el primer tercio del siglo XX, cuando suceden acontecimientos que condicionan el panorama social, comenzando por la crisis del 98 y siguiendo con el reinado de Alfonso XIII, luchas obreras, desastre de Annual, pistolero, Dictadura de Primo de Rivera y la Segunda República.

Todos esos acontecimientos acabaron por reconfigurar poco a poco el sistema de valores imperantes en España, si bien acontecimientos posteriores volvieron a girar el compendio de lo que la sociedad consideraba más importante, la Guerra Civil Española. Esos avatares calan en la población de tal manera, que la llevan a priorizar unas necesidades sobre otras, asumiendo una serie de obligaciones y requisitos que también servirán para marcar el camino a seguir por la profesión de enfermería.

DESARROLLO

Los duros y ajetreados primeros años del siglo XX tuvieron en España, una constante en cuanto a la realidad social se refiere, la mayoría de los sucesos se encaminaban a la búsqueda y consecución de un término que en aquellos años no se utilizaba y que en la actualidad es indispensable: "calidad de vida", protegida y asegurada por el cuidado. La lucha del proletariado, de los jóvenes por no ser enviados a la guerra, de las madres por dejar de sufrir la mortalidad infantil, los padres por buscar un futuro mejor para sus hijos... Se iba consiguiendo, poco a poco, aumentar la esperanza de vida así como iba descendiendo la mortalidad infantil. La sociedad comenzaba pues, a reclamar esa misión de la tarea enfermera, mejorar las condiciones de vida.

El Estado colaboró en ciertos momentos y consiguió conectar con el sentir popular y enfermero, así en 1899, la Ley de Sanidad, se justifica por: *"Necesidad muy sentida es la de reformar la actual Ley de Sanidad, ... no llena hace tiempo las condiciones que la opinión de las autoridades en la materia y la general del país, los progresos de la higiene y el ejemplo de las Naciones cultas reclaman de consuno"*.

Con la llegada del siglo XX la enfermería en nuestro país comenzó a despegar, se sucedieron normas y leyes para consolidar la profesión de enfermería. Durante ese recorrido los profesionales de los cuidados enfermeros del momento: matronas, practicantes, enfermeras religiosas, Damas de la Cruz Roja y enfermeras, demuestran constantemente su valía y sus valores para cuidar a la bulliciosa sociedad española.

En "el arte de cuidar a los enfermos", un manual *para uso de las enfermeras religiosas*, se argumenta: *"Toda la ciencia médica tiene una sola y suprema finalidad: curar al enfermo; mas el instrumento inteligente de esta curación no es el mismo hombre de ciencia, sino la enfermera, que tiene á su inmediato cuidado la continua observación de las variaciones ocurridas en el curso de una dolencia y la concienzuda aplicación de los medios curativos ordenados por el médico"*.

En este principio de siglo, está muy presente la doble labor que en especial tenían los encargados del cuidado de la salud, por un lado el cuerpo dañado por la enfermedad o las heridas y por otro el alma con sus consabidas particularidades y dolencias propias.

Se observaba la influencia moral que estas enfermeras tenían, sobre una población totalmente condicionada por el sentir y el fervor religioso, quedando patente lo importante que eran sus acciones, debían unir a un trato perfecto, gran bondad, paciencia angelical y además desinterés a toda prueba. Curaban así, o cuando menos proporcionaban un notable alivio, que era muy demandado y necesario por la población de la época, sobre todo en los momentos finales de la vida, en los que las enfermeras religiosas, permanecían junto a los moribundos, podían *"apacar los temores"*, disminuyendo la angustia de esos momentos, tanto a ellos como a sus familiares. Se desprenden de lo narrado, valores como el sacrificio, la abnegación, la dedicación, el desinterés, ... todos ellos muy apreciados por la sociedad a la que se debían, y muy presentes en la vida diaria de quienes tenían que aplicarlos constantemente para poder sacar adelante a sus hijos.

A medida que evolucionaba el siglo, se buscaba la regeneración y el progreso profesional, a la vez que se demandaba a la administración que especificara claramente los deberes y derechos de los practicantes y enfermeros. Con la llegada de la 2ª República, empezó a cambiar el panorama y se prestó atención a la relación de los enfermeros con los pacientes y a la conducta que debía guiarles.

Durante la Guerra Civil Española, ha habido, escasez de higiene, de alimentos, de sábanas y pijamas, de ropa de abrigo y medicamentos como antibióticos y anestésicos, ..., con demandas que casi siempre eran urgentes y carencias en infraestructuras sanitarias. La organización con estas carencias era muy complicada y como consecuencia había una mayor mortalidad por las infecciones y las epidemias.

Los conflictos armados, han servido para el desarrollo de la ciencia, la tecnología y el avance de distintas sociedades y culturas. La fundadora de la Enfermería Moderna, Florence Nightingale, se dio cuenta en la Guerra de Crimea que las epidemias como el cólera causaban mayor mortalidad que las heridas de guerra y por eso le daban importancia al cuidado del entorno del paciente, la luz, el aire puro, la tranquilidad, la temperatura y la dieta adecuadas.

En la Guerra Civil española había dos bloques contendientes con ideologías enfrentadas. En este período las enfermeras eran voluntarias, novias, hermanas y madres de soldados con buena voluntad pero desconocimiento en el cuidado de los heridos y enfermos "Se fomentaban en el cuidado del enfermo los valores de abnegación y bondad." Eran voluntarias por altruismo, convicciones políticas ó voluntad de ayudar. Se encontraban: Monjas, como las Hijas de la Caridad y Hermanitas de los Pobres,

Enfermeras de la Cruz Roja. Enfermeras del Socorro Rojo Internacional, Enfermeras de otros países, como las inglesas ("Spanish Medical Aid Committee"), Enfermeras capacitadas mediante cursillos acelerados: E. de guerra, E. de campaña y E. militares y una mayoría que adquiriría la técnica y aprendía a curar en los hospitales de campaña, en ocasiones sustituidas por sanitarios.

Las tareas que desempeñaban estas enfermeras consistían en: hacer las camas y calentarlas con bolsas de agua caliente, servían las comidas, acompañaban al médico en las visitas, cuidaban la higiene de los pacientes y de su entorno, curaban las heridas, controlaban las constantes, vigilaban el estado general de los pacientes, atendían partos, identificaban a los heridos, la enfermera de quirófano montaba y esterilizaba el instrumental, afeitaba y limpiaba la región operatoria.

Las Hijas de la Caridad debían tener unos determinados valores, lo que llamaban cualidades físicas, morales e intelectuales: la abnegación, la obediencia, amor al trabajo y pulcritud, el tratar con cariño y amabilidad al enfermo, frases de cariño y consuelo decían que eran mejor que las medicinas. En su opinión una persona delicada no debía dedicarse a esta profesión "por ser un trabajo rudo y repugnante en general (Con la gracia del Omnipotente todo se consigue)." Eran las encargadas de realizar las operaciones que se les ordenara, sin modificarlas en lo más mínimo.

Según Trinidad Gallego, enfermera durante la contienda, las monjas hacían que todo funcionara mejor al tener una comunidad muy jerarquizada.

Las Enfermeras de la Cruz Roja se encontraban con gran responsabilidad, cerca del dolor y con mucha inexperiencia. Como atender a un joven soldado que cuando se despertara había que decirle que se había quedado ciego y a una madre que iba a perder su tercer hijo por la guerra y ya sólo le quedaba su nieto. Su respuesta era "Yo a lo mío, curar y no pensar".

Voluntarias del Servicio Sanitario de las Brigadas Internacionales, como Gusti Jirku en "Nuestra Lucha contra la muerte". Relata cómo las enfermeras estaban acostumbradas a trabajar bajo las explosiones de las bombas y a la falta de recursos intentando adaptarse al entorno, como en el caso del nacimiento de un niño mientras se oían las bombas y un cajón lleno de algodón era transformado en una cuna y una botella y un chupete se convertían en un biberón. En su relato se percibe como trabajaban de acuerdo a su ideología y valores, ocupándose, en muchas ocasiones de "hacer la muerte más llevadera" a los heridos. Hablaban en plural " Cantamos la Internacional, nuestra canción, en todos los idiomas de nuestros corazones: con amor y odio, con entusiasmo de lucha y de muerte y con una fe inquebrantable". "Salud, camaradas, gritamos todos. Después se marcharon los soldados, los médicos y enfermeras cada uno a su trabajo".

Voluntarias en el Frente Nacional, como Priscilla Scott-Ellis .Limpiaban colegios para convertirlos en hospitales, requisaban lo que les pudiera servir, desembalaban, hacían café y camas, las calentaban, daban inyecciones, participaban en las intervenciones quirúrgicas,... Mucho trabajo y pocas horas de sueño y descanso. Convivían con el dolor, la dureza y la miseria, sin conocimientos técnicos pero entrega absoluta.

Sus experiencias en España la marcaron, participando a comienzos de la 2ª Guerra

Mundial, en una unidad de ambulancias en Francia y estableciendo y regentando un hospital para polacos en Escocia.

El Dr. Riu quiso hacer un arquetipo de hospital en el Monasterio de Montserrat, tomó la decisión de excluir a las enfermeras con la oposición de los soldados y de todas las enfermeras, que fueron sustituidas por sanitarios con el objetivo de ganar disciplina.

Estas enfermeras se apuntaban como voluntarias por solidaridad y de forma altruista ó por sus ideas políticas, con buena voluntad pero sin capacitación profesional. Se curaba, sin distinción de trato, en el hospital de campaña, de ambos bandos.

RESULTADOS

A principios del s. XX en España, la ética profesional no está recogida, no existen unos principios mínimos para guiar la actividad profesional enfermera, por ello, los valores que guían el ejercicio profesional cambian según la moral ó la ideología de la persona que ejerce los cuidados.

La ética que guía el ejercicio profesional depende del momento, del tipo de organización, del bando en los conflictos armados.

La ideología del bando vencedor supone una revalorización social y profesional de la Enfermería ejemplos tenemos tras la guerra de Crimea con las ideas de Florence Nightingale ó tras la 2ª Guerra Mundial con el impulso a la Enfermería en EEUU, pero puede suceder una vuelta atrás, con el retorno a roles domésticos y religiosos en los cuidados.

En este período de la historia existe una división sexual del trabajo, la mujer no puede trabajar, ni tener estudios superiores, los cuidados en este período se dejan a la mujer por ese rol de cuidadora tradicional, vocacional y de dedicación.

Hasta el primer tercio de siglo no se crean las Escuelas de Enfermería y emerge ésta como profesión. En la 2ª República se produce el desarrollo de la enfermería de carácter laico tras años de cambios en las estructuras sanitarias del país y en la reglamentación de enseñanzas y titulaciones, se intenta profesionalizar la enfermería y se habla de enfermeras y enfermeros. Las religiosas continúan con sus cuidados guiadas por sus valores religiosos y por lemas como "Oír, ver y callar". Todas las enfermeras estaban condicionadas a las órdenes del médico, siempre hombre.

En esta etapa se encuentran recomendaciones sobre la actitud y los valores que deben tener las personas que se dedican a los cuidados, valores que se han mantenido en el tiempo por su importancia como la honradez y la discreción. Pero hay otros valores que han cambiado como ha cambiado la sociedad en España. La sociedad no acepta o no debe aceptar que la mujer esté por debajo del hombre a nivel profesional. La mujer y el hombre pueden ser médicos o médicas, enfermeros ó enfermeras si así lo desean. Los valores de la sociedad han cambiado en este siglo, la mujer puede desarrollarse y prepararse con los estudios que elija y alcanzar la profesión que desee. En la actualidad la enfermera está capacitada a nivel profesional para realizar funciones que le son propias y asumir su responsabilidad al hacerlo, tiene su autonomía profesional. Otro cambio importante se refiere al enfermo, de una sanidad totalmente paternalista, pasamos a una organización

sanitaria donde la persona cuidada es libre de decidir y controlar la atención que se le presta tras conocer, toda la información que necesite, antes de prestar su consentimiento y en la que la enfermera debe asegurarse de que la persona cuidada es libre para tomar esa decisión y está en condiciones de poder hacerlo.

Cambios en la sociedad y cambios en la forma de prestar los cuidados pero valores universales y fundamentales como la libertad, el derecho a la vida, a la seguridad y a la protección de la salud se han mantenido a lo largo del período de la historia estudiado. Valores profesionales como el respeto, la disponibilidad, la educación en salud, la empatía y compasión por la persona y el cuidado del entorno y conductas personales adecuadas también han sido una constante en la historia de los cuidados.

A lo largo de la historia, la enfermería ha sido guardiana de los valores fundamentales y universales. La enfermería forma parte del entramado social, es necesario el toque humano y la preparación técnica y científica para prestar unos cuidados de enfermería de calidad.

CONCLUSIONES

La Enfermería es una profesión viva y con capacidad de adaptación, siempre ha seguido creencias y valores imperantes en la sociedad del momento. La ideología y estos valores han influido en la organización sanitaria y en la realización de las tareas de enfermería que sigue creciendo, teniendo como guía para el ejercicio de una enfermería profesional el código deontológico salvaguarda de los valores fundamentales y de nuestros valores profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

L. Grenet. Arte de cuidar a los enfermos. Editor Gustavo Gili. Barcelona. 1903.

Josep Bernabeu, Encarnación Gascón. Historia de la enfermería de la salud pública en España (1860-1977). 1ª Edición. Publicaciones de la Universidad de Alicante. 1999.

Silvia Martínez Antón. La asistencia sanitaria en la Guerra Civil Española: las enfermeras en la Cruz Roja. Trabajo de fin de grado. Universidad de Cantabria. 2016.

Idoia Martín Ugalde. Historia del cuidado y del papel de la enfermería durante la Guerra Civil Española: España y el País Vasco. Trabajo de fin de grado. Escuela Universitaria de Enfermería Leioa. 2015.

Francisco Hernández Martín, Ramón Gallego Lastra. La enfermería en la Historia, un análisis desde la perspectiva profesional. Cultura de los cuidados. 2º semestre año I, nº 2. 1997.

Actas de la IV asamblea de practicantes. Salón de actos del Colegio de Médicos de Madrid. Del 13 al 15 de mayo de 1907.

Programa oficial de estudios para obtener el certificado de aptitud de "enfermero en psiquiatría". Gaceta de Madrid. nº 141, de 20 de marzo de 1932 p. 1335.

Orden del Ministerio de la Gobernación sobre los estudios de los enfermeros psiquiátricos. Madrid. 16 de mayo de 1932. Gaceta de Madrid nº 141 de 20 de mayo de 1932. p. 1334 y 1335.

Ley de Bases para la formación de la Ley de Sanidad del Ministerio de la Gobernación. Madrid 19 de junio de 1899. Gaceta de Madrid nº 178 de 27 de junio de 1899. p. 1129-1131.

Manuel Amezcua. Enfermeras en la Guerra Civil Española. Impresiones y testimonios. Index de Enfermería/Invierno 1996. Año V.N.15: 9-18.

Alejandra A. González, Andrea Soriano. "Orgullo de Enfermeras". EL País, domingo 16 de febrero de 1997: 14.

Scott-Ellis P. Diario de la guerra de España .Barcelona: Plaza & Janés. 1996.

Antonio Linage Conde. En torno a las enfermeras de la Guerra Civil. Hiades, Revista de la Enfermería, nº 5-6, 1998/1999.

Manual de la Carrera de Enfermeras para uso de las Hijas de la Caridad Españolas. Casa Central. Calle de Jesús, 3, Madrid, 1925.

Manual de la Enseñanza de Enfermeras por Mariano Fernández- Corredor y Chicote.

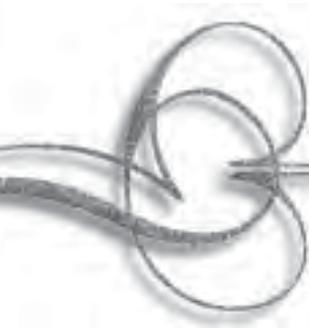
Curso de 1917 A 1918 .Facultad de medicina de Valladolid.

Ejército del Norte. Asturias. Sanidad Militar. Reglamentación General Hospitalaria.

<http://www.drac.com/cac/199904/19990415.html> 20/02/01 "Cara a cara" por Víctor Colomer.

Código Deontológico de la Enfermería Española. 14 de julio de 1989. Código Deontológico Europeo de la Enfermería.

Código Deontológico elaborado por el Consejo Internacional de Enfermería 1973. Revisión 2005. Revisión 2012.



Capítulo 10

La Enfermería: miradas desde el Presente



LA ENFERMERÍA ESCRIBIENDO LA HISTORIA: TRIGÉSIMO ANIVERSARIO DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD (1986)

ACTUAL NURSING WRITING THE HISTORY: 30TH ANNIVERSARY OF THE "LEY GENERAL DE SANIDAD" (1986)

Isidoro Jiménez Rodríguez

Universidad Rey Juan Carlos. Departamento de Enfermería

PALABRAS CLAVE: Legislación, Historia, Enfermería.

KEY WORDS: Legislation, History, Nursing.

RESUMEN: Cuando dentro de algunas décadas, tal vez siglos, los profesionales enfermeros que nos sucedan traten de analizar el momento actual de su profesión, sin duda les surgirán interrogantes que no les será fácil responder. En primer lugar, puede que se les planteen dudas a la hora de considerar la lenta aplicación de los directrices que señala la actual Ley General de Sanidad y la consideración del paciente como centro del sistema sanitario. Concluimos en que no resulta fácil delimitar los factores o intereses que impiden que se estén siguiendo algunas directrices legislativas.

ABSTRACT: In some decades, maybe centuries, the nursing professional that are following us will try to analyze the actual moment of their profession, doubtlessly they will have some questions that will not be easy to answer. Firstly, they may have some questions at the time of considering the slow application of the guidelines as actual "Ley General de Sanidad" shows and the consideration of the patient as the centre of the health system. We conclude that it is not easy to delimit the factors or interests which hamper some legislative guidelines are been followed.

INTRODUCCIÓN

La Enfermería en España esta evolucionado en un proceso de adaptación a las políticas sanitarias. A veces nos puede parecer que estos cambios se producen a un ritmo muy lento, e incluso que llegamos a procesos involutivos. Para reflexionar en torno a los factores que pueden estar influyendo en que los cuidados enfermeros no estén valorados como deberían dentro de nuestro sistema de salud, consideramos oportuno realizar un análisis sobre las normativas que sustentan su práctica profesional. A partir de dicho estudio, pretendemos aventurar las apreciaciones que pueden tener las futuras enfermeras y enfermeros cuando, pasados los años, traten de analizar el momento presente de su profesión.

Sin duda que la mirada histórica de quienes pretendan acercarse a la Enfermería de hoy tendrá en cuenta la vigente Ley General de Sanidad de 1986 (LGS, en lo sucesivo) y el enfoque preventivo de la enfermedad y de promoción de la salud. No menos importante es la universalización de la atención sanitaria que establece, además de hacer al paciente responsable de su salud, dándole opción de opinar y orientar su proceso asistencial.

Esta norma ha sido aceptada plenamente por las enfermeras y enfermeros, que tradicionalmente han luchado por defender los intereses de los pacientes. Es más, la LGS, como veremos más adelante, viene a refrendar y en cierto modo, a fundamentar la aportación enfermera al sistema de salud. Podemos llegar a decir que dicha legislación marca innumerables caminos nuevos para la evolución del rol cuidador.

Por el contrario, algunas otras profesiones sanitarias, con el protagonista que adquiere el propio paciente a través de la LGS, han venido a perder ciertos estatus de dominio y poder.

A lo largo de estos treinta años de vigencia de la LGS han ido apareciendo diversas normativas que tienen por objeto materializar los fines recogidos en la misma, como la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS, en lo sucesivo) o el Real Decreto por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos del Sistema Nacional de Salud (RDCM, en lo sucesivo). Todas estas disposiciones están suponiendo importantes cambios en la práctica enfermera y su rol de prestación de cuidados.

No menos importante resulta el desarrollo académico del programa formativo enfermero en las últimas tres décadas, hasta alcanzarse el actual Grado en Enfermería. Formación que no se entendería si no se hubieran previsto diversas líneas de especialización, dada la diversidad de aspectos y actuaciones que engloban los cuidados. Esto se materializó con el Real Decreto de especialidades de Enfermería (RDEE, en lo sucesivo).

Nos preguntamos si las actuales metas de nuestra sanidad, como son las acciones preventivas y de promoción de la salud, junto a las reglamentaciones señaladas, han elevado a la profesión enfermera hasta el nivel deseable de desarrollo, autonomía y reconocimiento social. Para responder a esta pregunta, proponemos la consideración de la LGS y otras disposiciones legales que afectan al colectivo enfermero, como documentos o fuentes históricas, lo que nos permite un análisis heurístico, así como una interpretación y búsqueda de un sentido (hermenéutica). Es decir, pretendemos adelantarnos a la

posible interpretación del momento actual de la Enfermería que harán, dentro de muchos años, las enfermeras que nos sucedan.

La ley General de Sanidad de 1986

A partir de su promulgación, la prioridad del sistema sanitario español se orienta hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades (LGS, art. 3). Estas metas resultan novedosas, pues hasta entonces la política sanitaria perseguía la curación de las enfermedades.

Las actuaciones de la Administración se centran, a partir de entonces, en la promoción de la salud. Y ello lleva consigo, promover *“el interés individual, familiar y social por la salud”*. Esto, a su vez, favorece que *“las acciones sanitarias que se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas”* (LGS, art. 6).

Se cambia el concepto de “enfermedad”, por otro más amplio de “pérdida de salud”. Las Administraciones Públicas Sanitarias garantizan la atención *“en todos los casos de pérdida de salud”*. Es decir, se facilita una prestación sanitaria “integral” para todos los ciudadanos. Esta incluye la *“rehabilitación funcional y reinserción social del paciente”*.

Finalmente, estas orientaciones de la Administración en materia sanitaria, también deben asegurar *“el principio de igualdad entre mujeres y hombres”* (LGS, art. 6).

La LGS también propone una serie de actuaciones para conseguir las metas propuestas. Señala, en primer lugar, la *“adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria”*, pues entiende que ello es fundamental para *“la mejora de la salud individual y comunitaria”*. Dirige lo que denomina *“atención primaria integral de la salud”*, a *“la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad”*, aparte de *“las acciones curativas y rehabilitadoras”*. Cita también como campo importante donde desarrollar sus acciones la asistencia sanitaria especializada, estableciendo en la misma tres ámbitos: domiciliario, hospitalario y rehabilitación (LGS, art. 18).

Otras actuaciones que se reflejan, con interés para las enfermeras, son la *“promoción y mejora de la salud mental”*; la *“protección, promoción y mejora de la salud laboral”*; o los programas de atención *“a grupos de población de mayor riesgo”*, de *“protección frente a factores de riesgo”* y de *“prevención de las deficiencias”*.

Este giro en las políticas de la sanidad supone que el personal de los distintos ámbitos sanitarios se haya tenido que adaptar a las nuevas estrategias, adoptando nuevas formas de actuación, que les resultan novedosas. Su labor debe guiarse en *“la valoración del estado de salud de la población”*, de forma que *“se disminuyan las necesidades de atenciones reparadoras de la enfermedad”* (LGS, art. 86). Se pretende, por lo tanto, pasar de una atención centrada en el hospital, a otra que fomenta la *“atención primaria”*.

Las repercusiones de la LGS para el personal de enfermería han sido descritas por Ortega Martínez y Sánchez González. En primer lugar la actuación enfermera queda desvinculada del lugar donde se realiza (hospital, ambulatorio, consultorio, etc.) para quedar definida por los tipos de necesidades de los usuarios, sanos o enfermos, que son objeto de sus cuidados. Implica también un cambio de su propia actitud y del comportamiento ante los usuarios, pasándose de la subordinación a la práctica médica y

la atención a la enfermedad, a una autonomía y control de su propia práctica que le permita fomentar el interés del usuario por su propia salud. Igualmente la enfermera es la máxima responsable de las decisiones y actuaciones en su ámbito de actuación.

Otras disposiciones legales

Guardan también una relación muy directa con la práctica enfermera otras normativas. Nos referimos a la que coordina las profesiones sanitarias y a la que regula la especialización en el ámbito de los cuidados.

La Ley de ordenación de las profesiones sanitarias.

Vio la luz en el año 2003 y recoge que corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería, el dirigir, evaluar y prestar los cuidados de Enfermería. Y esta atención sanitaria deberá estar orientada *“a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”* (LOPS, art. 7a). Esto viene a reconocer la plena autonomía de la enfermera en su actuación profesional. Amplía los conceptos de promoción y prevención de la salud, con los de su mantenimiento y recuperación.

De esta forma se define la atención de cuidados enfermeros, dotándola de una misión específica dentro del proceso asistencial, y considerándola como una profesión plenamente definida, con una labor específica.

También hace referencia esta legislación a la forma de relacionarse los distintos profesionales para llegar a la *“atención sanitaria integral”* que se persigue. Esto supone, *“la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial”*. Todo ello, para evitar *“el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas”* (LOPS, art. 9, 1).

Otro aspecto que recoge esta ordenación es el trabajo en equipo, constituyendo este una unidad básica, configurada por los profesionales y el resto del personal de las organizaciones asistenciales. Su estructura puede estar configurada por una o varias profesiones (LOPS, art. 9, 2). Con respecto a su articulación se hará de una forma jerarquizada o colegiada, basada en los criterios de conocimientos y competencias. También se tendrá en cuenta la titulación de los integrantes, la actividad concreta a desarrollar, la confianza y conocimiento recíproco de sus miembros, o los principios de accesibilidad y continuidad asistencial (LOPS art. 9, 3).

- Real Decreto sobre especialidades de Enfermería.

El reconocimiento legal de los distintos campos donde la Enfermería desarrolla su trabajo, es sin duda otra forma de considerar su aportación al proceso asistencial. Tradicionalmente tales especialidades se han ido creando para cubrir las necesidades de la esfera médica, favoreciendo que la labor enfermera se entendiera como una tarea auxiliar (laboratorio, nefrología, radiología, etc.)

La norma que regula el acceso al título de Enfermero Especialista fue publicada en 2005, proponiendo los siguientes siete campos de especialización: Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona); Enfermería de Salud Mental; Enfermería Geriátrica; Enfermería del Trabajo; Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos; Enfermería Familiar y

Comunitaria; y Enfermería Pediátrica.

Este nuevo enfoque de la actividad profesional se vertebra, como podemos observar, en la especificidad de los cuidados que son necesarios en las diferentes etapas de la vida (nacimiento, niñez, edad adulta y persona mayor). Se abarcan también otros campos de actuación enfermera, ya plenamente consolidados, como son la salud mental y los ámbitos laboral y hospitalario.

Hasta la fecha la implantación de la especialización en Enfermería se lleva a cabo de una forma muy lenta, no reconociéndose el esfuerzo formativo que supone para quienes la realizan.

- Real Decreto por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos del SNS.

Aunque muy desconocida por muchas enfermeras, esta norma resulta muy importante de cara a su desarrollo profesional. Posiblemente sean muy restringidos los ámbitos donde se esté aplicando plenamente a día de hoy, pero supone un refrendo a la obligación de utilizar la metodología enfermera.

Este Decreto sobre datos mínimos (RDCMD, en lo sucesivo) exige que haya siempre a una enfermera responsable de la prestación de cuidados, la cual debe reflejar en la historia clínica del paciente la metodología (enfermera) que ha empleado. Es decir, les obliga a establecer un diagnóstico, a reflejar un plan de cuidados y a constatar los resultados obtenidos (RDCMD, Anexo VII).

La utilización de los diagnósticos enfermeros (NANDA), junto a la planificación de intervenciones (NIC) y la medición de los resultados (NOC), suponen unas herramientas que dan rigor científico a la actuación enfermera.

Este informe de cuidados de enfermería, forma parte de los documentos de la historia clínica de cualquier usuario de nuestro Sistema Nacional de Salud, de forma independiente (RDCMD, 3).

El Grado Universitario en Enfermería

No podemos conocer la situación presente de la Enfermería sin repasar, aunque sea brevemente, la evolución que han tenido sus estudios en los últimos treinta años. Somos muchos los enfermeros y enfermeras que hemos partido en nuestra andadura profesional con el título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). Esta titulación vino a cerrar una larga y triste etapa de enfrentamiento fratricida entre los antiguos practicantes y las enfermeras, y por ello, a pesar de tan desafortunada denominación, supuso un nuevo rumbo en nuestra historia.

Aunque en 1953 se unificaron los estudios de enfermeras, practicantes y matronas (Decreto de 4 de diciembre), no será hasta dos años más tarde cuando se regule un plan



Figura 1. Metodología enfermera.

de estudios para los ATS (Orden de 4 de julio de 1955). La integración en la Universidad de las Escuelas de ATS, como Escuelas Universitarias de Enfermería, tiene lugar en 1977 (Real Decreto 2128/77).

Poco después comenzará un camino tortuoso para quienes quieran estar al día en la titulación enfermera en España. Me refiero a la creación del título de Diplomado Universitario en Enfermería, consecuencia de la política europea en materia de enseñanza (Directiva del Consejo, 77/453/CEE) y el posterior Curso de Nivelación de conocimientos de los ATS (Real Decreto 111/1980), indispensable para acceder a la nueva titulación. La mayor parte de los ATS españoles han realizado esta actividad formativa.

Pero algunos sectores de la Enfermería española, principalmente el docente, echaría de menos la falta de la Licenciatura en Enfermería. Una solución es cursar otras materias o segundos ciclos universitarios que les permiten acceder a la Licenciatura en Historia, Sociología, Psicología o Antropología Social. A finales de los noventa del pasado siglo, algunas Universidades españolas ofertarán Títulos Propios de Enfermería, equivalentes a la Licenciatura.

Ya más recientemente, la Conferencia Nacional de Directores de Escuelas de Enfermería, va a dar los pasos necesarios para la implantación del Grado en Enfermería, nivel de estudios que al igual que para el resto de carreras universitarias, abre el paso para que una enfermera pueda alcanzar el grado de Doctor.

Consideraciones finales

Planteamos en las líneas siguientes una posible interpretación del momento actual que vive la Enfermería en España, bajo la visión de un profesional que se siente miembro de un colectivo independiente y autónomo, que trabaja en equipo junto a otros colectivos sanitarios. Es decir, por una enfermera o enfermero del futuro.

Después de tres décadas de vigencia de la LGS comienzan a surgir voces sobre la conveniencia de ser sustituida por una nueva norma. Y ello nos lleva a considerar si se han agotado ya las líneas de actuación que sustentan la misma. Si frente al “prevenir mejor que curar”, resulta que ahora, “curar es mejor que prevenir”.

Detengámonos en una de estas opiniones que propugnan el cambio, nos referimos a la Fundación Bamberg. Señalar que algunos de sus miembros forman parte del Consejo Asesor del Ministro de Sanidad, órgano este, donde no hace falta advertir, que no hay ninguna enfermera. La noticia la recogemos en el diario digital Acta sanitaria de 7 de marzo de 2017 y refiere la presentación del libro “La renovación de nuestro sistema sanitario”, en el que participo el Secretario General de Sanidad, Ignacio Para. Este último llegó a decir que los planteamientos y retos actuales no se corresponden con los existentes en 1986. Evidentemente que ha cambiado, y mucho, la atención sanitaria en los últimos treinta años, pero no tanto para afirmar que los principios de la LGS estén obsoletos.

Por el contrario, la altura de miras de la LGS se pone de manifiesto en estar enfocada en el paciente. Alguien podrá decir que solo se menciona una sola vez a la Enfermería en su extenso texto, frente a las numerosas menciones al sector médico, pero nadie puede negar que la “promoción de la salud” y la “prevención de las enfermedades”, términos

que repite en numerosísimas ocasiones, guardan una relación con el ámbito de los cuidados enfermeros. Esto hace que nos preguntarnos por que esta ley no ha propiciado que la Enfermería haya alcanzado un protagonismo de primer orden en el espacio sanitario.

La LOPS ha cumplido sus trece años de vigencia y resulta fundamental para entender el contexto en el que desarrollan su trabajo las enfermeras. Define en primer lugar su rol o campo de actuación que son los cuidados, garantizando, además, que estos puedan ser dirigidos y evaluados por ellos mismos. Su cometido es promocionar, mantener y recuperar la salud, además de prevenir las enfermedades y discapacidades. Todo ello, en perfecta consonancia con los fines de la LGS.



Figura 2. Manuales del Curso de Convalidación para ATS.

Otro aspecto de interés de la LOPS es la forma de “cooperación multidisciplinaria” que establece entre las distintas profesiones sanitarias.

Nunca como ahora la Enfermería ha tenido unas pautas tan precisas sobre su campo de actuación profesional. Ninguna otra parcela sanitaria como los cuidados enfermeros presenta un futuro de desarrollo tan esperanzador, si tenemos en cuenta el envejecimiento de la población y la cronicidad de muchas enfermedades. Puede que en el futuro nos podamos preguntar porqué no estamos aprovechando esta circunstancia.

Finalmente, puede, que pasado el tiempo, no se encuentre una relación coherente entre el ámbito académico alcanzado por la Enfermería actual y la participación de la misma en la gestión sanitaria y las políticas de salud. O incluso, por que este colectivo profesional no da valor a su propio trabajo, considerando su participación en el proceso sanitario al mayor nivel.

Resulta muy difícil romper culturas e inercias en el ámbito sanitario, pero la Enfermería puede y debe aportar sus puntos de vista a la administración, la cual debe tenerlos en cuenta. Por otro lado, esta última, no puede seguir promoviendo la “invisibilidad de la Enfermería”, ignorando que es el grupo profesional sanitario mejor valorado por la sociedad.

No es fácil de explicar porqué no se siguen algunas directrices sanitarias, las cuales implicarían un mayor desarrollo profesional. Tal vez, con el paso de los años, esta problemática pueda ser vista y analizada bajo perspectivas diferentes.

BIBLIOGRAFÍA

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Martínez Vidal, LE Cantero González, ML. Informe de cuidados de enfermería, revisión de su situación actual. *Enfermería Global*. 2013 (32): 336-345.

Ortega Martínez C, Sánchez González N. Nuevos planteamientos de la salud y las

profesiones sanitarias. En: Hernández Martín, F. (Coord.). Historia de la enfermería en España. Madrid: Editorial Síntesis; 1993. p. 299-308.

Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.

Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

Sellán Soto MC. La profesión va por dentro. 2ª ed. Madrid: Fuden; 2010.

ACTUACIÓN Y PRÁCTICA DEL ENFERMERO AUDITOR PARA MEJORAR LA CALIDAD DE SERVICIO EN LA SALUD: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

ACTION AND PRACTICE OF THE NURSE AUDITOR TO IMPROVE QUALITY OF HEALTH SERVICES: AN INTEGRATED REVIEW

Jaqueline Vieira de Oliveira

Enfermera graduada por la *Universidade Salgado de Oliveira*
Postgrado en Enfermería del Trabajo

PALABRAS CLAVE: Auditoría, Auditoría de Enfermería, Calidad de la Asistencia a la Salud.

KEY WORDS: Audit, Nursing Audit, Quality of Health Care.

RESUMEN: En enfermería, el registro es una importante herramienta en la auditoría para alcanzar calidad en sus servicios. Objetivo: Identificar en la literatura la actuación y práctica del enfermero auditor visando mejorar la calidad de servicios. Método: Realizar una revisión integrativa fundamentada en datos, siendo 50% de la *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) y 50% de la base *Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde LILACS*. Resultados: Tras el análisis, fueron halladas 356 publicaciones en las bases de SCIELO y de la LILACS, pero, solo 15 registros atendieron a los criterios objetivados. Consideraciones Finales: Observamos la importancia del completo registro de enfermería.

ABSTRACT: Nursing registration is an important tool in the audit so that better quality can be achieved in the service. Objective: To identify in the literature the performance and practice of the nurse auditor to improve the quality of the service. Method: This is an integrative review carried out in the databases, being 50% in the Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and 50% in the electronic database Latin American Literature in Health Sciences LILACS. Results: After the analysis of the thematic, 356 publications were found in the databases of SCIELO and LILACS, however only 15 records met the inclusion criteria. Final Considerations: The importance of the complete nursing record was observed.

INTRODUCCIÓN

La auditoría en enfermería visa analizar, de manera crítica, la calidad de la asistencia prestada y comparar el atendimento con padrones de atendimento y utilización de recursos preestablecidos, estimulando cambios siempre que sienta necesario. Para la institución, el grande beneficio de la auditoria es poder verificar los resultados de sus planes de acción, o sea, se fueron alcanzados o no, direccionando, así, mejor el planeamiento y obteniendo mejor control de los costos.¹

La auditoría en enfermería puede ser definida como “la evaluación sistemática de la calidad de la asistencia en enfermería, verificada a través de las anotaciones también de enfermería en la historia clínica del paciente y/o de las propias condiciones de este”². En la actualidad, la auditoría es adoptada como una herramienta de control de los costos y de evaluación de la calidad de la asistencia a la salud³.

La Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) regula tiempos, movimientos y materiales necesarios para la práctica de los cuidados, permitiendo así que el planeamiento sea rehecho, siempre que sea necesario. La Auditoría de Enfermería (AE), a su vez, es la referencia para la evaluación de la relación costo-beneficio, desafío que no puede ser olvidado, pues representa un importante instrumento de control de la calidad de la asistencia prestada. Como actividades complementares, la SAE y la AE consagran la excelencia del atendimento mismo, mejorando por consiguiente, el gerenciamiento del cuidado⁴.

En esas anotaciones, hay que constar ítems como: hora y rubrica del profesional responsable, como determinado en el Código de Ética, así como en la Resolución COFEN-358/2009, que dispone sobre la sistematización de la asistencia de enfermería y a la implementación del proceso de la categoría⁵.

Frente a lo expuesto, se hace necesario contestar a la siguiente pregunta de la investigación:

¿Cuál debe ser la actuación y práctica del enfermero auditor para mejorar la calidad del servicio en la salud?

OBJETIVOS GENERALES

Identificar en la literatura la actuación y práctica del enfermero auditor para mejorar la calidad del servicio en la salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de la revisión integrativa; para el desarrollo de la revisión, fueron seguidas seis fases en el proceso: la primera, la proposición de un cuestionamiento norteador de la investigación. En la segunda, la búsqueda o amostraje en la literatura (delimitados los criterios de inclusión y exclusión, elección de las bases de datos y biblioteca virtual). En la tercera fase, la coleta de los datos, en la cuarta, la realización del análisis crítico de los datos, en la quinta una discusión de los resultados y por fin en la sexta fase, la presentación de la revisión integrativa.

Fueron adoptados los criterios de inclusión en las publicaciones disponibles en su

íntegra. Fue recortado el periodo comprendido entre 2009 a 2015, en el idioma portugués (de Brasil), siendo estudios originales y de revisión, con metodología de abordaje cuantitativa y cualitativa.

De los quince artículos seleccionados, que correspondieron a los criterios de inclusión, 50% fueron hallados en el SciELO y los otros 50% en la LILACS. Todos los estudios (100%) fueron publicados en los últimos ocho años y escritos en lengua portuguesa.

RESULTADOS Y DISCUSIONES

En Brasil, en los años de 1990, la ley de nº8.080, responsable por la creación del Sistema Único de Salud (SUS), presentado sus directrices y principios, estableció la necesidad de la creación del Sistema Nacional de Auditoría (SNA) como instrumento de fiscalización. El decreto de nº 1.651, de 28 de septiembre de 1995, reglamentó el SNA y definió las competencias en los tres niveles de gestión: federal, estadual y municipal. La resolución COFEN de nº266/2001, aprueba actividades del enfermero auditor que dispone como su competencia privativa el ejercicio de sus actividades: organizar, dirigir, planear, coordinar, evaluar, prestar consultoría, auditoría y emisión de pareceres a respecto de los servicios de auditoría de enfermería⁶.

Aún en el Brasil de la década de los 90, se inicia el proceso de acreditación hospitalaria con la publicación del manual "Acreditación de Hospitales para la América Latina y Caribe". Entre 1998 y 1999, el ministro de la salud inició un proyecto de divulgación sobre la acreditación hospitalaria en Brasil. Fueron seleccionadas 27 capitales para que fueran ministradas las palestras sobre los procesos y beneficios de la acreditación. En mayo de 1999 fue fundada la Organización Nacional de Acreditación, la ONA, siendo esta una organización privada sin fines lucrativos y de interés colectivo, con el objetivo de implementar nacionalmente un proceso permanente de mejoría en la prestación de servicios de salud⁷.

Conforme determinado en Brasil, en el artículo 33 de la Ley Orgánica de la Salud, en su inciso 4º afirma que:

El Ministerio de la Salud acompañará, a través de su sistema de auditoría, la conformidad a la programación aprobada de la aplicación de los recursos repasados a los estados y ciudades. Constatada la malversación, desvío o no aplicación de los recursos, cabrá al Ministerio de la Salud aplicar las medidas previstas por ley. Con la necesidad de la creación de un órgano que asumiera esta responsabilidad, fue creado, por la Ley nº 8.689/93, reglamentada por el Decreto-Ley nº 1.651/95, el Sistema Nacional de Auditoría (SNA)⁸.

Los estudios se pudo verificar el proceso de trabajo del enfermero auditor en diferentes campos de actuación: auditorías internas y externas en servicio privado y auditoría en servicio público. En este proceso fue realizada la lectura integral de los textos seleccionados y con la intención de facilitar el proceso de comprensión, fue creada una tabla (figura 1) con los datos sobre los artículos.

A continuación están relacionados los artículos recortados como índice de muestra de estudio, organizados en la figura 1, donde se podrá visualizar las publicaciones referentes al tema adoptado:

Figura 1 – muestran los títulos, autores, periódicos y año de publicación, los cuales hacen parten de la calidad de servicio del enfermero auditor en salud.

TÍTULO	AUTORES	PERIÓDICOS	AÑO	RESULTADOS
Auditoría de enfermería y la calidad de la asistencia a la salud: una revisión de la literatura.	Silvia Helena Henriques Camelo, Aline Pinheiro, Domitila Campos, Tatiana Lentz de Oliveira.	Rev. Eletr. Enf.	2009	Auditoría de la calidad de asistencia con reducción de costos, agregando los valores financieros a los valores cualitativos. Mejorar la asistencia de enfermería debe ser el enfoque de atención del equipo de enfermería.
Tendencias de las funciones del enfermero auditor en el mercado en salud.	Clarice Aparecida Ferraz, Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Carmen Silva Gabriel.	Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis.	2010	Se observa una proyección de cambios, incorporando la evaluación de la cualidad de la asistencia.
La práctica de la enfermera en auditoría en salud.	Karina Araújo Pinto, Cristina Maria Meira de Melo.	Escola. Rev Gaúcha Enferm.	2010	Los contactos con el equipo asistencial son realizados a partir de la detección de errores. Las enfermeras auditoras internas ofrecen distintas énfasis a la importancia de esta actividad fiscalizadora. Clasificación: <i>acción y educación continuada en auditoría</i> . La identificación y notificación de los errores del grupo
Análisis de la producción científica nacional sobre auditoría de la enfermería en el ámbito hospitalario.	Rúbia Olinhg Spengler Trevisan, Eniva Miladi Fernandes Stumm.	Revista Eletrônica Acervo Saúde	2011	La auditoría en enfermería es un campo prometedor para el mantenimiento de la calidad de la atención y la garantía de una cobranza adecuada de los servicios hospitalarios.
Auditoría como estrategia de evaluación de los registros de enfermería en unidad de internación pediátrica.	Liliane de Abreu Rosa Luciana de Assis Caetano Selme Silqueira de Matos Dener Carlos dos Reis	J. Health Inform.	2012	La auditoría de la historia clínica pacientes es un método sencillo y eficaz para evaluar sistemáticamente la calidad de los registros de los técnicos de enfermería, lo que permite la focalización de las acciones de formación del personal de enfermería a través de la educación continua
Evaluación de la calidad de las prescripciones de enfermería en hospitales de enseñanza pública	Gelena Lucinéia Gomes da Silva Versa; Ana Yassuko Murassaki; Larissa Gutierrez da Silva; Dagmar Willamowius Vituri; Willian Augusto de Mello; Laura Misue Matsuda.	Cogitare Enferm	2012	Estudios apuntan para la necesidad de enfermeras y líderes que actúen en el proceso de atención, reevaluando su práctica, buscando asumir como su eje dar forma sistemáticamente al proceso de enfermería (PE) y, con esto, el PE como un instrumento que actúa a favor de la enfermería y de la calidad de su trabajo (cuidado)

TÍTULO	AUTORES	PERIÓDICOS	AÑO	RESULTADOS
Calidad de la asistencia de enfermería en unidad de terapia intensiva de un hospital escuela.	Rômulo Botêlho SILVA, Marisa Dias Rolan LOUREIRO, Oleci Pereira FROTA, Fernanda Barrios ORTEGA, Carlos César Bontempo FERRAZ.	R. pes.: cuid. fundam. Online	2013	Este estudio es un paso fundamental en la planificación de estrategias y acciones encaminadas a mejorar la calidad de la asistencia prestada.
La producción científica sobre auditoría de enfermería y calidad de los registros.	Araújo de Medeiros, Fernanda Aparecida Soares Malveira, Raimunda Medeiros Germano	Revista Contexto & Saúde	2013	Proporcionar datos para mejorar los programas y la calidad de los cuidados de enfermería. La obtención de datos para programar actualizaciones del personal de enfermería a través de un programa de educación continuada del grupo.
Auditoría de prescripciones de enfermería de un hospital de enseñanza paulista: evaluación de la calidad de la asistencia.	Gisele Giuliane Guedes, Danilo Donizetti Trevisan, Kátia Stancato	R. Cont. Fin. USP	2013	Se observó que las prescripciones de enfermería no cubrían las características específicas de cada paciente, siendo restringidas a los cuidados básicos. Por lo tanto, se espera que, para una calidad de ejecución cuidadosa, esto debe ser prescrito con la misma propiedad. Tratar de conocer y satisfacer a las necesidades de los pacientes con el fin de proporcionarles bienestar, es el primer paso hacia la calidad.
Auditoría de enfermería em centro quirúrgico.	Driely Reis de Oliveira, Sílvia Maria Jacinto, Cibele Leite Siqueira	Rev. esc. enferm. USP	2013	Los registros de enfermería son la principal herramienta de medición de la calidad y el método para una posible cobranza, pero a menudo suele ser trivializada por el mismo personal de enfermería.
Auditoría en enfermería – una herramienta en la calidad de la asistencia de salud: una revisión integradora	Morgana Cristina Leôncio de Lima	RAS	2014	Auditoría en enfermería tiene carácter contable y mercadológico. Completar la historia clínica y documentos es la base para la medición de las fallas y posibles cambios en el proceso de trabajo con el fin de mejorar los servicios. El profesional enfermero tiene un papel importante en la elaboración de intervenciones para reducir las altas tasas de glosas.
Calidad de los registros de enfermería en terapia intensiva: evaluación por medio de la auditoría retrospectiva.	Elaine Fátima Padilha, Maria do Carmo Fernandez, Lourenço Haddad, Laura Misue Matsuda.	RAS	2014	Son considerados de calidad los siguientes registros con sus respectivos porcentuales: Rellena los registros de manera completa: 80% Rellena los registros de manera incompleta: 15% No rellena los registros: 5% Rellena los registros de manera incorrecta: 0%

TÍTULO	AUTORES	PERIÓDICOS	AÑO	RESULTADOS
Tecnología de la información y comunicación en la auditoría en enfermería.	Luciane Mandia Grossi, Ivan Torres Pisa, Heimar De Fátima Marin	REME - Rev. Min. Enferm.	2015	En la práctica de Auditoría de enfermería en el sistema computarizado para ayudar en los procesos de completar de registros impresos: Las historias clínicas como un recurso para realizar una pre-análisis de las facturas hospitalarias por los funcionarios de salud, sistema de auditoría de calidad de los historiales de internación en los hospitales y el uso del PEP en la práctica de auditoría en enfermería.
Determinantes de calidad de la auditoría independiente en bancos.	José Alves Dantas Otavio Ribeiro de Medeiros	Rev. Gaúcha Enferm	2015	Proponer una medida que mide la calidad de la información contable y que también refleja la calidad de la auditoría.
Gestión de calidad total y enfermería hospitalaria: una revisión integradora de literatura.	Dagmar Willamowius Vituri, Yolanda Dora Martinez Évora	Rev. Bras. Enferm.	2015	En Brasil, el modelo de acreditación del hospital fue un hito en la búsqueda de la mejora de la calidad, pues presupuso normas y criterios de evaluación para las instituciones de salud, revelando una calidad evidenciada por medio del uso de indicadores.

Este estudio permitió la identificación de 15 artículos. Todos los periódicos y autores encontrados en los años de 2009 a 2015 atendieron a los criterios de inclusión que involucraron actuación y práctica del enfermero auditor para la mejoría de de la calidad del servicio en la salud. El desarrollo de este artículo científico muestra innovaciones para que el enfermero auditor pueda objetivar una actuación de mejoría.

De los 356 artículos seleccionados, solamente 15 artículos atendieron a los criterios de inclusión, los cuales abordan la actuación y la práctica del enfermero auditor para mejorar la calidad de sus servicios. El análisis del material investigado en las bases de la biblioteca virtual SciELO y en las bases de datos de la LILACS evidenció que hay publicaciones entre los años de 2009 a 2015, referentes a la actuación y a la práctica del enfermero auditor para mejorar la calidad de trabajo en salud. Queda claro así, que los periódicos, autores y resultados de todas esas revistas, contribuyeron con publicaciones de artículos en este recorte de investigación.

CONSIDERACIONES FINALES

El presente artículo objetivó abordar los principales aspectos de la calidad de servicio del enfermero auditor, que son evidentes en los artículos investigados, juntamente con la necesidad de que sean formados profesionales capacitados y comprometidos con su profesión para una efectiva actuación en el mercado de trabajo actual en lo que corresponde a la auditoría.

El material investigado en las bases de la biblioteca virtual SciELO y en las bases de datos de la LILACS evidenció que hay publicaciones entre los años 2009 a 2015, referentes a la actuación y a la práctica del enfermero auditor para mejora la calidad de servicio en la salud.

De todos los artículos encontrados, 50% pertenecían a las bases de datos de la SciELO y los otros 50% de la LILACS. Sin embargo, solo 15 fueron seleccionados, de acuerdo con los criterios de inclusión. En la literatura investigada fueron ubicadas muchas publicaciones actualizadas referentes a la auditoría de enfermería.

Es importante resaltar que el enfermero auditor es responsable por la búsqueda de la mejoría de la calidad de asistencia al cliente, supervisando equipos y materiales, así como objetivando el alcance de los objetivos de la institución donde trabaja.

Existe la constante preocupación con la formación de este profesional, para que él logre enfrentar a los problemas diarios y las necesidades de los clientes, así como a la propia institución de salud. Sea en las actividades de cuidado directos o en otras, como es el caso de la auditoría, que se trata no de una práctica-medio para la asistencia de enfermería. Al hacer alusión a los enfermeros auditores, se señala que estos deben tener como principales competencias el actuar junto al equipo de enfermería de modo ético, valorando la calidad de la asistencia y atendiendo también a las necesidades de información del equipo. Capacidad de resolución de los problemas, desarrollo de sus tareas específicas dentro de su ambiente de trabajo.

Este estudio denota, por ejemplo, que la auditoría es fundamental para detectar problemas presentados en la historia clínica, pues posibilita, a través de los registros de evaluación, una más eficaz orientación para el equipo y la institución, cuanto a la manera apropiada de registro de las áreas profesionales y el respaldo ético y legal frente a las consejerías y a la justicia.

Fue posible también percibir como un análisis de los resultados obtenidos de auditoría de los registros de enfermería, permite indicar varios desvíos, que fueron analizados en la Mejoría de Procesos de Enfermería, propiciando propuestas de nuevas metas y estrategias referentes a la actuación práctica del enfermero auditor para que por medio de esta sea posible mejorar la calidad de servicio en la salud de la asistencia de enfermería, así como del registro de esta asistencia.

La Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) es indicada como una de las herramientas que, al convertir el trabajo planeado y las actividades del equipo direccionado, fomenta y organiza los registros/anotaciones de enfermería, surgiendo, por lo tanto, como manera de superación de los fallos encontrados.

En el campo de la práctica de la enfermería, es necesaria una constante reflexión crítica de la función/papel del enfermero, en especial en el ámbito hospitalario, en torno de la auditoría. No solamente como una herramienta volcada a los intereses financieros y políticos de las instituciones, como también una estrategia que busca y visa conquistar el eficaz atendimento y asistencia de enfermería.

REFERENCIAS

1. Barreto JA, Lima GG, Xavier CF. Inconsistencias de las anotaciones de enfermería en el proceso de auditoría. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2016 ene/abr; 1(6): 2081-2093.
2. Dias TCL, Santos JLG, Cordenuzzi OCP, Prochnow AG. Auditoría en enfermería: revisión sistemática de la literatura. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011 sep-oct; 64(5): 931-7.
3. Claudinoi HG, Gouveia EML, Santos SR, Lopes MEL. Auditoría en registros de enfermería: revisión integrativa de la literatura. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2013 jul/sep; 21(3):397-402.
4. Blank CY, Sanches EM, Leopardi MT. La práctica del enfermero auditor hospitalario en la región del Valle del Itajaí. *Rev. Eletr. Enf.* vol.15 nº. 1 Goiânia ene./mar. 2013.
5. Silva JA, Grossi ACM, Haddad MCL; Marcon SS. Evaluación de la calidad de las anotaciones de enfermería en unidad semi-intensiva. *Esc. Anna Nery* vol.16 no.3 Río de Janeiro Sep. 2012.
6. Valença CN, Azevêdo LMN, Oliveira AG, Medeiros SSA, Malveira FAS, Germano RM. La producción científica sobre auditoría de enfermería y calidad de los registros. *R. pes.: cuid. fundam. online* 2013. dic., 5(5):69-76.
7. Morais CGX, Batista SEM, Castro JFL, Assunção SS, Castro GMO. Registros de enfermería en historia clínica y sus implicaciones en la calidad asistencial según los padrones de acreditación hospitalaria: una nueva mirada de la auditoría. *Revista ACRED - ISSN 2237-5643* v. 5, n. 9 (2015).
8. Santos CA, Santana EJS, Vieira RP, Garcia EG, Trippo KV. La auditoría y el enfermero como herramientas de perfeccionamiento del SUS. *v.36, n.2, p.539-559 abr. /jun. 2012.*

DERECHO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE Y COMPETENCIA EN ENFERMERÍA

RIGHT TO INFORMED CONSENT OF THE PATIENT AND COMPETENCE IN NURSING

Milagros Arbe Ochandiano

Universidad de Salamanca. Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia

M^a Ángeles Molina Hernando

Universidad de Salamanca. Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia

J. Carlos Martín Corral

Universidad de Salamanca. Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia

PALABRAS CLAVE: Consentimiento Informado, Competencia, Enfermería.

KEY WORDS: Informed Consent, Competence, Nursing.

RESUMEN: El objetivo de esta comunicación es conocer y mostrar los antecedentes históricos y el marco jurídico-ético y deontológico del derecho de los usuarios al Consentimiento Informado y la competencia y los deberes profesionales de los enfermeros en relación al mencionado derecho. Se han tomado como fuentes las normas reguladoras publicadas y vigentes en el ámbito internacional nacional y autonómico así como bibliografía relacionada con el tema. En cuanto a la metodología utilizada, se trata de un estudio de investigación histórico jurídico. Se presentan los resultados de una extensa y minuciosa revisión del fundamento ético y legal del Consentimiento Informado, incluyendo la realidad y vigencia de protección legal para los usuarios, así como del deber deontológico y competencia profesional que enfermería asume en su "praxis" relacionada con el derecho.

Podemos concluir afirmando que los profesionales de Enfermería como competencia y deber profesional asumen y respetan el derecho del paciente usuario a tomar decisiones autónomas sobre los cuidados de Enfermería.

ABSTRAC: The purpose of this communication is to know and show the historical background and legal-ethical and deontological framework of the users' right to informed consent and the professional competence and duties of nurses in relation to the aforementioned right. The regulatory norms published and current in the national and regional international as well as bibliography related to the subject have been taken as sources. As for the methodology used, it is a study of historical legal research. The results of an extensive and thorough review of the ethical and legal basis of Informed Consent, including the reality and validity of bequeathing protection for users, as well as the professional ethics and professional competence that nursing assumes in its "praxis" related to the law. We can conclude affirming that the professionals of Nursing as competence and professional duty assume and respect the right of the patient user to make autonomous decisions about Nursing care.

ANTECEDENTES NORMATIVOS

El Consentimiento Informado es actualmente el reconocimiento del derecho a la información de los pacientes y la exigencia de su consentimiento previo a la práctica de cualquier asistencia o intervención por parte de los profesionales sanitarios. Este reconocimiento ha sido fruto de diversas circunstancias, entre ellas, el desarrollo de la bioética y el cambio en la relación clínica entre paciente y profesional sanitario evolucionando desde el paternalismo hasta la emancipación de los pacientes¹. Normativamente surge principalmente, como respuesta a los experimentos que se realizaron en seres humanos en los campos de concentración en la segunda guerra mundial.

Esta evolución ha tenido su reflejo en diversos textos internacionales, que evidencian un cambio en los países desarrollados a favor de una nueva regulación de los derechos de los pacientes. Como muestra de esta evolución, podemos mencionar por su importancia, las Declaraciones y Convenios Internacionales más significativos.

El Código de Nuremberg² de 1947, recoge una serie de principios que rigen la experimentación con seres humanos, reconociendo el derecho de los pacientes a su libre autodeterminación.

La Declaración Universal de Derechos Humanos³ de 1948, formula el principio de la dignidad humana, entendiéndolo como fundamento de todos los derechos humanos.

En 1973, la Asamblea Americana de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales aprobó la primera Carta de Derechos del Paciente⁴, siendo el primer reconocimiento oficial del derecho del enfermo a recibir completa información sobre su situación clínica y poder decidir entre las opciones posibles a sus cuidados y tratamientos.

¹ Gracia, D., "Fundamentación y enseñanza de la bioética". Editorial El Búho 1.988. Pág 12 y ss.

² Código de Núremberg Tribunal Internacional de Núremberg, 1947.

Artículo 1: "El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente. Esto último requiere que antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto que va a ser sometido al experimento hay que explicarle la naturaleza, duración y propósito del mismo, el método y las formas mediante las cuales se llevará a cabo, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y los efectos sobre su salud o persona que puedan derivarse de su participación en el experimento. El deber y la responsabilidad de determinar la calidad del consentimiento recaen en la persona que inicia, dirige, o implica a otro en el experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada con impunidad a otra persona."

³ Declaración Universal de Derechos Humanos Asamblea General de Naciones Unidas 10 diciembre de 1.948. Preámbulo: "Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana".

⁴ Carta del los Derechos del Paciente aprobada por la Asociación Americana de Hospitales el 6 de febrero de 1973.

La Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa⁵, promovida en 1994 por la Oficina Regional para Europa, en el seno de la Organización Mundial de la Salud, tuvo como objetivo definir principios y estrategias para promover los derechos de los pacientes.

El Convenio del Consejo de Europa para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la Biología y la Medicina⁶, conocido como Convenio de Oviedo, fue suscrito el 4 de abril de 1997, y aprobado por el Comité de Ministros el 19 de noviembre de 1996, teniendo por finalidad la protección del ser humano en su dignidad.

⁵ Consulta Europea sobre los Derechos de los Pacientes. Ámsterdam, 28-30 marzo de 1.994. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa.

2. Objetivos: Teniendo en cuenta estos antecedentes, los Principios de los Derechos de los Pacientes en Europa pueden ser vistos, en términos de contenido, como un documento que busca:

Reafirmar los derechos fundamentales humanos en el apartado de la atención sanitaria, y en particular proteger la dignidad e integridad de la persona, así como promover el respeto del paciente como persona;

Ofrecer a la consideración de los Estados Miembros un grupo de principios básicos que subrayen los derechos de los pacientes, que puedan ser utilizados al enmarcar o revisar las políticas de atención a los pacientes;

Ayudar a los pacientes a obtener el beneficio completo derivado del uso de los servicios del sistema público de salud, y mitigar los efectos de cualquier problema que puedan experimentar con ese sistema;

Promover y mantener relaciones beneficiosas entre los pacientes y los profesionales de la salud, y en particular alentar la participación activa del paciente:

Reforzar oportunidades existentes y proporcionar nuevas oportunidades para el diálogo entre las organizaciones de los pacientes, los profesionales de la salud, las administraciones sanitarias y otros agentes sociales;

Enfocar la atención nacional, regional e internacional sobre las necesidades cambiantes en los derechos de los pacientes y fomentar una cooperación internacional más estrecha en este campo;

Asegurar la protección de los derechos humanos fundamentales y humanizar la asistencia que se presta a todos los pacientes, incluyendo a los más vulnerables, como los niños, pacientes psiquiátricos, los ancianos o los enfermos graves.

⁶ Convenio del Consejo de Europa para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Artículo 1. Objeto y finalidad. Las Partes en el presente Convenio protegerán al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizarán a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Cada Parte adoptará en su legislación interna las medidas necesarias para dar aplicación a lo dispuesto en el presente Convenio.

La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea⁷, aprobada en el Consejo Europeo, el 7 de diciembre de 2000, establece entre otros, los principios de inviolabilidad de la dignidad de la persona. En su artículo primero dispone que la dignidad humana es inviolable y debe ser respetada y protegida. El derecho a la vida y a la integridad de la persona en el marco de la medicina y la biología, deberá respetar especialmente, el consentimiento libre de la persona.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, de 19 de octubre de 2005⁸, regula en su artículo primero el alcance de la declaración, señalando la primacía de los intereses de la persona frente a los de la ciencia o la sociedad, a la autonomía y responsabilidad individual y al consentimiento informado. Estos textos enunciados, marcan una evolución hacia la regulación actual de los derechos de los pacientes.

ORDENAMIENTO JURÍDICO ESPAÑOL

La Constitución Española de 1978 sentó las bases jurídicas, políticas, territoriales y competenciales de la actual situación jurídica sanitaria y como precedente del derecho al Consentimiento Informado, consagra la dignidad de la persona como fundamento del orden político y la paz social⁹. La dignidad representa la expresión máxima del hombre como persona y fundamenta el derecho del paciente a su autodeterminación. Así mismo la regulación de todos los derechos de los pacientes, y por ende del Consentimiento Informado, nacen del mandato constitucional reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española que establece la protección del derecho a la salud.

⁷ Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/C 364/01). Artículo 3 Derecho a la integridad de la persona.

1. Toda persona tiene derecho a su integridad física y psíquica.
2. En el marco de la medicina y la biología se respetarán en particular: el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas en la ley, la prohibición de las prácticas eugenésicas, y en particular las que tienen por finalidad la selección de las personas, la prohibición de que el cuerpo humano o partes del mismo en cuanto tales se conviertan en objeto de lucro, la prohibición de la clonación reproductora de seres humanos.

⁸ Aprobada por aclamación por la 33^a sesión de la Conferencia General de la UNESCO, el 19 de octubre de 2005.

⁹ C.E. Artículo 10. 1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la Ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social. 2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los Tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.

La Ley General de Sanidad, Ley 3/1986, de 4 de abril¹⁰, es la norma que desarrolla los derechos y los deberes reconocidos en el artículo 43 de la Constitución Española. En ella, se recogieron los derechos de los pacientes concretamente en su artículo 10, estableciendo el derecho a la información, sobre el diagnóstico y alternativas de tratamiento así como la libre elección de opciones mediante el consentimiento informado.

La Ley básica 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica¹¹, es la disposición fundamental en la regulación del Consentimiento Informado, y en su artículo 8 establece:

“1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

2. El consentimiento será verbal por regla general.

Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.”

DEONTOLOGÍA PROFESIONAL

El Código Deontológico de la Enfermería Española se aprobó por Resolución del Consejo General de Enfermería en 1989¹². Recoge el Derecho del paciente al Consentimiento Informado de forma clara y pormenorizada:

“Artículo 6 : En ejercicio de sus funciones, las enfermeras/os están obligadas a respetar la libertad del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta.”

¹⁰ Ley General de Sanidad, Ley 3/1986, de 4 de abril. B.O.E. número 102 de 29 de abril de 1986.

¹¹ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº 274 de 15 de noviembre de 2002.

¹² Resolución 32/89, de 14 de julio. Consejo General de Enfermería de España.

Artículo 7: El consentimiento del paciente, en el ejercicio libre de la profesión, ha de ser obtenido siempre, con carácter previo, ante cualquier intervención de la Enfermera/o. Y la harán en reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre, y válidamente manifestada sobre la atención que se le preste. Artículo 8: Cuando el enfermo no esté en condiciones físicas y psíquicas de prestar su consentimiento, la Enfermera/o tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados a éste. Artículo 9: La Enfermera/o nunca empleará ni consentirá que otros lo empleen, medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente. En caso de ocurrir así, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias, y del Colegio Profesional respectivo con la mayor urgencia posible. Artículo 10: Es responsabilidad de la Enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión, como cuando ésta se ejerce en las instituciones Sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo. Artículo 11: De conformidad con lo indicado en el artículo anterior, la enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información exceda del nivel de su competencia, se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado. Artículo 12: La Enfermera/o tendrá que valorar la situación física y psicológica del paciente antes de informarle de su real o potencial estado de salud; teniendo en cuenta, en todo momento, que éste se encuentre en condiciones de entender, aceptar o decidir por sí mismo. Artículo 13: Si la enfermera/o es consciente que el paciente no está preparado para recibir la información pertinente y requerida, deberá dirigirse a los familiares o allegados del mismo”.

COMPETENCIA PROFESIONAL ENFERMERA

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias en su artículo 7 regula en las funciones de los Enfermeros/as “*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*”

CONCLUSIÓN

Podemos concluir afirmando que el Consentimiento Informado es un derecho del paciente que consagra su autonomía y libre autodeterminación siendo necesario para cualquier actuación en el ámbito de la salud. Y que los profesionales de Enfermería como competencia y deber profesional, asumen y respetan el derecho del paciente usuario a tomar decisiones autónomas sobre los cuidados de Enfermería.

SITUACIÓN ACTUAL DEL CLIMA ORGANIZACIONAL DE LA CORPORACIÓN PARA LA NUTRICIÓN INFANTIL (CONIN), VALPARAÍSO, CHILE

CURRENT SITUATION OF THE ORGANIZATIONAL CLIMATE OF THE CORPORATION FOR CHILD NUTRITION, VALPARAÍSO, CHILE

Maritza Soto Urtubia

Docente Escuela Enfermería, Universidad Santo Tomás, sede Viña del Mar, Chile

Nicole Aguirre Lizana

Lady Barahona Abarca

Evelyn Mondaca Maldonado

Aldo Rodríguez Borbarán

Estudiantes tesis 5º año Escuela Enfermería
Universidad Santo Tomás, sede Viña del Mar, Chile

PALABRAS CLAVES: Clima organizacional, Enfermería, Recursos humanos en salud, Investigación en servicios de salud.

KEY WORDS: Organizational climate, Nursing, Health manpower, Research in health services.

RESUMEN: El estudio tuvo como objetivo describir la situación actual del clima organizacional en el equipo de trabajo de la Corporación para la nutrición infantil (CONIN) de Valparaíso, Chile; aportando datos concretos para optimizar el nivel del clima existente y potenciar las metas de la organización. Esta investigación es cuantitativa positivista, descriptiva y observacional, utilizó la EDCO, cuyos resultados permitieron concluir que de las ocho dimensiones evaluadas, "*relaciones interpersonales*" presenta el baremo más alto. Por el contrario, "*sentido de pertenencia*" y "*claridad y coherencia en la dirección*", los baremos más bajos. El resultado global del Clima Organizacional fue moderadamente satisfactorio.

ABSTRACT: The study aimed to describe the current situation of the organizational climate on the staff of the Corporation for child nutrition (CONIN) Valparaíso, Chile, providing data specific to optimize the level of the climate existing and enhance the goals of the organization.

This research is positivist quantitative, descriptive and observational used EDCO, whose results allowed to conclude that the eight evaluated dimensions, "interpersonal relationships" presents the highest scale. By the contrary "sense of belonging" and "clarity and consistency in the address", the scales more low. The overall result of the organizational climate was moderately successful.

OBJETIVO GENERAL

Describir la situación actual del clima organizacional en el equipo de trabajo de CONIN Valparaíso, durante el segundo semestre del año 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir los aspectos sociodemográficos del equipo de trabajo de CONIN Valparaíso.
2. Identificar el clima organizacional en el equipo de trabajo de CONIN Valparaíso, respecto a las dimensiones: relaciones interpersonales, estilo de dirección, sentido de pertenencia, sentimiento de retribución, disponibilidad de recursos materiales, percepción de estabilidad laboral, claridad y coherencia en la dirección y relaciones interdepartamentales.

MATERIALES Y MÉTODOS

El paradigma de la investigación representa un enfoque cuantitativo positivista. El diseño es no experimental de carácter descriptivo.

El universo corresponde al cliente interno de la Corporación para la nutrición infantil (CONIN) Valparaíso¹, representado por un total de 53 personas: pediatra, asistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, kinesiólogo, nutricionista, educadora diferencial, secretaria, personal de alimentación, auxiliar de servicio y personal al cuidado directo de los niños/as. Este último grupo conformado por 28 personas entre cuidadores con capacitación en cuidado de enfermos y técnicos de enfermería de nivel superior.

La muestra representada por 37 personas correspondientes al 70% del universo; incluyó funcionarios con 3 meses o más de experiencia laboral en la corporación, independiente del tipo de contrato laboral que mantenían al momento del estudio.

Mediante un cuestionario autoaplicado, se recolectaron datos sociodemográficos de la muestra tales como, edad, género, estado civil, escolaridad, área y cargo que desempeña además de antigüedad laboral.

El instrumento para medir la variable CO, fue la Escala de Clima Organizacional (EDCO), validada en Santa Fe de Bogotá, en el año 2006.² Está conformada por 40 ítems organizados en 8 dimensiones: relaciones interpersonales, estilo de dirección, sentido de pertenencia, sentimiento de retribución, disponibilidad de recursos materiales, percepción de estabilidad laboral, claridad y coherencia en la dirección y relaciones interdepartamentales. El tiempo requerido para su aplicación fue de aproximadamente 40 minutos.

Según el puntaje obtenido, los niveles son:

- Nivel Bajo: 40 a 93 puntos.
- Promedio: 94 a 147 puntos.
- Nivel alto: 148 a 200 puntos.

Un puntaje alto indica una alta frecuencia, relacionado con un buen clima organizacional y un puntaje bajo indica una baja frecuencia, relacionado con problemas dentro de la organización.

Cabe señalar, que los resultados para cada dimensión fueron interpretados de acuerdo

a la media de sus resultados y en base al siguiente baremo:

- 1.00 - 1.66 Muy insatisfactorio.
- 1.67 - 2.33 Insatisfactorio.
- 2.34 - 2.99 Moderadamente insatisfactorio.
- 3.00 - 3.66 Moderadamente satisfactorio.
- 3.67 - 4.33 Satisfactorio.
- 4.34 - 5.00 Muy satisfactorio.

El pilotaje fue realizado en mayo 2015, aplicando la encuesta a 11 personas de CONIN, que representaron el 20% de la población total.

Previo a la realización de la encuesta, cada uno de los participantes firmó el consentimiento informado. De manera anónima y confidencial respondieron los 40 ítems relacionados con el CO percibido. No hubo dudas durante la aplicación.

Para calcular la confiabilidad del instrumento, se utilizó el Alfa de Cronbach.

Una vez obtenidos los datos, se introdujeron en el programa Minitab 16, el cual arrojó un coeficiente de 0,9204 (α Cronbach) considerando los valores de todos los ítems del instrumento y un coeficiente 0,8337 (α Cronbach) para las 8 dimensiones, indicando que el instrumento EDCO utilizado por los investigadores, era confiable para ser aplicado en la investigación.³

Para el análisis y procesamiento de los datos se utilizó Microsoft Office Excel 2010 y Minitab 16, para luego ser tabulados y graficados.

RESULTADOS

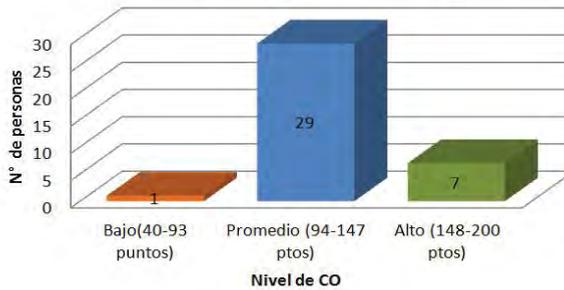
Aspectos sociodemográficos de la muestra:

- Predomina el género femenino con 34 funcionarios (92%).
- Respecto al estado civil: 23 personas son solteras (62%), 2 son divorciados (5%) y 12 están casados (33%).
- La edad del cliente interno se centra en la etapa del ciclo vital de adultos jóvenes entre 18-39 años (54%). No hubo personas en el rango etario de 65 años y más.
- La muestra está distribuida en 3 áreas de desarrollo laboral: 27 personas en la asistencial (73%) representado por los técnicos de enfermería nivel superior, pediatra, kinesiólogo, nutricionista, educadora diferencial, educadora de párvulos y asistente social.
El área de auxiliar incluye 8 personas (22%), en labores de aseo, movilización, alimentación y lavandería.
Finalmente el área administrativa está compuesta por 2 personas, que ocupan el cargo de secretaria y recepcionista de la institución.
- La antigüedad laboral está centrada en el intervalo 1 a 10 años, representado por 16 personas (43%) y 4 funcionarios (11%) concentran la mayor antigüedad correspondiente a 21 años o más.
- El nivel de escolaridad enseñanza media completa está representado por 10 personas (27,2%), el nivel superior con 26 funcionarios (70,2%) correspondiente a

los técnicos de nivel superior y profesionales universitarios. Finalmente 1 persona cuenta con estudios de post grado (2,7%).

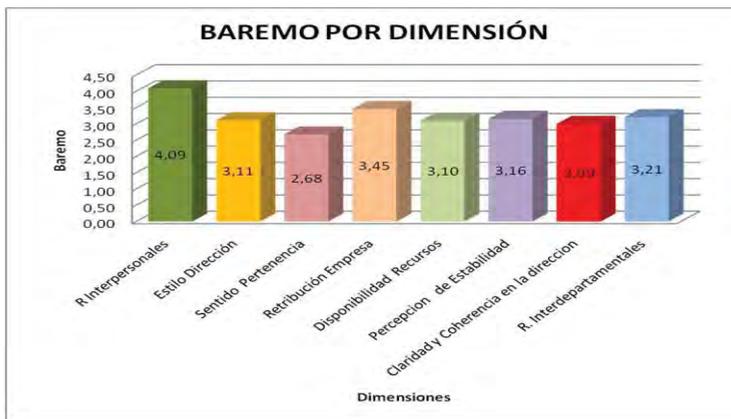
Clima Organizacional:

Gráfico N°1: Nivel de Clima Organizacional
Nivel de Clima Organizacional

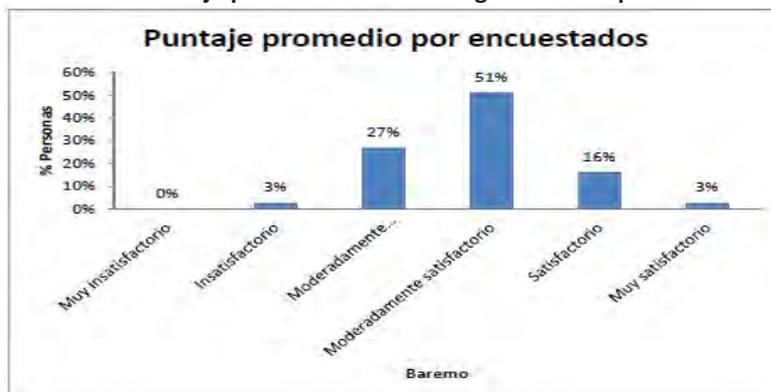


El gráfico N° 1 respecto al nivel de CO, señala que en la institución predomina el nivel promedio con un 64,8%, un nivel alto en el 18,9%. Por el contrario, un nivel bajo en el 16,2% de la muestra.

Gráfico N°2: Baremo por dimensión según EDCO



El gráfico N°2 evidencia que de las 8 dimensiones analizadas, los baremos más bajos corresponden a la N°3 sentido de pertenencia: 2,68 y la N°7 claridad y coherencia en la dirección: 2,99; categorizando en moderadamente insatisfactorios. Por el contrario, las dimensiones con baremos más altos fueron la N°1 relaciones interpersonales: 4,09 y la N°4: retribución de la empresa: 3,45; evaluadas como satisfactoria y moderadamente satisfactoria respectivamente.

Gráfico N°3: Puntaje promedio de Clima Organizacional por encuestado

El gráfico N° 3, respecto del puntaje promedio por encuestado, muestra la evaluación general del CO percibido por los participantes, indicando que el 51% lo considera como moderadamente satisfactorio. Sin embargo, un 3% lo califica como insatisfactorio y otro 3% como muy satisfactorio.

CONCLUSIONES

La caracterización sociodemográfica de la muestra en CONIN Valparaíso, señala que en su mayoría son personas del género femenino, adultos jóvenes, solteros, en cuya escolaridad destaca el nivel superior con estudios técnicos y universitarios, con una antigüedad laboral entre 1 a 10 años, donde predomina el área de desempeño clínico. Estos hallazgos son similares a los de Bustamante⁴, en el hospital de Talca, Chile; reafirmando que el género femenino continúa predominando en el área clínica, así como el nivel de escolaridad alcanzado por los funcionarios, respondiendo a las competencias de los perfiles de cargo de las instituciones de salud.

Las subescalas por dimensión señalaron como el baremo más alto la de relaciones interpersonales, que corresponde a un CO satisfactorio. Estos resultados no se condicen con el estudio de Vera de Corbalán⁵, Paraguay; donde predominó la existencia de grupos y la falta de integración en el equipo de Enfermería.

Según Méndez⁶ el origen del CO está en la sociología, en la forma como las personas establecen procesos de interacción social e influenciados por un sistema de valores, actitudes y creencias, además de su ambiente interno. Por ende, las relaciones interpersonales constituyen un factor clave a la hora de evaluar el CO de una organización, pues se relacionan con la motivación y comportamiento que pueden afectar positiva o negativamente el trabajo colaborativo, la satisfacción, la permanencia y por ende la consecución de las metas organizacionales.

Las dimensiones sentido de pertenencia junto a claridad y coherencia en la dirección, presentaron el baremo más bajo, relacionado con un clima moderadamente insatisfactorio; acusando falta de comprensión en las metas de la organización. Resultados se condicen con la investigación de Góngora⁷ en Santiago de Chile; donde se destacó la importancia de la comunicación efectiva con los cargos directivos.

En la dimensión retribución de la empresa, los participantes respondieron globalmente estar moderadamente satisfechos. A pesar de que no todos recomendaron la organización como un excelente sitio de trabajo, esta dimensión obtuvo el baremo más alto de la EDCO, hallazgos altamente satisfactorios que debiera potenciar una organización que valore el talento humano como principal ventaja competitiva.

La dimensión de percepción de estabilidad laboral, fue percibida por los funcionarios como moderadamente satisfactoria, destacando que la permanencia en un determinado cargo depende directamente del buen desempeño que cada uno realice.

La dimensión relaciones interdepartamentales resultó con una satisfacción moderada, presentando como principal debilidad la baja capacidad de resolución de problemas en una determinada área sin responsabilizar a otros, destacando la capacidad de trabajo en equipo que se genera dentro de la organización.

De acuerdo a los resultados obtenidos el CO en CONIN Valparaíso categorizó en moderadamente satisfactorio, por lo que se sugiere continuar potenciando logros alcanzados por el equipo de trabajo, especialmente en las relaciones interpersonales y retribución de la empresa. Por el contrario, fortalecer el sentido de pertenencia y la claridad y estilo de la dirección, identificando las expectativas y necesidades de los funcionarios, entregando información clara y oportuna, ejerciendo un liderazgo transformacional y participativo; como también reconociendo con beneficios concretos el aporte del talento humano, como una de las principales ventajas competitivas de la institución. En este contexto, levantar información del clima organizacional en CONIN Valparaíso, cobra relevancia como una variable no económica para gestiones efectivas sobre los resultados de la institución. Considerar además que su población objetivo, son niños provenientes de familias vulnerables y portadores de problemas de salud muy complejos, que simultáneamente generan altos costos para una organización sin fines de lucro, que busca permanentemente la mejora continua de la calidad y seguridad en la atención.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Corporación Nacional para la Nutrición Infantil, CONIN [Internet]. Santiago, 2015. Disponible en: <https://www.conin.cl/valparaiso>
- 2.- Lorenz K. Escala de Clima Organizacional (EDCO). [Internet]. 2006 May. [Citado 2015 Marzo 21]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos35/escala-climaorganizacional/escala-clima-organizacional.shtml#refer>.
- 3.- Hernández R, Fernández C, Baptista Ma. Metodología de la Investigación. 5° ed. Ed. Mc Graw Hill Interamericana, México; 2010.
- 4.- Bustamante-Ubilla M, Hernández Cid J, Yáñez Aburto L. Análisis del Clima Organizacional en el Hospital Regional de Talca. Revista Estudios Seriados en Gestión de Instituciones de Salud [Internet]. 2009 Dic [Citado 2015 Abril 09]. Vol 11: 20-40. Disponible en: http://www.cegisutalca.cl/docs/publicaciones/N11/Ano5_N11_diciembre_2009.pdf
- 5.- Vera de Corbalán M, Samudio M. Clima Organizacional de Enfermería en los hospitales

regionales del Instituto de Previsión Social. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud [Revista en Internet]. 2013 Dic. [Citado 2015 mayo 08]. Vol.11(2): 41-54. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v11n2/v11n2a06.pdf>

6.- García Solarte M. Clima Organizacional y su Diagnóstico: una aproximación conceptual [Revista en Internet]. 2009 Dic [citado 2015 Abril 10]. Vol 25 (42) 1-13. Disponible en: <http://dintev.univalle.edu.co/revistasunivalle/index.php/cuadernosadmin/rt/printerFriendly/695/2526>

7.- Donald Góngora E. Análisis del Clima Organizacional de Servicios Intensivos del Hospital Instituto de Neurocirugía Dr. Asenjo, Región Metropolitana. Tesis electrónicas UACH [Tesis pre – grado en Internet]. Valdivia, 2004 [citado 2015 Abril 31]. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/sdx/uach/notice.xsp?id=uach.2004>.

AUTONOMÍA EN EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO: CRITERIO PARA LA TOMA DE DECISIONES

AUTONOMY IN THE PSYCHIATRIC PATIENT: CRITERIA FOR DECISION MAKING

Tamara Raquel Velasco Sanz

Profesora Asociada de Bioética. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. UCM

Francisca J. Hernández Martín

Profesora Emérita. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. UCM

PALABRAS CLAVE: Autonomía; Paciente psiquiátrico, Bioética, Toma de decisiones.

KEY WORDS: Autonomy, Pyschiatric patient, Bioethics, Decision making.

RESUMEN: Objetivos: Identificar los criterios para la toma de decisiones en el paciente psiquiátrico y guiar la práctica de enfermería. Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica consultando las principales bases de datos, entre 2000 y 2016. Resultados: El proceso de toma de decisiones en el paciente psiquiátrico, requiere un proceso interactivo de relación clínica en el que el profesional ayuda al enfermo, a partir del método deliberativo, a elegir aquellos tratamientos que mejor se adapten con su situación clínica, ejerciendo su derecho de autonomía. Conclusiones: Enfermería debe conocer la toma de decisiones compartidas para respetar el derecho de autonomía de estos enfermos.

ABSTRACT: Objectives: To identify the criteria for decision making in the psychiatric patient and to guide the practice of nursing. Methodology: A bibliographic review was carried out consulting the main databases, between 2000 and 2016. Results: The decision-making process in the psychiatric patient requires an interactive process of clinical relationship in which the professional helps the patient, from the deliberative method, to choose those treatments that best adapt with their clinical situation, exercising their right of autonomy. Conclusions: Nursing must know the shared decision-making to respect the right of autonomy of these patients

INTRODUCCIÓN

El cambio sufrido en la relación clínica, ha generado una transformación en el rol que ocupaba tradicionalmente el enfermo, pasando de un rol pasivo y sumiso en el modelo paternalista en donde el profesional bajo los principios de no maleficencia y beneficencia tomaba las decisiones pero sin contar con el sujeto, a un rol activo en el modelo deliberativo, en donde los pacientes bajo el principio de autonomía, participan activamente en el proceso de toma de decisiones^{1,2}.

Pero como señala Emanuel³ *“... Entender el respeto a la autonomía simplemente como el permitir a una persona elegir el curso de acción que prefiera entre una lista de opciones y el control sobre las decisiones médicas en solitario no constituye, sin más, la autonomía del paciente. La autonomía requiere que los individuos puedan formarse una actitud crítica sobre sus propios valores y preferencias; que determinen, tras una reflexión, si estos valores son aceptables, y si son los más adecuados para justificar sus acciones, y posteriormente que sean libres para poder llevar a cabo aquellas que realicen estos valores”*

Derivado de ello, surge el modelo de toma de decisiones compartidas, en el cual el profesional ayuda al paciente a escoger el tratamiento que mejor se adapte a su situación clínica, informándole de los posibles riesgos y beneficios que conlleva. Además de informar y apoyar psicológicamente al paciente, el profesional participa en el proceso de análisis de la situación, para encontrar las soluciones más prudentes y responsables, y tomar una decisión consensuada⁴.

Dicha relación, se basa en que los enfermos poseen la competencia o capacidad para tomar decisiones sobre sí mismos, cuestión muy discutida en pacientes psiquiátricos, quienes en función de su escala de valores y proyecto de vida decidirán aquellos tratamientos o medidas que quiere que se le apliquen o no, basándose en el principio de autonomía^{1,2}.

Uno de los puntos más importantes en el proceso de la toma de decisiones, especialmente en psiquiatría, es la valoración de la capacidad del sujeto⁵.

La capacidad supone tener aptitudes psicológicas, cognitivas, volitivas y afectivas que permitan conocer, valorar y gestionar la información para la toma de decisiones.⁶

Desde el punto de vista legal, hay que diferenciar 2 tipos de capacidad; legal o de derecho (potestad jurídica para ejercer activamente y por sí mismo sus derechos); y la natural o de hecho (aptitudes psicológicas). Es importante tener en cuenta, que debe presumirse siempre la capacidad de los pacientes, es decir, lo que se tiene que demostrar es la posible incapacidad. Se deberá identificar, si una posible incapacidad es potencialmente transitoria (incapaz) o permanente (incapacitado, judicialmente), lo que condicionará que el sujeto pueda o no participar en la toma de decisiones⁵.

De hecho, en pacientes psiquiátricos que pueden tener periodos de incapacidad temporal para la toma de decisiones (por ejemplo crisis psicótica en paciente esquizofrénico), existe la posibilidad de que el enfermo pueda manifestar anticipadamente su voluntad, con respecto a los tratamientos, medicación y pautas de asistencia que desean recibir ante dichas situaciones, en el caso de que no sean capaces

de expresarlas personalmente⁷. Es lo que se conoce como Documento de Voluntades Anticipadas en Psiquiatría (DVAP), Documento de Instrucciones Previas, Directivas Anticipadas en Psiquiatría.

Para evaluar la capacidad en la toma de decisiones sanitaria, surgen numerosas herramientas procurando fundamentar el juicio clínico. Los primeros test que surgen en el año 1977 en EEUU son los de Roth, Meisel y Lidz, quienes a través de 5 ítems valoran la capacidad del sujeto analizando a posteriori cómo el paciente ha comprendido la situación en que se encuentra, la información relevante, y cómo ha evaluado estos datos para tomar finalmente la decisión⁸. En estos test ya se hacía referencia a lo que posteriormente James Drane denominó Escala Móvil de Capacidad, es decir, que la capacidad a la hora de tomar decisiones, estará directamente relacionada con la decisión clínica a tomar. Así, en función de la complejidad de las decisiones a tomar, el grado de capacidad podría variar⁹.

Durante la década de los años ochenta la mayoría de los estudios se centraron en discutir los criterios y estándares de cómo evaluar la capacidad de los sujetos. Así se pudo distinguir dos grandes corrientes: una que se dedicó a explorar la problemática de la capacidad desde la perspectiva psiquiátrica, principalmente destaca el psiquiatra Paul S. Appelbaum¹⁰; y otra corriente que enfatizaba la importancia de valorar los déficits de la capacidad desde una perspectiva neurológica, destacando Michael P. Alexander¹¹.

A partir de estos estudios, durante la década de los años noventa, se enfatiza el diseño de herramientas y protocolos clínicos, buscando el instrumento más rápido, sencillo y fiable para evaluar la capacidad para decidir sobre decisiones clínicas (diagnósticas y terapéuticas) y la participación en proyectos de investigación, especialmente en pacientes con demencia y enfermos psiquiátricos¹²⁻¹⁴. Uno de los protocolos de referencia en la literatura es el McCAT, tanto para la toma de decisiones clínicas (McMACT-T) como para investigación (McCAT-CR)^{5,6}.

Por tanto, será fundamental que los profesionales sanitarios conozcan las posibilidades que tienen los pacientes psiquiátricos, para ejercer su derecho de autonomía durante su atención sanitaria, y en definitiva se respete su voluntad.

OBJETIVOS

Identificar los criterios para la toma de decisiones en el paciente psiquiátrico y guiar la práctica de enfermería.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica consultando en las siguientes bases de datos: Pub Med, Medline, CINAHL, British Nursing, Index, Cochrane Database of Systematic Reviews, Enfispo, Scielo, Cuiden.

Los años de búsqueda fueron del 2000-2016.

Las palabras clave empleadas fueron: Autonomía; Paciente psiquiátrico; Esquizofrenia; Toma de Decisiones Compartidas; Voluntades Anticipadas; Planificación Anticipada Decisiones; Bioética; Aspectos éticos; Autonomy; PsychiatricPatients; Schizophrenia; Shared Decision Making; Advance Directives; Advance Care Planning; Bioethics.

Atendiendo a los resúmenes se hizo una primera preselección de artículos, de entre los cuales, tras una lectura más detenida del documento completo, y valorando las posibles duplicidades se seleccionaron finalmente aquellos que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: aspectos conceptuales relacionados con el proceso de toma de decisiones en pacientes psiquiátricos, estudios de capacidad en pacientes psiquiátricos, uso de documentos para dejar constancia de las instrucciones a tomar en caso de incapacidad temporal en el paciente psiquiátrico, papel de la enfermería en el proceso de toma de decisiones en el paciente psiquiátrico.

RESULTADOS

El modelo de toma de decisiones compartidas, especialmente en el paciente psiquiátrico, requiere un proceso interactivo de relación clínica en el que el profesional ayuda al enfermo, a partir del método deliberativo, a elegir aquellos tratamientos que mejor se adapten con su situación clínica, permitiendo así ejercer su derecho de autonomía¹⁵. Para ello, requiere una serie de competencias específicas de los profesionales sanitarios, valoración de la capacidad del paciente e inicio del proceso de planificación anticipada de decisiones, en el que la enfermería ocupa un papel muy importante.

Con respecto a las competencias que deben tener los profesionales sanitarios, Towle y Godolphin destacan: Asociación (partnership) con el paciente; Información (revisar preferencias del paciente sobre la información); Rol (revisar preferencias del paciente acerca del proceso de decisión, y resolver posibles dudas acerca del curso de acción que debe tomar); Ideas (responder a las preguntas, preocupaciones del paciente); Opciones (Identificar opciones, en función escala de valores del paciente, y evaluar la evidencia disponible sobre el paciente individualmente; Evidencia (ayudar al paciente a reflexionar y evaluar sobre el impacto de las distintas opciones en su proyecto vital); Decisión (consensuar con el profesional una decisión y resolver los posibles conflictos); Planificación (acordar un plan de acción y establecer los pasos para su seguimiento)

En relación a la valoración de la capacidad que tiene el enfermo para poder elegir con respecto a su atención y programar un plan de cuidados consensuado, el instrumento que más se utiliza es el MacCAT-T⁶. En él se exploran cuatro habilidades para consentir un tratamiento: la comprensión de la información relevante; la apreciación de la significación de la información teniendo en cuenta la situación del paciente, centrándose en la naturaleza de la enfermedad y la posibilidad de que el tratamiento sea beneficioso; el razonamiento en el proceso de decidir sobre el tratamiento, comparación de alternativas según sus consecuencias; y la expresión sobre la elección del tratamiento. Su resultado se integra en el juicio individualizado sobre la capacidad del sujeto para tomar una determinada decisión sobre su salud.

Por último, se iniciaría el proceso de la toma de decisiones compartidas, incluyendo el proceso de planificación anticipada de las decisiones. Para que el enfermo pueda ejercer un papel más activo dentro del proceso de toma de decisiones compartidas es necesario un mayor conocimiento de su enfermedad, especialmente en los tratamientos psiquiátricos, los cuales precisan un balance entre eficacia y efectos secundarios que necesitan la confrontación de los valores, preferencias y respuestas subjetivas del

enfermo¹⁶. Por tanto, tomando el modelo de Emanuel¹⁷, el primer paso sería explorar los valores del paciente, incluyendo valorar la información previa que tiene sobre su enfermedad. El siguiente paso sería, asesorar con respecto a las posibles alternativas de los tratamientos, como cambios de unidad, medidas coercitivas, medicación, restricción de visitas, exámenes diagnósticos y tratamientos no farmacológicos. En este punto también es importante la posibilidad de que el paciente asigne a una persona como Representante Legal, para que en caso de incapacidad sea la que participe en la toma de las decisiones, como garante de que se cumplan los deseos del paciente. El tercer paso, sería documentar dichas preferencias en el denominado documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas en Psiquiatría. En este punto es importante su inclusión en la historia clínica, como reajustar el posible plan terapéutico. El cuarto paso consistiría en revisar y actualizar las instrucciones y medidas que el paciente ha ido tomando, especialmente tras sufrir un episodio agudo de enfermedad. Por último, el quinto paso sería respetar las instrucciones y medidas tomadas por el paciente y descritas en el documento.

Enfermería ocupa en este ámbito un papel fundamental, coordinando el proceso de la planificación anticipada de las decisiones, valorando la capacidad del paciente y garantizando el respeto de las voluntades del enfermo. Será necesario para ello, el uso de herramientas como los documentos de declaración de preferencia de tratamientos de Salud Mental, el pacto de tratamiento o el documento de voluntades anticipadas o instrucciones previas¹⁸⁻²⁰.

Finalmente, algunos autores señalan que las principales barreras que pueden darse en la práctica clínica para la implementación de este modelo son: por parte de los profesionales sanitarios, la falta de formación en este método y las dudas acerca de la capacidad del paciente psiquiátrico para participar en la toma de decisiones; con respecto a los pacientes destaca principalmente, la falta de información, capacitación, motivación y autoeficacia necesaria para participar activamente en el proceso, como posibles dificultades comunicativas para transmitir incertidumbres.

Por todo ello, será clave la inclusión de este modelo de toma de decisiones en el paciente psiquiátrico, para poder mejorar la atención y respetar el derecho que tienen los pacientes de ejercer su autonomía.

CONCLUSIONES

Es necesario que los profesionales de enfermería conozcan las posibilidades que tienen los pacientes psiquiátricos de expresar qué tratamientos, cuidados y pautas de asistencia desean recibir, siendo la toma de decisiones compartidas clave para respetar el derecho de autonomía de estos enfermos y el uso del documento de Instrucciones Previas o Voluntades Anticipadas cuando por su enfermedad no sean capaces de expresarlas personalmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gracia Guillén D. La relación Clínica. Propedéutica quirúrgica. Tebar.2004:17-29 20.
2. Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo: Historia y teoría. Madrid. Alianza 1983: 218-32.

3. Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. *Bioética para clínicos*. Madrid. Triacastela 1999:122.
4. Ramos Pozón S. La toma de decisiones compartidas en pacientes con esquizofrenia: cuestiones médicas y éticas. *Dilemata*.2012;10:263-77.
5. Simón Lorda P. La capacidad de los pacientes para toma decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*.2008;102:325-48.
6. Hernando Robles P, Lechuga Pérez X, Solé Llop P, Diestre G, Mariné Torrent A, Rodríguez Jornet A, et al. Validación, adaptación y traducción al castellano del MacCAT-T: herramienta para evaluar la capacidad en la toma de decisiones sanitarias. *Rev Calid Asist*.2012;27:85-91.
7. García Mena JM, Benito Rodríguez O, La Fuente J, Marín Gómez C, Fuster Cirer L, Pons Ochoa de Olano C. El principio de autonomía y las instrucciones previas en Salud Mental. *Metas de Enf*. 2008; 11:62-7.
8. Roth LH, Meisel A, Lidz CW. Test of Competency to Consent to Treatment. *Am J Psychiatry*.1977;134:279-84.
9. Drane JF. The many faces of Competency. *Hastings Cent Rep*.1985.17-21
10. Appelbaum PS, Roth LH. Competency to Consent to Research: a Psychiatric Overview. *Arch Gen Psychiatry*.1982;39:951-8.
11. Alexander MP. Clinical Determination of Mental Competence. *Arch Neurol*.1988;45:23-6.
12. Pinals DA, Appelbaum PS. The history and current status of competence and informed consent in psychiatric research, *Isr. J Psychiatry Relat.Sci*.2000;31:82-94
13. Kim SYH. Assessing the competence of persons with Alzheimer's disease in providing informed consent for participation in research. *Am J Psychiatry*.2001;158:712-7.
14. Jeste DV, Depp CA, Palmer BW. Magnitude of Impairment in decisional capacity in people with schizophrenia compared to normal subjects: an overview. *Schizophrenia Bull*. 2006;32:121-8.
15. Villagrán JM, Ruiz Granados IL, González Saiz F. Aspectos conceptuales sobre el proceso de decisión compartida en salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*.2015;35:455-72.
16. Ramos Pozón S, Román Maestre B. Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*.2014;34:21-35.
17. Emanuel EJ, Emanuel LL. Living wills: past, present and future. *J Clin Ethics*. 1990;1:9-19.
18. Swanson J, Swartz M, Elbogenn E, Van Dorn A, Wagner H, Moser L, et al. Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. *J Ment Healt*.2008;17:255-67.
19. Van Dorn R, Swartz M, Elbogen E, Swanson J, Kim M, Ferron J, et al. Clinician's Attitudes Regarding Barriers to the Implementation of Psychiatric Advance Directives. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health hServices Research*. 2006;33:449-60.
20. Elbogen EB, Swanson JW, Appelbaum PS, Swartz MS, Ferron J, Van Dorn RA. Competence to complete psychiatric advance directives: effects of facilitated decision making. *Law Hum Behav*.2007;31.

**DE LA SUMISIÓN A LA AUTONOMÍA PROFESIONAL,
UN CAMINO INACABADO**

**FROM SUBMISSION TO PROFESSIONAL AUTONOMY,
AN UNFINISHED JOURNEY**

M^a Carmen Sellán Soto

Facultad de Medicina, UAM

M^a Luisa Díaz Martínez

Facultad de Medicina, UAM

Antonio Vázquez Sellán

Centro de Ciencias de la Salud

Universidad Antonio de Nebrija

PALABRAS CLAVE: Historia Enfermería, Legislación de Enfermería, Profesión Enfermera, Formación Enfermera.

KEY WORDS: Nursing History, Nursing Legislation, Nurse Profession, Nurse Training.

RESUMEN: En 1915 se legitima la profesión enfermera en España y se han sucedido cambios legislativos y formativos con desigual repercusión en el ámbito profesional.

Se han analizado los cambios en las funciones asignadas a la profesión enfermera en España, desde 1915 hasta la actualidad, desde un análisis documental realizado a través de trabajos historiográficos y fuentes normativas.

Los resultados obtenidos se han dividido en tres periodos: Etapa Enfermera, Etapa de ATS y Etapa Universitaria. Los avances en los últimos 40 años de la Enfermería española no han conseguido, en la vertiente asistencial, el pleno desarrollo de la autonomía profesional.

ABSTRACT: Since 1915, the nursing profession has been legitimized in Spain. There have been legislative and training changes with uneven professional impact.

We have analyzed the changes in the functions assigned to the nursing profession in Spain, from 1915 to the present, from documentary analysis made through historiographic works and normative sources.

The results obtained have been divided into three periods of time: Nurse Period, Health Technical Assistant (ATS) Period and University Period. Advances during the last 40 years of the Spanish Nursing, have not been able to achieve the full development of professional autonomy in the care aspect.

INTRODUCCIÓN

Pasar de una actividad auxiliar a una profesión autónoma se refleja en la adquisición de nuevas funciones y competencias junto con la asunción de la responsabilidad inherente a ese ejercicio. Desde que en 1915 se legitima la profesión enfermera en España se han sucedido cambios legislativos y formativos con desigual repercusión en el ámbito profesional.

Las definiciones encontradas en el Diccionario del Español Actual (1) nos acercan a la utilización más común de estos términos. Así encontramos Empleo como “acción de emplear (se); trabajo remunerado, específicamente no manual; jerarquía o categoría (militar)”. Habla de Ocupación como “acción de ocupar (se); trabajo o quehacer”. Por Oficio entiende “actividad laboral que requiere exclusivamente ocupación manual o esfuerzo físico; dedicación o actividad habitual”. Por último citaremos los términos de Profesión y Trabajo. El primero de ellos lo define así: “actividad habitual de una persona de la que generalmente obtiene una retribución; acción de profesar; conjunto de profesionales”. Describe el segundo como “acción de trabajar; actividad generalmente profesional y remunerada, a la que alguien se dedica; acción encaminada a causar placer sexual a otro; cosa que hay que hacer o solucionar; obra de carácter científico, intelectual o artístico; factor de producción constituido por el esfuerzo humano (generalmente opuesto a Capital)”.

Cuando en una sociedad surge una necesidad, se buscan personas con capacidad para desarrollar las funciones indispensables para cubrir esa necesidad. Siguiendo a Gracia (2) podemos hablar de un cambio de paradigma referente al concepto de profesión y sus características. Según el paradigma clásico existía una clara distinción entre oficios y profesiones ya que éstas últimas “no pueden regirse por las normas morales ordinarias...los profesionales deben gozar de un lugar de excepción dentro de la estructura social”. (p. 265).

Para este autor (2), el paradigma clásico se caracteriza por varios elementos: elección, segregación, privilegio, impunidad, autoridad y secreto y entró en crisis con las revoluciones liberales al pretender eliminar los privilegios y los monopolios, siendo mucho más evidente en las últimas décadas un cambio en la consideración de las actividades profesionales. Lo que se critica es la impunidad jurídica y la inmunidad social que caracterizaba a las profesiones clásicas, esas asimetrías tan marcadas en las relaciones y para ciertos trabajos, dejan de considerarse válidos.

En el nuevo paradigma profesional la forma de gestionar el poder ha cambiado, poniéndose en entredicho la detentación de privilegios como el monopolismo y la reclamación de una moral distinta a la del resto de las ocupaciones y de la sociedad. Se mantiene que las profesiones, en cuanto a roles sociales importantes, siguen diferenciándose del resto pero no deben hacerlo al modo clásico, es decir, deja de haber impunidad jurídica y la ética profesional también se iguala con el resto; las normas que rijan los diversos roles ocupacionales incluidas las profesiones den ser las mismas (2). Entendemos que a pesar de estos “aires de renovación” un paradigma vigente durante tantos siglos deja improntas difíciles de eliminar y que siguen de una u otra forma influyendo en la actividad profesional y en las instituciones en las que estas personas

desempeñan su labor.

La profesionalización de la Enfermería comienza a fraguarse de forma más señalada cuando el paradigma clásico de profesión está en plena crisis, pero aun así, va incorporando las características distintivas de la misma, a pesar de haber sido vista, tradicionalmente, como una actividad auxiliar de la medicina.

Pasar de una actividad auxiliar a una profesión autónoma tiene que verse reflejado de una u otra manera en el trabajo diario, en cuanto a la adquisición de nuevas funciones y competencias junto con la asunción de la responsabilidad inherente a ese ejercicio.

OBJETIVO

Analizar los cambios en las funciones asignadas a la profesión enfermera en España, desde 1915 hasta la actualidad, a través de fuentes Primarias y Referenciales.

METODOLOGÍA

Análisis documental realizado a través de trabajos historiográficos y fuentes normativas. Se ha realizado una búsqueda en las bases de datos y buscadores: TESEO®, BUN®, CISNE®, ENFISPO®, CUIDEN® e IME®. Como estrategia se han utilizado las palabras clave: Historia Enfermería, Legislación de Enfermería, Profesión Enfermera.

RESULTADOS

La profesión enfermera en España se legitima en 1915, al aprobarse el programa formativo que orientaría la actividad cuidadora. Paralelamente tiene lugar un desarrollo legislativo y normativo que regularía tanto los contenidos formativos como la actividad asistencial.

Los resultados obtenidos se han dividido en tres periodos: Etapa Enfermera, Etapa de ATS y Etapa Universitaria. En la primera etapa, en los programas formativos se hace hincapié en el carácter práctico y en una socialización con gran carga religiosa. En la etapa de ATS, desde 1953 hasta 1977, tienen lugar varias regulaciones que delimitan las competencias de su ejercicio profesional. En la etapa Universitaria se aumenta la carga teórica en los programas formativos. Aumentan las competencias y se asumen nuevos roles profesionales.

Etapa Enfermera

Como se sabe, antes del primer plan de estudios, existía para enfermeras laicas la Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría. Fue fundada por el Dr. Rubió y Galí (3). Pero no será hasta 1915 cuando se legalice la profesión Enfermera con la Real Orden del 7 de mayo. "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" (p. 91-92).

En los programas formativos se continúa haciendo hincapié en el carácter práctico y en una socialización con una gran carga religiosa. "Recordemos que la enseñanza teórica era impartida por los profesionales médicos y la enseñanza práctica era tutelada, fundamentalmente, por las Hermanas de la Caridad" (3,p.94). Más adelante señala "...la

formación de enfermeras sigue una orientación médica, vocacional y caritativa, centrada en la enfermedad y vinculada al ejercicio profesional en el hospital” (3, p. 110).

Se observa una sistematización de actividades que requieren, básicamente, cierta destreza manual, con el objetivo de un buen adiestramiento en las mismas. (3).

A la Real Orden del 7 de mayo de 1915 por la que se establece el plan de estudios para la instrucción enfermera, le continúa el Real Decreto de 28 de febrero de 1917 donde se aprueba el programa oficial de las Damas Enfermeras de la Cruz Roja y su programa de estudios. Más adelante en 1922, a través de la Real Orden del 21 de junio se aprueba el Reglamento-Programa para las Hermanas Enfermeras de San Vicente de Paúl, en los hospitales militares. En 1927 la Real Orden de 24 de febrero establece la regulación del título de Enfermera, concediéndoles en adelante carácter general tanto para hospitales civiles, militares y de la Cruz Roja, como para clínicas y dispensarios.

En la década de los treinta cabe destacar la Orden de 16 de mayo de 1932 por la que se establece el diploma de practicante y enfermero psiquiátrico. En 1942 se crea el Cuerpo de Enfermeras de Falange Española Tradicional y de las Jons.

Por otro lado es reseñable que en 1944 se promulga la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 25 de noviembre donde entre otras, se establece que en cada provincia debe haber un Colegio Oficial de Auxiliares Sanitarios.

Para cerrar esta etapa es interesante Muy interesante, lo que nos presenta Sellán sobre las diferentes competencias asumidas por las diferentes profesiones sanitarias según la legislación vigente en 1945 y que reproducimos en la tabla 1.

TABLA 1. ACTIVIDADES SEGÚN LA LEGISLACIÓN DE 26 DE NOVIEMBRE DE 1945

PRACTICANTES	ENFERMERAS	MATRONAS
<ul style="list-style-type: none"> -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. 	<ul style="list-style-type: none"> -Proporcionar atención: aseo, alimentación, eliminación, recogida de datos clínicos. -Administrar medicación. -Asistir a operaciones quirúrgicas, intervenciones y curas ayudando a los médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Asistir a partos y sobre partos. -Ejercer como auxiliares del médico en la asistencia a embarazadas bajo sus indicaciones.

Fuente: Sellán (4, p.319)

Etapas de ATS

Lo más característico de la Etapa de ATS (Ayudante Técnico Sanitario) es la unificación bajo este acrónimo de las tres profesiones de los Auxiliares Sanitarios. Dicha figura se mantuvo desde 1953 hasta 1977, año en que dichos estudios pasan a la universidad con la denominación de Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE). Durante esta etapa,

tienen lugar varias regulaciones que delimitan las competencias de su ejercicio profesional. Es muy relevante en esta etapa la Orden de 6 de julio de 1955 por la que se prohíbe la coeducación de alumnos de ambos sexos en las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

También importante fue el Decreto 2319/60 de 17 de noviembre de 1960 en el que se establecen las competencias profesionales. Así mismo en 1973 en la Orden de 26 de abril del Ministerio de Trabajo se señalan las funciones de las Enfermeras y Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Seguridad Social en Instituciones Abiertas y Cerradas, entre las cuales cabe destacar: 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; 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; 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 o Anotar cuidadosamente todo lo relacionado con la dieta y alimentación de los enfermos.(4).

Etapa Universitaria

Con la entrada en la Universidad se modificaron los planes de estudios con el objetivo de avanzar tanto a nivel disciplinar como profesional. En estos nuevos estudios se aumenta la carga teórica y también empieza a introducirse, no sin dificultades, los avances a nivel disciplinar en cuanto a modelos teóricos enfermeros, tanto conceptuales como de proceso, que ya llevaban cierta andadura desde los años 50 fundamentalmente en Estados Unidos. Entre otros objetivos también se buscaba “incrementar el prestigio y el reconocimiento social de la profesión y mejorar la calidad de la docencia” (3,p.206), además de la autonomía profesional.

Cabe señalar que en las leyes relacionadas con la regulación de las profesiones sanitarias, la última en el 2003 (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias), no se explicitan ni desarrollan las funciones o competencias exigibles a las enfermeras y enfermeros en el desempeño de su labor. Es la Orden de 1973 la última en la que quedan reflejadas dichas funciones.

En la legislación que hace referencia a la regulación de las profesiones sanitarias en nuestro país dice lo siguiente con respecto a ellas: “El concepto de profesión es un concepto elusivo que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu de servicio, que se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones. A pesar de dichas ambigüedades y considerando que nuestra organización política sólo se reconoce como profesión existente aquella que está normada desde el Estado, los criterios a utilizar para determinar cuáles son las profesiones sanitarias, se deben basar en la normativa

preexistente. Esta normativa corresponde a dos ámbitos: el educativo y el que regula las corporaciones colegiales. Por ello en esta ley se reconocen como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos.”(5). Dicha ley especifica en el artículo 4.3 que :”Los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias”; en el 7.2 específica 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”.(5).

Por otro lado nos parece interesante destacar que las organizaciones profesionales han definido la Enfermería desde el aspecto de la práctica profesional. Por ejemplo La Asociación Americana de Enfermeras (ANA) en 1980 describió el ejercicio profesional como “El diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales”, (6, p.178).

En el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) de 2005 se explicita que: “Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.”De forma muy similar, el Código Deontológico de la Enfermería Española en su versión de 1998 apunta: “Respecto al papel de los Enfermeros/as en la sociedad, hemos de tener en cuenta su responsabilidad en el área de:1) Prevención de las enfermedades; 2) Mantenimiento de la salud; 3) Atención, rehabilitación e integración social del enfermo; 4) Educación para la salud y 5) Formación, administración e investigación en Enfermería.”(7).

Como se puede apreciar existe, a nivel legislativo, 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 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. Este hecho, ya señalado cuando abordamos la delimitación del cuidar como trabajo, creemos puede ser uno de los elementos que afectan negativamente al establecimiento de una práctica clínica enfermera ambigua y poco o nada coherente con el desarrollo disciplinar alcanzado.

Hay que remitirse, como también señalamos con anterioridad, al Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, (Orden de 26 de abril de 1973) como última reglamentación en las que quedan más o menos especificadas las obligaciones del personal auxiliar titulado (entre otros enfermeras y ATS) y Auxiliares de Enfermería y señala como tales:1) “Higiene personal y el cuidado físico del paciente, 2) Pruebas diagnósticas y medidas terapéuticas en que ayuden al médico o que efectúen bajo su dirección, 3) Mantener en buenas condiciones el medio inmediato del paciente, 4) Proporcionar tranquilidad mental y paz espiritual al paciente y 5) Cuanto se relacione complementariamente con la rehabilitación del enfermo”.(8).

Por último la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal

Estatutario de los servicios de salud, en su capítulo segundo, explicita cuáles son los criterios de clasificación del personal estatutario (función desarrollada, nivel del título exigido y tipo de nombramiento) pero el primer criterio lo deja sin desarrollar, no así los otros dos.

El Grado en Enfermería ha supuesto, formalmente, la condición de posibilidad para acceder a niveles académicos de Máster y Doctor dentro del ámbito disciplinar. Ahora bien, no ha supuesto, de momento, una mejora en las competencias para el ejercicio profesional. Al no existir puestos de trabajo en el contexto clínico donde se reconozcan estos niveles académicos ni el nivel de los especialistas, salvo matrona y tímidamente en salud mental. Este año se cumplen cuarenta años del ingreso de los estudios de Enfermería en la universidad española, el cambio formal se ha dado en lo académico, quizás necesitemos otros muchos años para el cambio en la praxis desde el cambio en las mentalidades.

CONCLUSIONES

De lo expuesto hasta el momento se aprecia, en cierta medida, que los avances a nivel disciplinar en los últimos cuarenta años de pertenencia a la universidad no tienen un claro reflejo en la legislación que regula el ejercicio profesional. Nos resulta muy llamativo que términos como diagnóstico, tratamiento o cuidado estén ausentes en diferentes regulaciones, hasta el año 2003. Cabe preguntarse la influencia de este hecho en la forma de entender y llevar a la práctica los cuidados de Enfermería, cuando es evidente la indefinición existente y que pensamos repercute negativamente de forma directa tanto en las instituciones sanitarias, como en los profesionales que trabajan en ellas.

Los avances en los últimos 40 años de la Enfermería española, toda vez que a nivel formativo se ha alcanzado el máximo nivel académico, no han conseguido, en la vertiente asistencial, el pleno desarrollo de la autonomía profesional, especialmente en el ámbito hospitalario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Seco M, Olimpia Andrés O, Gabino Ramos G. Diccionario del español actual. Madrid: Aguilar; 1999.
2. Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2004.
3. Sellán MC. La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería Española Contemporánea. Madrid: FUDEN; 2009.
4. Sellán MC. Identidad y conflicto en el ejercicio del cuidado. Una aproximación histórica a la dinámica de la identidad enfermera en España. Tesis doctoral sin publicar. Madrid: Universidad Autónoma; 2007.
5. Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias. [Internet]. 2003 [consulta febrero 2017]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>
6. García C, Martínez, M L. Historia de la Enfermería. Madrid: Harcourt; 2001.
7. Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería. [Internet]. 2006

[consulta febrero 2017]. Disponible en:

<http://publicaciones.san.gva.es/val/prof/enfermeria/documentacion/codigocie2006.pdf>

8. Estatuto del personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social. [Internet]. 1973 [consulta febrero 2017]. Disponible en: http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7ceef929-d2fb-4e93-9876-a72fb773398e/16dfa7e7-6a21-42c2-ba1b-64a7728d89f3/ad868fe2-2393-44e8-9cf0-4536fab27318/orden_26_04_1973_estatuto.pdf

Legislación seleccionada

Real Orden del 7 de mayo de 1915, por la que se establece el plan de estudios para la Instrucción Enfermera.

Real Decreto de 28 de febrero de 1917, por el que se aprueba el programa oficial de las “Damas Enfermeras” de la Cruz Roja.

Real Orden del 21 de junio de 1922, por el que se aprueba el Reglamento-Programa para las Hermanas Enfermeras de San Vicente de Paúl.

Real Orden de 24 de febrero de 1927, por la que se establece la regulación del Título de Enfermera.

Orden de 16 de mayo de 1932, por la que se establece el Diploma de Practicante y Enfermero Psiquiátrico.

Ley de 3 de enero de 1942, por el que se crea el Cuerpo de Enfermeras de Falange Española Tradicional y de las JONS.

Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944, por la que se establecen las Bases para la Organización de la Sanidad Nacional.

Orden 26 de noviembre de 1945, por el que se establecen los Estatutos del consejo de Previsión y Socorros Mutuos de Auxiliares Sanitarios y de sus Colegios Oficiales.

Orden de 6 de julio de 1955, por la que se prohíbe la coeducación de alumnos de ambos sexos, en las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

Decreto 2319/60 de 17 de noviembre, sobre la competencia profesional de los Ayudantes técnicos Sanitarios (ATS), Enfermeras y Matronas.

Orden de 26 de abril de 1973, del Estatuto del personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social.

Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero.

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

RESPECTO A LA VIDA Y A LA DIGNIDAD HUMANA

THE RESPECT FOR LIFE AND HUMAN DIGNITY

Luis María Herrero García

Grado en Enfermería por la Universidad Pontificia de Salamanca

Noemí Calvo Tamames

Grado en Enfermería por la Universidad Pontificia de Salamanca

PALABRAS CLAVE: Respeto, Dignidad, Bioética.

KEY WORDS: Respect, Dignity, Bioethics.

RESUMEN: Objeto de estudio que surge debido a una serie de circunstancias, en las cuales se ven vislumbradas la vulnerabilidad y la fragilidad humana, así como la impotencia que tenemos ante ciertas rupturas de nuestro periplo vital. Por ello trataremos una serie de conceptos que nos competen; qué es la dignidad humana, tipos y componentes de la misma. Es a partir de esta definición, dónde aflora el respeto a la persona, el cual forma la base de la Bio/ética. Por último nos centraremos en algunos supuestos prácticos, en los cuales queden quedar en entredicho la dignidad y se establezca un conflicto con otros valores. El progreso de las ciencias biomédicas, han traído consigo el avance social y personal del hombre, dando lugar al planteamiento de numerosos dilemas bioéticos, que pueden suponer, el deterioro de la visión integral de la persona y la consiguiente solidificación de un trato puramente fisiológico.

ABSTRACT: The target of this paper arises from a serie of medical situations, in which we can see the vulnerability and human fragility, as well as the helplessness that we may have before certain ruptures of our lifetime. Because of that, we will deal with a series of concepts involved, which are, human dignity, types and components of it. It is from this definition where arises human's respect, which is the base of ethics. Finally, we will focus on some practical assumptions, in which dignity is compromised and conflict with other values is established. The progress of biomedical sciences has brought a relevant social and individual progress, creating a bioethical debate, which can mean the degradation of the integral vision of human being and therefore, the consequent solidification of a purely physiological treatment.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, las ciencias de la salud, y de manera particular la medicina moderna debido a su creciente especialización, corren el peligro de reducir al hombre tratando tan solo su parte funcional, por lo que debemos hacer especial hincapié en el establecimiento de una visión integral del mismo, que fomente una atención a la persona en su totalidad.

Una de las cuestiones de mayor relevancia sería: ¿Hasta dónde puede avanzarse en el creciente dominio del hombre sobre el hombre? Para dar respuesta se acuña el término: bioética, cuya composición surge a partir de la siguiente suma; *bios* (vida) y *ethikós* (ética) (1). Señalada, por tanto, cómo *la ética de la vida*, y encarga del estudio de la moralidad del obrar humano, dotada de una serie de características principales entre las que se encuentran; *Interdisciplinaria, Prospectiva, Global y Sistemática* (2).

En cuanto a los principios bioéticos de, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia destacaremos la teoría elaborada por los norteamericanos Tom Beauchamp y James Childress, en su libro *Principles of Biomedical Ethics* (3). Enfoque, que guía las decisiones entorno a dichos principios. Una de las principales controversias que nos encontramos es que dejan en entredicho la falta de un fundamento ontológico y antropológico, pudiéndolos tachar de «estériles y confusos» (4). Nuestro esfuerzo y principal función va a estar dirigidos en promover la autonomía de los pacientes, dado que consideramos a estos mismos como «sujetos», no como «objetos», es decir, seres dotados de dignidad, la cual juega un verdadero *rol unificador* del conjunto de la ética biomédica.

Llegando a la conclusión de ¿Cómo debemos tratar a la vida, sobre todo, a la vida humana? Mediante el respeto a *la vida humana* la que se coloca en el centro del debate bioético.

Una vez más, la única cuestión que cuenta, es la del valor de la existencia humana.

Claude BRUAIRE

El Respeto a la Dignidad Humana. Principio fundamental de la bioética.

Podemos situar cómo punto común de los nuevos interrogantes: *“el valor del ser humano en su totalidad frente a los desarrollos biomédicos”*. El cuestionamiento eterno del ser humano sobre sí mismo y su dignidad, es una de las principales reflexiones que plantea la bioética, en cuanto al campo de la biomedicina, cuya preocupación central reside en el transcurso de la práctica asistencial, que debe estar en armonía con el respeto de la dignidad humana.

Tomando como punto de partida; que cada persona posee un valor intrínseco e inalienable, opera como base de fondo, no sólo de cada decisión clínica concreta, sino de la teoría bioética como un todo y de las normas que regulan la materia. La dignidad debe estar en consonancia con la idea comúnmente admitida de que ella representa un valor absoluto o incondicional.

Esto lleva a la conclusión de que no podremos llevar a cabo ningún tratamiento indigno sea cual sea la circunstancia. Por lo tanto, es la dignidad humana la que fija el marco en el que las decisiones autónomas gozan de legitimidad. Todo ello sostenido en los artículos 4 y 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, según los cuales existen ciertos derechos humanos que son absolutos, en el sentido de que no admiten limitación o reglamentación alguna: el derecho a no ser sometido a la tortura, a la esclavitud y a otros tratamientos inhumanos o degradantes (5).

Dignidad Intrínseca: se refiere al valor que posee todo ser humano en virtud de su mera condición humana, sin que ninguna cualidad adicional sea exigible (6).

Dignidad Ética: hace referencia, no al ser de la persona, sino a su *obrar*. En tal sentido, el ser humano se hace él mismo mayormente digno cuando su conducta está dirigida a la realización del bien (6).

Calidad De Vida

En primer lugar debemos hacer un breve repaso a *La calidad de vida*, término que dota de una gran relevancia. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (7).

Puede significar simplemente que debe mejorarse el nivel de cuidados de quienes padecen una dolencia grave, sobre todo si es incurable (cuidados paliativos, tratamiento del dolor, etc.). Así entendida, la noción de «calidad de vida» no genera mayores discrepancias. La gran controversia surge cuando esta es entendida como un valor meramente cuantitativo, para expresar la idea de que hay vidas humanas que no tienen suficiente calidad», o, en otros términos, que ciertas vidas se ubican por debajo de la «norma» (8).

De esta manera nace la peligrosa idea de «vidas sin valor vital» (*lebensunwerte Leben*), dado que hay seres humanos como los enfermos terminales, recién nacidos, o afectados graves, para quienes sería mejor la aproximación a la muerte, llevándose a cabo el siguiente planteamiento: “Dado que la «calidad de vida» actual del individuo es inferior al estándar fijado, y que las perspectivas de mejorar son muy bajas o inexistentes, su muerte se convierte en un objetivo a alcanzar, por acción u omisión” (9).

Es ahí donde entra en juego el enorme papel de la corriente objetivista o personalista, dotando a todo ser humano de una dignidad que le es propia, que merece ser respetada como un fin en sí, cualquiera que sea su grado de autonomía o desarrollo de su salud física o mental. Todo ello debido al hecho de ser *persona*, es decir, un *ser dotado de espíritu*, y nunca es aceptable actuar directamente contra un bien básico; como la vida. (6).

Respeto a la Vida

Dado que la dignidad es inherente al ser humano, este debe ser respetado de tal manera que en ninguna circunstancia dicha dignidad pueda verse reducida. El respeto a la persona es la base de la ética, y surge del reconocimiento previo de la persona. Por tanto decir que una persona tiene dignidad, es afirmar, en definitiva, que su vida tiene un valor y merece una consideración. Del reconocimiento de la dignidad, de ser persona, nace el

respeto.

Continuamente manifestamos tal respeto, a lo largo de la práctica asistencial mediante nuestras actitudes y actuaciones, y de forma concreta en la enfermería del cuidado. Podremos hablar sobre un nuevo camino hacia *el reconocimiento de la vulnerabilidad de las personas*, es decir, aquella que surge de nuestra capacidad de sufrir y de padecer, en cuanto al plano físico, como ocurre con las enfermedades o agresiones físicas, pero también somos vulnerables en el plano psíquico y moral. Nace así la necesidad de cuidados sanitarios no solamente centrados en la función de curar sino de cuidar. Principio que brota directamente del imperativo del respeto a la vida, que es el bien más básico de la persona, el primero de sus derechos fundamentales.

Visión desde el Ámbito Sanitario

Cuando aplicamos el concepto de dignidad como criterio profesional de las actividades biomédicas, surge inevitablemente la pregunta acerca del trato que merece el paciente y en qué consiste su dignidad. Esta reflexión se ve en alguna medida dificultada por el hecho de que la ciencia moderna se ha focalizado de modo casi obsesivo en reducir la vulnerabilidad humana, que ha sido vista como el mal absoluto a combatir, y a exaltar simultáneamente la autonomía de la persona. Al mismo tiempo, la dignidad humana está llamada a servir de guía última para la formulación e interpretación de las normas deontológicas y legales relativas a la biomedicina.

Debemos aclarar, que la idea de dignidad, abarca una significación muy extensa y normalmente no nos aporta una solución inmediata y precisa a los grandes dilemas bioéticos, pero sí ilumina cada decisión concreta en la labor de los profesionales de la salud que surgen en el ámbito sanitario, por intermedio de otros principios, tales como:

- Exigencia del consentimiento informado del paciente.
- Cuidado de su integridad física y psíquica.
- Mantenimiento del secreto profesional.
- Prohibición de tratos discriminatorios, etc.

De esta forma la dignidad humana, en nuestro medio profesional representa un *rol paradigmático* que revela el sentido último de la actividad biomédica. Esta visión nos permite no perder de vista, que cada paciente no sea únicamente ni un «caso», ni una «enfermedad», ni un «diagnóstico», sino que sea reconocido como *persona* dotada de un valor inefable y que por tanto debemos tratarla con el mayor respeto y cuidado.

Cuando adquirimos dicha actitud, estaremos diciendo tácitamente al paciente: «usted es una persona y no un objeto»; «su existencia tiene un valor intrínseco, no sólo para usted, sino también para mí y para todos». Este abordaje integral dentro de la actividad clínica, no debe permanecer en un escalón secundario, sino que debe ser dotada de gran relevancia, para evitar la deshumanización de la labor médica.

Aplicación del Principio de Beneficencia

No siempre es fácil determinar lo que es beneficio del paciente, dado que la gran parte de los tratamientos suelen implicar dos efectos, uno bueno y otro malo como son la presencia de riesgos o efectos colaterales, se habla entonces de la «acción de doble efecto» o del «principio del voluntario indirecto» y para ello será necesario adquirir una actitud estricta y responsable para ser capaces de valorar en cada caso, las ventajas y desventajas a fin de determinar el curso a seguir.

Supuestos prácticos, que se nos plantea:

a) Alivio del dolor en el enfermo terminal: se le suministra morfina, nos encontramos con la controversia, de tener como efecto secundario de abreviar su vida.

b) Extirpar un tumor cancerígeno a una mujer embarazada: se la somete a una intervención quirúrgica que puede tener el efecto no deseado de hacerle perder el hijo.

En tales casos, el acto médico es éticamente aceptable cuando se cumplen ciertas condiciones:

a) Que la acción principal sea en sí misma buena y que la intención del agente también lo sea. Esto significa que el mal no debe ser directamente querido, sino sólo aceptado como un efecto secundario de la acción principal. En otras palabras, no se debe causar directamente un mal para obtener un bien.

b) Que haya razones proporcionadas para actuar de esa manera, es decir, que el efecto positivo sea proporcionalmente superior, o al menos equivalente, al efecto negativo.

Resaltando par conclusión que en la actualidad se trata de abordar el principio de beneficencia, no solo desde una evaluación puramente técnica hecha por un profesional, sino que se integra también con una dimensión subjetiva, que aporta el destinatario de la intervención médica.

Situación de Vulnerabilidad en el medio hospitalario

En muchas ocasiones, el destinatario de la práctica biomédica no es «autónomo» sino que, por diversas razones (edad, salud mental, situación socio-económica, etc.), se encuentra en una situación de especial fragilidad, que le expone a ser explotado o a sufrir daños en su integridad física. Por ello, la sociedad tiene la responsabilidad de prever medidas particulares para evitar abusos. Es lo que en bioética se conoce con el nombre de «principio de vulnerabilidad». Como lo destaca Gabriel Marcel, "el carácter sagrado de la dignidad humana aparece más claramente cuando estamos frente al ser humano en su desnudez y debilidad, frente al ser humano indefenso, tal como lo encontramos en el niño, en el anciano, en el pobre y en el enfermo (10). Tal vulnerabilidad se acentúa con mayor intensidad:

Menores y Ancianos. Enfermedad psíquica. Investigaciones Biomédicas.

En cuyos casos resulta necesaria la intervención de un representante legal para asegurar que la práctica no sea contraria al bien del paciente, dado que el riesgo de abuso es mayor. Precisamente es en razón de esta vulnerabilidad, cuando se exigen ciertas medidas especiales de protección.

Supuesto práctico; sobre la Investigación Biomédica (11):

- No debe implicar más que un riesgo y una incomodidad mínimos.
- El proyecto debe ser aprobado por un comité de ética independiente.
- Contar con el consentimiento de un representante legal, etc.

CONCLUSIÓN

Cada vez más, surge la necesidad de aplicar los principios de la Bioética, debido al gran crecimiento tecnológico del medio, concretamente de la ciencia biomédica, dentro del ámbito sanitario. Todo ello nos empuja a tener como base del acto terapéutico, la dignidad humana, inviolable sea cual sea el fin. Surgiendo así, el respeto inminente por la vida de las personas, en particular de los pacientes, sometidos en numerables ocasiones a situaciones, donde se intensifica la vulnerabilidad del hombre, la cual brota como consecuencia de un estado deficitario de salud.

El objetivo a alcanzar será actuar de forma activa, en la detección de aquellas situaciones en las que queden en entre dicho, la dignidad y la fragilidad del paciente. Fin que dará cómo fruto, una serie de cuidados profesionales, cuyo pilar principal se apoye en la visión integral del hombre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reich W. Encyclopedia of Bioethics. Vol I, In Introducción. Nueva York; 1978. p. 19.
2. Durand G. La Bioéthique. París; 1989.
3. Oxford University. 6th ed. Press Nueva York; 2008.
4. Sgreccia E. Manuale di bioetica. 3rd ed. Milán; 1999. p. 173.
5. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. In ; 2005. p. Arts. 7 y 8; *id.*, Europa Cd. Convención sobre Derechos Humanos y Biomedicina. In ; 1997. p. Arts. 6, 7 y 17.
6. Andorno R. Bioética y dignidad de la persona. 2nd ed. Madrid: Tecnos (grupo Anaya); 2012.
7. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 1948 [cited 2017 Marzo 3]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official_record2_eng.pdf .
8. Binding K, Hoche A. El derecho de suprimir las vidas que no merecen ser vividas; 1920.
9. García D. Fundamentos de bioética. Madrid: Tricastela; 2008. p. 103; *id.*, García D. Arqueros al blanco: estudios de bioética. Madrid: Tricastela; 2004. p. 229.
10. Marcel G. La dignité humaine et ses assises existentielles. París; 1964. p. 168.
11. Mundial AM. Declaración de Helsinki sobre investigaciones médicas en seres humanos. In ; 2008. p. Párrafo 27.

LA RELACIÓN HUMANA ENTRE LA ENFERMERA Y EL PACIENTE

THE HUMAN RELATIONSHIP BETWEEN THE NURSE AND THE PATIENT

Elisa Benito García

Grado en Enfermería por la Universidad Pontificia de Salamanca

Estela Romero Rodríguez

Grado en Enfermería por la Universidad Pontificia de Salamanca

PALABRAS CLAVES: Relación humana, Empatía, Comunicación, Calidad.

RESUMEN: En el siguiente trabajo se pretende plasmar la importancia que posee el profesional de enfermería en la relación con el paciente, alertar de la necesidad de una relación de calidad, dedicándole tiempo al paciente, y tratando a cada persona según sus circunstancias.

La enfermera busca aproximarse a las demandas de salud del paciente, valorando su realidad social, para resolver de la mejor manera posible el problema. Para ello debe poseer una serie de habilidades, y gracias a la comunicación verbal y no verbal establecerá una relación adecuada con el fin de comprender la necesidad de salud.

KEY WORDS: Human relationship, Empathy, Communication, Quality.

ABSTRACT: In the following work is intended to show the importance of the nursing professional in the relationship with the patient, alerting the need for a quality relationship, dedicating time to the patient, and treating each person according to their circumstances.

The nurse seeks to know the health demands of the patient, assessing their social reality, to jointly solve the problem presented in the best possible way. For this must possess abilities, and thanks to communication verbal and no verbal establish an appropriate relationship for understand the need for health.

INTRODUCCIÓN

La relación humana entre la enfermera y el paciente es un tema que está a la orden del día, y del que es necesario concienciar y educar cada día a más profesionales.

La relación humana debería estar siempre presente en todos los ámbitos, pero mucho más si cabe en el sanitario, ya que el paciente busca nuestra ayuda por algún problema que para él es importante, y espera recibir una atención cálida, con empatía, humilde, profesionalizada, personalizada, en resumen como el nombre de la ponencia indica, una relación humana en todos los sentidos.

La relación humana en la enfermería actual

Hoy en día, el trabajo de los profesionales sanitarios, y en concreto el de la enfermería está en la mayoría de las ocasiones infravalorado, lo que genera sentimientos de frustración, que junto a la sobrecarga en el trabajo terminan provocando profesionales “quemados” e insatisfechos en sus puestos de trabajo. 1, 2, 3.

Esto da lugar a que se puedan producir riesgos importantes en el trato que recibe el paciente, y las consecuencias son importantes, ya que hablamos de personas, que se merecen todo el respeto, la atención, y la profesionalidad que la enfermería debe aportar. 2, 4.

Se hace preciso ante esta situación, valorar la reorganización de los entornos de trabajo, aportando un apoyo social a los profesionales, para mejorar su rendimiento y disminuir su nivel de estrés. Todo ello supondría enfermeros más entregados a las necesidades del paciente, con más tiempo para dedicarles y para solucionar sus necesidades de salud. 4, 5.

La importancia del trabajo en equipo en la atención al paciente

El trabajo en equipo es una herramienta fundamental, con ello se fomenta un ambiente de trabajo dedicado al paciente, en el que cada profesional aporta sus conocimientos, con el principal objetivo de solucionar la demanda de salud. Además se consigue un mayor seguimiento del paciente en cada una de sus etapas tanto de enfermedad, como de recuperación, y se le presta un mayor acceso a la asistencia sanitaria. 4.

Con ello se conseguirán lugares de trabajo con un clima psicológico favorable de seguridad, confianza, empatía, comunicación, cordialidad, comodidad y positividad.4

Por el contrario una deficiente comunicación interpersonal, tendrá repercusiones negativas tanto para el profesional como para el paciente. Y aún en la actualidad, se encuentran profesionales con deficiencias para desarrollar relaciones comunicativas eficaces, generando problemas que repercutirán directamente en una persona, la mayoría de las veces en situaciones de indefensión, que merece el mejor trato y la mejor atención disponible.3, 5.

La relación enfermera basada en la empatía

Las “relaciones positivas con otros” se definen como la capacidad de mantener relaciones estrechas con otras personas, basándose en la confianza y en la empatía. 1.

Carl Rogers, definía la empatía como la capacidad que se tiene para comprender la experiencia única de la otra persona, y tras ello, comunicarle parte de esta comprensión. Es decir, se debe captar el marco de referencia del paciente, percibir sus significados personales como si fueran propios y acompañarlo en sus sentimientos, para así conseguir explorar con mayor precisión sus experiencias y clarificar sus sentimientos más profundos.1, 2.

La empatía en la actualidad

Hablando de una manera coloquial, la empatía sería “estar dentro de los zapatos de la otra persona”.

Pero ¿qué es lo primero que nos llama la atención en un paciente?, en la mayoría de las ocasiones nos alerta lo que hace mal. Y nuestra siguiente reacción suele ser criticar su comportamiento sin pararnos a analizar el por qué lo ha hecho. 6.

Esto es justo todo lo contrario a lo que significa la empatía, puesto que no debemos criticar nunca el comportamiento de un paciente, sin antes habernos puesto en su lugar e intentado comprender sus circunstancias. 5, 6.

En relación a todo esto, Carl Rogers define otro término, en este caso el de “Aceptación incondicional”, que implica aceptar a la persona como es, con sus sentimientos y experiencias, mostrando respeto e interés positivo hacia el paciente, lo que le permite explorar hacia su interior sin miedos. 1, 2.

Si bien es verdad, que antes de poder aceptar a los demás, debemos aceptarnos a nosotros mismos, y debido a esto Carl Rogers define su tercer término “Autenticidad o Congruencia”, explicado como la capacidad de ser lo que eres, sin ocultarse detrás de otra personalidad. 1, 2.

La comunicación verbal y no verbal

La comunicación es un proceso interactivo y recíproco por el que la enfermera y el paciente se benefician. Sirve en primer lugar para manifestarle al paciente nuestra intención de ayuda y el tipo de cuidados que le podemos ofrecer.3.

A la hora de escuchar activamente al paciente, no sólo prestaremos atención a su comunicación verbal, sino también y siendo fundamental la comunicación no verbal, estaremos atentos a su tono de voz, su mirada, su sonrisa, su postura, su gesticulación, etc., suponiendo hasta un 70% del lenguaje empleado.4.

Se ha corroborado que a mayor número de miradas entre dos personas, mayor nivel de vinculación emocional y de comodidad se verá entre ellas.4, 5.



En cuanto a la comunicación no verbal respecto a la enfermera, hay infinitud de gesticulaciones que pueden indicar desde interés y aceptación a todo lo contrario. Por ejemplo inclinar los hombros hacia delante, asentir con la cabeza de arriba abajo, mirar a los ojos al paciente, sonreír, mantener una postura erecta y relajada, gesticular con las manos, y muchos más elementos de la comunicación no verbal, diferencian a un buen profesional en la relación humana. 5.



El cuidado humanizado

El profesional de enfermería como gerente de los cuidados, debe planificar, ejecutar y evaluar el cuidado con calidad y sensibilidad humana. Esto se llevaría a cabo más fácilmente si la enfermería fuera una profesión vinculada a la vocación, por la que el profesional hace lo que le gusta, lo que siempre ha querido, y se siente bien con ello.8,9.

Watson concluye en que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente.10.

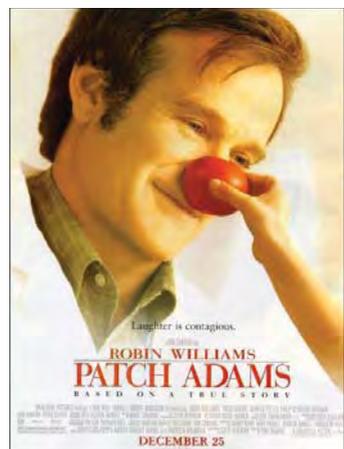
El cuidado humano debe estar basado en la reciprocidad, con calidad única y auténtica. Para ello la enfermera no solo dispondrá de actitudes académicas y clínicas, sino también y fundamentalmente deberá ser un agente humanitario y moral.9, 10.

Leininger también se interesó por este tema, desde el punto de vista de la cultura, aportando que cada persona es distinta, y debe ser cuidada según sus necesidades y valorando individualmente sus características sociales. 8.

El ejemplo de la relación humana en la película Patch Adams

En esta película se muestra que para prestar una atención de calidad es necesario no tener miedo en demostrar muestras de afecto mediante una caricia, una sonrisa o un simple gesto agradable. Es imprescindible tratar a cada paciente por su nombre, hay que olvidar aquello de los números de las habitaciones, ¿Acaso una persona puede quedar simplemente reducida a un número de habitación?, pues esa es la impresión que se da cuando se les trata así.

En el trabajo a veces se puede estar cansado, enfadado, sin ganas; pero ello no es ninguna justificación para tratar mal a un paciente, o no mal sino simplemente tratar por tratar. Yo siempre pienso en cómo me gustaría que me trataran a mi o a alguno de mis familiares, y estoy segura de que si es una profesión elegida por vocación siempre encuentras la manera de olvidar tus problemas y durante el trabajo no pagar nada con los



pacientes, que son los que menos se lo merecen.

Se debe ver a la enfermera como aquella persona en la que podemos confiar, a la que se le pueden contar nuestras inquietudes, miedos, alegrías, problemas, inseguridades.

«La risa no es una terapia, como tampoco lo es música. Terapia suena a cirugía, a homeopatía o a tratamiento. La risa y la música son mucho más, yo diría que son la vida misma, una parte esencial de nuestra condición de humanos. Lo que no es de humanos es la seriedad. No conozco una sola enfermedad que se cure con la seriedad, con la ira o con la apatía. No llegaremos muy lejos si nos ponemos muy serios. Lo más curativo es el amor, el humor y la creatividad».

CONCLUSIÓN

Debemos ser profesionales llenos de valores y virtudes, que no cumplan únicamente con el deber, sino que hagan cada situación especial, sacando fuerzas de donde se pueda, teniendo paciencia en las situaciones difíciles y poniéndonos siempre en el lugar del otro.

La principal función de la enfermera es cuidar, ello significa proporcionar el mayor bienestar posible en cada momento de la estancia hospitalaria, “ocuparse de una persona, que requiere de algún tipo de atención o asistencia, estando pendiente de sus necesidades y proporcionándole lo necesario para que esté bien o esté en buen estado”

Si bien es cierto que siempre hay que saber marcar unos límites; los pacientes deben saber que nosotros somos los profesionales y ellos en ese momento los enfermos, pero ello no implica que todos somos personal de igual a igual, simplemente indica un rol que debe ser desempeñado con la mayor humanidad posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rogers C. El proceso de convertirse en persona Barcelona: Paidós; 1989.
2. Rogers C. Persona a persona Buenos Aires: Amorrortu; 1980.
3. Moñux, Y. R. et al. Las relaciones interpersonales de los enfermeros en asistencia hospitalaria y el uso de habilidades comunicativas. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(3), 555-62; 2014 http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/es_0104-0707-tce-23-03-00555.pdf
4. Arriagada, J. B. O., & Salas, M. C. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Contribución de enfermería. Ciencia y enfermería*, 15(1), 25-31; 2009 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441798004>
5. Ramírez, P., & Müggenburg, C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería universitaria*, 12(3), 134-143; 2015 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632015000300134&script=sci_arttext
6. Troncoso, M. P., & Suazo, S. V. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*, 20(4), 499-503; 2007 <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18>
7. Álvarez, L. N. R., & Triana, Á. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Avances en Enfermería*, 25(1), 56-68; 2007 <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35901>
8. Leininger, M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados*, 6, 5-8.1999

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5126/1/CC_06_01.pdf

9. Navarro, A. L., del Alcazar Pabst, R. M., Zamorano, Y. M., Veliz, L. P., Moreno, E. R., & Lobato, I. V.. HABILIDADES PARA EL CUIDADO HUMANIZADO DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 5(1), 29-34. 2016.

<https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/1190>

10. Villaquirán, J. C. C., & Restrepo, N. B. Reconocimiento del profesional de enfermería como persona humanizada, en una institución de salud del departamento del Quindío, Colombia. Libros Editorial UNIMAR. 2016.

<http://www.umariana.edu.co/ojseditorial/index.php/libroseditorialunimar/article/view/997>

RELACIÓN CON EL PACIENTE

RELATIONSHIP WITH DE PACIENT

Luis María Herrero García

Grado en Enfermería por la Universidad Pontificia de Salamanca

Raquel Cabo Villalón

Grado en Enfermería por la Universidad Pontificia de Salamanca

Noemí Calvo Tamames

Grado en Enfermería por la Universidad Pontificia de Salamanca

PALABRAS CLAVE Relación terapéutica, Comunicación, Bioética, Relación de Ayuda.

KEY WORDS: Therapeutic Relationship, Communication, Bioethics, Help Relationship.

RESUMEN: El estudio de la Comunicación humana necesita un enfoque multidisciplinar que englobe las diferentes facetas del ser Humano. Aplicado en el ámbito enfermero, la Relación de Ayuda facilitará el proceso terapéutico del paciente. El enfoque centrado en la Persona y la Relación de Ayuda define qué es cuidar dentro un marco ético y legal que comprenda la necesidad de mantener la autonomía del paciente y la búsqueda de sus propios recursos. El desarrollo tecnológico, la masificación del sistema sanitario, el avance hacia una mayor especialización, las carencias formativas en materia de comunicación y habilidades sociales, o los aspectos socioculturales radicales pueden afectar en el trato digno del paciente. El trabajo emocional con el paciente conlleva un cuidadoso uso de las habilidades comunicativas, lo cual se justifica en base a la búsqueda de la excelencia en los cuidados. Esta calidad se manifestará con pacientes más satisfechos y responsabilizados en su autocuidado.

ABSTRACT: The study of human communication needs a cross-disciplinary study including the different facets of human beings. Applied to the field of nursing, the relation of help will help with the patient's therapeutic process. The approach, focused on the person and the relation of help define what is to care within an ethical frame which comprehends the need to maintain the patient's autonomy as well as the search of his/her own resources. The patient might be influenced by technologic development, widespread increase of nurse system, the progress towards a more specialization, educational gaps in the field of communication and social abilities or some traditional sociocultural aspects. Emotional work with the patient implies a careful use of communicative abilities, which is justifies based on the quest of excellence in care. This quality will not only lead patients to take responsibility in self-care, but they will also be more satisfied.

Los avances científicos y técnicos están transformando rápidamente las actividades diarias del profesional enfermero y del propio Sistema de Salud. Pero esta especialización no debería olvidar la labor básica enfermera: cuidar a la persona en todas sus dimensiones. Los modelos enfermeros actuales se fundamentan en principios humanistas y en el protagonismo del paciente en su proceso terapéutico. Parece paradójico que en la práctica, los profesionales a menudo manifiesten múltiples carencias formativas en estos aspectos (1).

¿Por qué deberíamos encuadrar el cuidado en la comunicación con el paciente en las prioridades terapéuticas, si realmente acude al hospital por cuestiones somáticas que ocasionalmente pudieran ser tratadas sin la participación del paciente? ¿Merece la pena que los profesionales de la Salud inviertan más tiempo, dinero, esfuerzo y formación en mejorar y aplicar sus habilidades comunicativas en pro del beneficio del paciente? Como profesionales de Enfermería (¡y potenciales pacientes!), ¿qué tipo de cuidados queremos que definan nuestro Sistema de Salud? En 1984, el Instituto Nacional de Salud elaboró un Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria con el objetivo de orientar los cuidados sanitarios hospitalarios hacia un enfoque más humanitario, ya que se detecta que la progresiva masificación y tecnificación hospitalaria hacían que las personas se sintieran más indefensas y desvalidas (2). Por este motivo, se crea la Carta de Derechos y Deberes de los pacientes, aludiendo básicamente a que la Humanización en el sistema sanitario se trata básicamente de conductas y actitudes profesionales. Es una llamada al desarrollo de la profesión ligada a la dimensión ética y a la calidad de los cuidados sanitarios.

Somos seres sociales, ya que nuestra vida se desarrolla con el otro. Las habilidades comunicativas nos ayudan a mejorar las relaciones interpersonales. Ello, si cabe, resulta más relevante cuando existe una fuerte carga emocional (como puede ser en el campo de la Salud), por lo que cuidar la Comunicación para que sea de calidad exige no improvisarse ni dejarse a la voluntad de los profesionales (3).

Somos seres simbólicos. En esta dimensión, el lenguaje cobra un significado esencial en nuestra forma de vivir, de pensar, de sentir. En el ámbito enfermero ayuda a que las necesidades inferidas sean satisfechas y posibilita que el paciente participe en la toma de decisiones relacionadas con sus cuidados (4). Como profesionales sanitarios, una adecuada comunicación nos ayuda a usar nuestros conocimientos, habilidades y técnicas para conseguir la información que necesitamos y poder intervenir terapéuticamente. Además nos ayuda a crear una atmósfera de confianza y credibilidad. Solo a través de la Comunicación podemos saber cómo está la persona viviendo su problemática y a conseguir una mayor implicación en sus cuidados. En este punto, la formación y uso cuidadoso de los componentes paralingüísticos (el volumen de voz, la duración en los turnos de palabra, el tono y la voz, la claridad y la velocidad o las pausas y silencios) y/o la comunicación no verbal (la expresión facial, la mirada, los gestos y posturas o el tacto) se hace fundamental a la hora de conseguir eficacia en nuestras comunicaciones con el paciente.

La Comunicación ha de integrarse dentro de un marco que defina su propósito: la Relación de Ayuda. Ésta puede definirse como un modo de ayudar en el que quien lo hace, usa especialmente recursos relacionales para acompañar al otro a salir de una situación

problemática o a vivirla lo más sanamente a través de un camino de crecimiento (5). Se trata de un intercambio humano y personal donde la enfermera/o va a captar las necesidades del paciente con el fin de ayudarlo a encontrar otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual (6).

Puesto que se entiende que persona es un ser integral, la Relación de ayuda que se establece con el paciente debe ser en relación a todas sus dimensiones, no solo la física, como tradicionalmente se habían centrado los cuidados sanitarios. Por esta razón, se hace imprescindible la atención al plano emocional, social, intelectual o espiritual. Solo así podremos comprender la experiencia de la persona para ayudarla a desarrollar sus potencialidades. Para Rogers, la autenticidad, el respeto, la consideración positiva y empatía son los principios básicos que deben sustentar la Relación de Ayuda. Para él, estas tres actitudes son tan prioritarias como los propios conocimientos técnicos. Estas características fundamentan la escucha activa. Es decir, para que se produzca una comunicación eficaz, no basta con oír el mensaje de nuestro interlocutor, sino que también es necesario analizar y comprender lo que nos está transmitiendo. Implica un esfuerzo físico y mental en la interpretación del significado de la totalidad del mensaje que nos transmite. Es un proceso que exige una atención física y psicológica del contenido del mensaje y de los sentimientos que le acompañan. A menudo, esto conlleva pedir aclaraciones sobre el significado de lo dicho y el correcto uso de la retroalimentación. Es decir, es un proceso aparentemente sencillo pero exigente, ya que conlleva observar cuidadosamente todos los elementos presentes en la comunicación a la vez que se muestra interés por las opiniones y sentimientos del receptor. Así, incluye aspectos no solo atencionales, sino también motivacionales (7).

Esta orientación amplía enormemente la visión del ejercicio de la profesión enfermera y nos hace reflexionar sobre cuestiones básicas como ¿quiénes somos como profesionales?, ¿para qué estamos?, ¿quién es el paciente y qué necesita?, ¿qué es la Salud y la Enfermedad? Es decir, qué es o qué debe ser Cuidar a alguien. La pregunta por el ser y hacer de Enfermería se ha identificado desde los años sesenta con el cuidado como la esencia de la profesión. Este cuidado se define por la Relación de Ayuda a la persona, familia y grupos comunitarios con el fin de promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en la rehabilitación y/o aliviar el dolor. La interacción, la participación, el afecto y la ética son entendidos como la esencia del Cuidar. Todas estas facetas de la Relación de Ayuda son las que deberán cimentar la Comunicación entre profesional y paciente (5). Esto obliga a considerar y reformular algunos conceptos enfermeros básicos como ¿qué es el Cuidado?, ¿qué afecta el Cuidado?, ¿cómo se lleva a la práctica?, ¿cuáles son las medidas de confort y apoyo que realiza la enfermera en el acto de cuidar?

Qué información, cómo y cuándo darla es una cuestión a menudo delicada que requiere reflexión, adaptación y habilidades comunicativas para que los resultados sean lo más beneficiosos para el paciente/familia. Para ello, es imperativo que la Relación de ayuda deba ser amparada dentro de un marco legal/ético que oriente los aspectos básicos en la consecución de unos mínimos en el cuidado digno y eficaz del paciente (como, por ejemplo, la Ley de Autonomía del Paciente o el Código Deontológico).

La forma de transmitir las noticias delicadas haciéndolo de una forma cuidadosa y planificada influye notablemente en la respuesta del paciente y familia. El que se sientan acompañados y comprendidos colaborará a aumentar su satisfacción en momentos tan sensibles. Preparar la entrevista, conocer qué sabe el paciente y/o qué desea conocer, compartir la información con él facilitando la expresión de las emociones y miedos, responder a sus sentimientos, clarificar dudas y comprobar lo que ha entendido el paciente para planificar su futuro conjuntamente son estrategias básicas que utilizamos para comunicar malas noticias (8).

La información y la fidelidad relacional son construidas no puntualmente en un momento dado, sino que se revelan mediante un proceso donde la clave reside en la comunicación efectiva y afectiva. Desde esta perspectiva, podremos considerar la información como válida si es integradora -se tiene en cuenta la realidad del paciente, familia y contexto sociocultural-, dinámica, secuencial -tiene en cuenta la evolución de los hechos-, y finalista -el objetivo es el control emocional, autonomía en las decisiones, colaboración en el tratamiento, adaptación a la situación (9).

Se hace necesario crear espacios de confianza e intimidad, donde haya un ambiente de honestidad y verdad, ya que muchas de las inquietudes que sufre el paciente se relacionan con su situación vital.

La heterogeneidad de pacientes y situaciones que se producen en el ámbito hospitalario hace que sea imposible -o al menos, muy complicado- aprender modos concretos de comunicarse y actuar concretamente para todo tipo de circunstancias. Ahora bien, sí que se puede especificar técnicas y habilidades concretas que pueden ponerse en práctica en múltiples escenarios diferentes. Es decir, una vez aprendida la técnica y metodología, ésta puede adaptarse a diferentes tipos de contextos. Cuanto más se entrene y mayor experiencia se vaya acumulando ante diferentes realidades, más eficacia y perfeccionamiento alcanzaremos en su uso. Esto nos aportará claridad a la hora de valorar qué considerar buena práctica enfermera y cómo llevarla a cabo en el terreno comunicacional cuando hagamos la visita al enfermo (10).

La Comunicación (Nanda 00157) responde a la necesidad de seguridad y de relación que tiene el usuario/familia. Para mejorar la Comunicación (NOC) se plantean los diferentes objetivos a conseguir a través de los diferentes cuidados de Enfermería (NIC) -planteados inicialmente al ingreso del paciente-. A partir de aquí, se elabora un Plan de Atención Enfermera donde se especificarán los criterios, actividades y cronograma de acciones para la consecución de las metas formuladas inicialmente. Se hace necesario integrar las necesidades comunicativas con el paciente dentro del Plan de Atención Enfermera (P.A.E.): incorporar las necesidades del paciente en relación con los aspectos comunicacionales al método enfermero posibilitará la posterior planificación y puesta en marcha de intervenciones enfermeras, lo cual aclarará muchas dudas respecto qué, cómo y cuándo actuar. Ello inevitablemente pasará por realizar un adecuado Plan de Acogida al paciente y una atención a los posibles riesgos psicosociales presentes (11).

Y es que a menudo, el error profesional pudiera ser de base, confundiendo las acciones, intenciones y actitudes. No se trata de informar a, sino de comunicarnos con (12). Por ello, la congruencia informativa es algo que no solo se relaciona con el contenido

de los datos sino también con la realidad de la persona enferma.

Podríamos decir que los profesionales han alcanzado en los últimos años altas cuotas de excelencia en conocimientos y habilidades biotécnicas, pero en los aspectos comunicativos y de la interacción no tanto (13). Curiosamente, los estudios concluyen que son las dificultades en la puesta en práctica de las últimas las que provocan más estrés en las enfermeras hospitalarias.

La humanización de los cuidados, la búsqueda de calidad o la adhesión del paciente al tratamiento son algunos de los argumentos que resaltan la necesidad de encontrar nuevas formas de aumentar la satisfacción del paciente y del propio profesional. Éstas, indudablemente no solo deben asentarse en los avances técnicos y científicos, sino también en profesionales sanitarios adecuadamente entrenados en unas habilidades relacionales que faciliten al paciente los cuidados y su autonomía personal.

El estudio de la comunicación humana necesita un enfoque multidisciplinar que englobe las diferentes facetas del ser Humano. Comunicación verbal y no verbal, pensamientos, emociones y conductas se integran en un todo que debe ser interpretado por el profesional teniendo en cuenta el contexto en el que se desenvuelve la situación vital del paciente. Una adecuada comunicación con el paciente ayudará al profesional a establecer una relación que facilite la consecución de los objetivos terapéuticos (14).

El enfoque centrado en la Persona define qué es cuidar dentro un marco ético y legal que comprenda la necesidad de mantener la autonomía del paciente y la búsqueda de sus propios recursos para solucionar sus problemas de Salud o vivir la enfermedad/muerte de una manera más sana. Una relación basada en la autenticidad, la visión positiva, el respeto o la empatía podrá servir de base a partir de la cual el profesional de enfermería desarrollará los cuidados del paciente conjuntamente con él (15).

El desarrollo tecnológico, la masificación del sistema sanitario, las relaciones de tipo funcional, el avance hacia una mayor especialización de los profesionales, las carencias formativas en materia de comunicación y habilidades sociales, o simplemente, los aspectos socioculturales tradicionales que reducen la comprensión de la enfermedad, la muerte y los cuidados, son algunos aspectos que pueden afectar en el trato digno del paciente y conducir a la deshumanización de los cuidados enfermeros (5).

El trabajo emocional con el paciente conlleva un cuidadoso uso de las habilidades comunicativas. La incorporación de estas competencias en el desarrollo continuo del profesional de enfermería define en parte su trabajo, lo cual se justifica en base a la búsqueda de la excelencia en los cuidados. Esta calidad se manifestará con pacientes más satisfechos y responsabilizados en su autocuidado (16).

Con todo ello, comprendemos la necesidad de que el profesional de enfermería se implique en la esfera emocional del paciente y en el desarrollo de mejores competencias relacionales. Esto, lejos de ser una carga más en la ya de por sí estresada tarea del profesional, debe servir para facilitar su trabajo y alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos. Se comprende pues, que el desarrollo de habilidades comunicativas debe ser inherente a la propia profesión y transversal a cada una de sus actividades.

Por todos los factores señalados, el profesional de enfermería quizá no presta suficiente tiempo y dedicación a los aspectos relacionales con el paciente. Así lo manifiestan con frecuencia los pacientes, que encuentran escaso el tiempo dedicado a la Comunicación. Algunos estudios incluso indican que los pacientes comprenden menos del 50% de lo que el profesional sanitario dice (17).

Todos somos potenciales enfermos y clientes del Sistema de Salud. Esto debería servir de compromiso para que seamos fieles a los compromisos humanísticos en los servicios sanitarios, huyendo de la indiferencia y exclusión.

Quizás, la auténtica revolución enfermera esté detrás del profesional científico-técnico que humaniza los cuidados que presta hacia una comprensión mayor de lo que es la Salud, y por tanto, de la Vida.

REFERENCIAS

(1) López E, Vargas R. La comunicación interpersonal en la relación enfermera-paciente. *Rev. Enfermería*. 2002; Vol 10 (2): pp. 93-102.

(2) Cárceles-Guardia F. Derechos y deberes del paciente. *Revista de Calidad Asistencial*. 2004; Vol 20(6): pp. 295-301.

(3) Pérez R. Estrategias de comunicación. Barcelona: Ariel Comunicación. 4ª Ed; 2008.

(4) Nery J. Actitudes de la enfermera de cuidado directo y satisfacción de la persona hospitalizada. *Revista Electrónica de PortalesMedicos*. 2010; Vol. 5 (11): p. 312.

(5) Cánovas M. La relación ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión [tesis doctoral]. Universidad Murcia, Facultad de Educación, 2008.

(6) Cibanal J. Interrelación del profesional de enfermería con el paciente. Barcelona: Doyma; 1991.

(7) Van-der Hofstadt, CJ, Quiles Y. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. Valencia: Agència Valenciana de Salut; 2006.

(8) Buckman R. Communication in palliative care: a practical guide. In: Doyle D, Hanks GW, MacDonald N, editors. *Oxford textbook of palliative medicine*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1998.

(9) Barbero J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *Anales Sis San Navarra*. 2006; Vol 29, supl.3.

(10) Bermejo J. La visita al enfermo. Buenas y malas prácticas. Madrid: PPC; 2014.

(11) Pérez M, Najarro F, Dulce M, Gallardo N, Fernández A. Comunicación: Una necesidad para el Paciente-Familia. Una competencia de Enfermería. *Revista Páginasenferg.com*. 2010; Vol I (3): p. 20.

(12) Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en Cuidados Paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel; 2003.

(13) Lupiani M. ¿Cómo evoluciona la asertividad y los estilos de comunicación en enfermería?: una comparación entre alumnos y profesionales. *Enfermería Clínica*.

1998; Vol 192-193: 40-44.

(14) Marín M, León J. Entrenamiento en Habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal. *Psicothema*. 2001; Vol.13, nº 2: pp. 247-251.

(15) Rogers C. *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Paidós; 1986. (16) Sotoca J, Codina C. Cómo mejorar la adherencia al tratamiento *Terapéutica*. *Jano* 28. 2006; nº 1605.

(17) Organización Colegial de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española. 1989; Resolución nº 32/89 del Consejo General de Enfermería.

AUTONOMÍA Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LA COMPETENCIA

AUTONOMY, INFORMED CONSENT AND COMPETENCE

Estela Romero Rodríguez

Grado en Enfermería por la Universidad Pontificia de Salamanca

Elisa Benito García

Grado en Enfermería por la Universidad Pontificia de Salamanca

Raquel Cabo Villalón

Grado en Enfermería por la Universidad Pontificia de Salamanca

PALABRAS CLAVE: Consentimiento informado, Autonomía, Derecho por representación.

KEY WORDS: Informed consent, Autonomy, Right to representation.

RESUMEN: El consentimiento informado es la conformidad de carácter libre, voluntaria y consciente del paciente, tras ser correctamente informado, para ejercer cualquier tipo de técnica o actuación relacionada con su salud, estando fuertemente regulado por la ley; por lo que es importante para el desempeño de nuestra profesión conocer no sólo qué es y en qué consiste, sino también las indicaciones y los criterios de exclusión al mismo así como el derecho por representación.

ABSTRACT: The informed consent is the conformity of patient's will, voluntary and conscious, after being properly informed, to apply any type of technique or action related to his health, being regulated by laws. So is important for our profession to study not only what is and what constitutes an informed consent, but also the different types and rules of exclusion of it, and the right of representation of patients.

INTRODUCCIÓN

Los derechos de información sanitaria, intimidad y respeto a la autonomía del paciente están recogidos en la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.⁽¹⁾

Dicha Ley entró en vigor el 16 de Mayo de 2003 y completa y refuerza los principios generales establecidos en la Ley General de Sanidad, detallándose en el capítulo I los siguientes principios esenciales:^(1, 2)

1. Toda actividad deberá estar encaminada a respetar la dignidad de la persona, su autonomía así como a velar por la intimidad del paciente.
2. Toda intervención requerirá de un consentimiento informado previo para llevarse a cabo la acción, debiéndose facilitar adecuadamente la información de la misma.
3. Todo paciente tiene derecho a decidir libremente entre las diferentes opciones clínicas que le sean ofrecidas.
4. El paciente podrá negarse a recibir el tratamiento estipulado.
5. Cualquier usuario tendrá el deber de facilitar datos veraces sobre su estado físico o de salud.
6. El profesional tendrá la obligación de cumplir con los deberes de información y documentación clínica.
7. Toda persona que tenga acceso a información o documentación clínica tiene el deber de confidencialidad.

Asimismo, en su capítulo II se regula el derecho del paciente a la información asistencial (art. 5), entendiéndose como el derecho a ser conocedor de toda la información disponible sobre su estado de salud recogido en la historia clínica exceptuando en los casos de necesidad terapéutica. Igualmente a la información epidemiológica, siendo un derecho de todo ciudadano el ser conocedores de los problemas sanitarios que atañen a la comunidad siempre y cuando estos impliquen un riesgo para la salud pública o la propia (art. 6).^(1, 3)

Por último, cabe destacar que en determinadas ocasiones se acuerda alterar por parte de los profesionales o familiares la información que recibe el paciente con el fin de ocultar un diagnóstico o infravalorar la gravedad del mismo. Este hecho recibe el nombre de conspiración de silencio, dicha conducta no está amparada por la legislación.^(1, 3)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el artículo 3 del capítulo I de la ley anteriormente señalada se define consentimiento informado como la "conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud".^(1, 3)

Asimismo en su artículo 2.6 encontramos que "todo profesional que interviene en la

actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente".^(1, 3)

Por consiguiente el consentimiento informado deriva y fundamenta el principio de autonomía del paciente: "cada persona tiene derecho a participar de forma libre y válidamente manifestada sobre la atención que se le presta". Así pues el paciente tendrá la capacidad de decidir y por tanto aceptará que se le practique un procedimiento diagnóstico o terapéutico, siendo responsabilidad del profesional sanitario y por tanto de enfermería, informar al paciente con un lenguaje claro, sencillo y adecuado a la capacidad de comprensión de este.^(3, 4)

Según el art. 5 el usuario que va a recibir la intervención es en quién reside el poder de consentir la acción, exceptuando al mismo las situaciones de extrema urgencia en las que no sea posible recabar el mismo y actuando siempre en beneficio del paciente y cuya responsabilidad recae en el profesional, o en los casos en que a criterio médico el paciente no sea capaz de tomar decisiones o su estado físico o mental no lo permita, igualmente en los casos de incapacidad legal o menores de edad siendo el responsable un representante legal.^(1, 3, 5)

Sin embargo, debe valorarse cada caso de manera individual, teniendo en cuenta siempre la opinión del paciente incluida la de los menores, la de los que posean capacidad modificada judicialmente o la de aquellos que no se encuentre en sus plenas capacidades mentales; siempre y cuando tengan suficiente juicio para comprenderlo, y adecuando la información a sus capacidades. Aún así, siempre en última instancia serán los representantes legales o familiares los que tomen la decisión final.^(1, 3, 5)

La información y el consentimiento se convierten por tanto en elementos esenciales de la *lex artis*. El consentimiento informado debe recabarse ante cualquier intervención, ya sea de carácter sencillo como una extracción, vacunación, administración de fármacos... hasta procesos más complejos como intervenciones quirúrgicas. De forma general, suele recabarse de forma oral, siempre con carácter previo a cualquier acción que requiera del mismo puesto que toda persona tiene derecho a participar libremente en la actuación que le vayan a prestar; así mismo se le proporcionará la información en términos comprensibles, con antelación suficiente para meditarlo y sin encontrarse bajo efectos de medicación que puedan alterar su capacidad mental, siendo necesario que quede constatado por escrito en los casos de intervención quirúrgica así como los procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos, además de aquellos procesos que impliquen riesgos para el paciente o que puedan acarrear efectos negativos en este. Por último señalar que este podrá ser libremente revocado en cualquier momento.^(1, 3, 5)

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

Antes de recabar el consentimiento informado por escrito, se le deberá proporcionarse al paciente la siguiente información: ^(1, 3)

- Aquella básica o fundamental relacionada con la intervención.
- Las consecuencias relevantes o de importancia que, con seguridad, se puedan generar.
- Los riesgos relacionados con las circunstancias tanto personales como profesionales, así como los riesgos normales o típicos basados en la experiencia profesional o las investigaciones.
- Las contraindicaciones que imposibilitan o limitan la intervención además de las consecuencias de rechazar dicha intervención.

Es importante señalar que cuanto más se desconozca o más dudoso sea el resultado de la intervención, más necesario será el consentimiento previo de esta. ^(3, 5)

EFFECTOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como ya hemos señalado la consecuencia directa de otorgar el consentimiento es la asunción por parte del paciente de los riesgos o consecuencias inherentes o asociados a la intervención habiendo sido previamente informado. Cuando hay deficiencia o ausencia de dicho consentimiento la responsabilidad directa recae en el personal o centro sanitario, asumiendo estos los daños que puedan materializarse. ⁽⁵⁾

LIBRE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente puede revocar el consentimiento informado en cualquier momento, siempre por escrito, aunque la adquisición del mismo se haya obtenido de forma verbal. Si por las características de su enfermedad no pudiese firmar, encontrándose en plena capacidad mental, firmará en su lugar el profesional sanitario en presencia de dos testigos. ^(1, 3)

Quedan excluidos los siguientes supuestos: ^(1, 3)

- La existencia de riesgo para la salud pública, debiéndose adoptar las medidas de conformidad establecidas por la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, medidas especiales en materia de salud pública, y siendo necesario cuando exista internamiento obligatorio comunicarlo en un plazo máximo de 24 horas a las autoridades judiciales.
- La existencia de riesgo inmediato o grave para el paciente, ya sea a nivel físico o psíquico, en los que sea imposible obtener la autorización por parte del paciente, debiéndose consultar a los familiares si fuese posible o las circunstancias lo permitan.

AUTONOMÍA DEL PACIENTE

El principio de Autonomía surge como una manifestación de la libertad humana y del reconocimiento de la dignidad y valor como persona y exige por tanto respetar la capacidad de decisión del paciente así como su voluntad sin caer en paternalismos.⁽³⁾

Es necesario aclarar que en los casos en los que el paciente renuncie explícitamente a recibir información sobre su estado de salud o sobre el proceso asistencial, la cual deberá constar por escrito, no eximirá de obtener el consentimiento informado previa intervención; sólo en caso de interés de la salud, ya sea propia, comunitaria o pública o cuando las exigencias terapéuticas lo requieran, se anulará el derecho de renuncia de información.^(3, 6)

Además del derecho a la información, a decidir libremente o al consentimiento informado, el paciente tiene derecho a ser informado cuando exista la posibilidad de que se utilicen sus datos para formar parte de proyectos de investigación o docentes, pudiendo negarse a menos que fueren de interés para la salud pública.^(1, 3, 5)

DERECHO POR REPRESENTACIÓN

Según las últimas modificaciones de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, recogidas en la disposición final de la Ley 26/2015, de 28 de Julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, se otorgará la representación en los siguientes supuestos:^(1, 7)

- Cuando a criterio médico el paciente no pueda hacerse cargo de la situación debido a su estado físico o psíquico (en el caso de que el paciente no cuente con un representante legal, el consentimiento deberá ser otorgado por la personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho).
- Cuando exista una modificación judicial de la capacidad del paciente que conste en sentencia.

DERECHO POR REPRESENTACIÓN EN MENORES DE EDAD

Las personas menores de edad son reconocidas como sujetos del derecho, siendo escuchados si estos tuvieren suficiente juicio.⁽⁸⁾

Según lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, será necesario obtener la representación en los casos en los que el paciente no sea capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, siendo necesario igualmente haber sido escuchada y tenido en cuenta su opinión siempre que sea mayor de 12 años de edad.^(1, 8)

De la misma forma, queda eximido el derecho por representación en el caso de menores emancipados o mayores de 16 años que estén excluidos de los supuestos anteriores (es decir, que no tengan capacidad modificada judicialmente o que comprendan el alcance de la intervención a realizar). Sin embargo, cuando se trate de actuaciones que comporten un grave riesgo para la salud o vida paciente, el consentimiento lo otorgará el representante legal, siendo necesario también haber

escuchado previamente la opinión del menor. ⁽¹⁾

En cuanto a la interrupción voluntaria de embarazo en menores de edad o personas con capacidad modificada judicialmente, será obligatorio además de constar el deseo expreso de la paciente, el consentimiento de sus representantes legales. En el caso de disconformidad a prestar dicho consentimiento, se resolverá según lo expuesto en el código civil tal como se recoge en el artículo 9 de la Ley 41/2002, de autonomía del paciente, modificada para este supuesto por la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de Septiembre, para mejorar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada. ^(1,9)

Para concluir, es importante señalar que en todos los casos susceptibles de representación la decisión se adoptará siempre en base a la obtención del mayor beneficio hacia la vida o salud del paciente; siendo preciso (si este no fuere el caso) poner el mismo en conocimiento de la autoridad judicial directamente o a través del Ministerio Fiscal para su resolución. Del mismo modo tendrán carácter excepcional aquellos casos en los que la situación de urgencia no permita la demora de la acción, por lo que serán los profesionales sanitarios quienes tomen la decisión que consideren más beneficiosa para el paciente. ^(1, 5)

FUENTES DOCUMENTALES

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, número 274, de 15-11-2002).
2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (Boletín Oficial del Estado, número 102, de 29-04-1986).
3. Plaza Penadés J. "La Ley 41/2002, básica sobre autonomía del paciente, información y documentación clínica". Actualidad Jurídica Aranzadi. 2013 Enero;(562).
4. Organización colegial de enfermería. Código Deontológico. España;; 1989.
5. Sancho Gargallo I. "Tratamiento Legal y Jurisprudencial del consentimiento informado". Working Paper. 2004 Abril;(209).
6. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. París;; 1948.
7. Ley 26/2015, de 28 de Julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. (Boletín Oficial del Estado, número 180, de 29-07-2015).
8. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. (Boletín Oficial del Estado, número 15, de 17-01-1996).
9. Ley Orgánica 11/2015, de 21 de Septiembre, para mejorar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada. (Boletín Oficial del Estado, número 227, de 22-09-2015).

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA. ABRIENDO CAMINOS

EVOLUTION OF THE SPECIALIST FAMILY AND COMMUNITY NURSING. OPENING COURSES

Sara Bermudo Fuenmayor

Enfermera Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria
en el Centro de Salud Urbano 1 (Mérida)

María Rodríguez Carrasco

Enfermera Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria
en el Centro de Salud Urbano 1 (Mérida)

Lucía Ríos Cambero

Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria
en el Centro de Salud Urbano 1 (Mérida)

PALABRAS CLAVES: Enfermería Familiar y Comunitaria, Atención Primaria, Especialidad, Historia.

KEY WORDS: Family and Community Nursing, Primary Care, Especialism, History.

RESUMEN: La Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) es una de las especialidades de enfermería en Ciencias de la Salud, que comienza a tener fuerza con la oferta de plazas a partir del año 2010, según la Orden SAS/1729/2010 del 17 de junio, cuando se aprueba y publica el programa formativo de nuestra especialidad. Para acceder a ella, es necesario realizar una prueba de carácter estatal, el EIR, donde se compete con numerosos aspirantes por una de las 900 plazas, aproximadamente, que suelen ofertar.

ABSTRACT: Family and Community Nursing is one of the specialties of nursing in Health Sciences, which begins to have force, with the proposition of places from 2010, according to Order SAS / 1729/2010 of June 17, when the formative program of our specialty is approved and published. To access it, it is necessary to carry out a state test, the EIR, where it competes with numerous candidates for one of the approximately 900 places they usually offer.

INTRODUCCIÓN

Como hemos comentado, desde 2010 la Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC), según el real Decreto 183/ 2008, es una de las especialidades de enfermería en Ciencias de la Salud que comienza a tener fuerza. Para acceder a ella, es necesario realizar una prueba de carácter estatal, consistente en un examen de 5 horas de duración y 225 preguntas multirespuestas + 10 de reserva. Al concluir, obtenemos una puntuación total individual que deriva de la suma del resultado de dicha prueba, más la valoración de los méritos académicos. Una vez tenemos la puntuación total, se procede a la adjudicación de plazas siguiendo el orden de mayor a menor puntuación total individual de cada aspirante. En la convocatoria actual 2016/2017, cuyo ejercicio fue realizado el 28 de enero de 2017, se presentaron 13.515 (1.416 aspirantes menos que en la convocatoria anterior), para cubrir 994 plazas, de las que 293 son de Enfermería Familiar y Comunitaria, suponiendo un 29,48% del total de plazas (con un ligero incremento de 15 plazas más en la actual convocatoria para nuestra categoría)

OBJETIVOS

Identificar las competencias de la enfermera especialista de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Dar a conocer la importancia de la figura del enfermero especialista, como la necesidad de la creación de la categoría profesional.

Determinar la evolución y el estado actual de la categoría a nivel estatal.

FUENTES

- Web del ministerio.
- Programas formativos de las distintas comunidades autónomas.
- BOE.

METODOLOGÍA

Realizamos una búsqueda bibliográfica para actualizar datos sobre la situación a nivel nacional de la especialidad tanto en los boletines oficiales del estado, web del ministerio y programas formativos. Además analizamos el estado actual por comunidades autónomas, realizando una comparativa sobre la evolución de datos obtenidos a lo largo de los años.

RESULTADOS

“Después de los ilusionantes años ochenta del pasado siglo XX, el proceso de evolución de las especialidades de enfermería ha sido lento debido a que por un lado, las estructuras sanitarias y académicas no se adaptaron, en un principio, a las nuevas realidades y oportunidades abiertas por la Reforma Sanitaria de 1986, y por otro, por la propia dinámica de la reforma sanitaria que se plasmó en un proceso complejo de traspaso de competencias en materia de sanidad a las diferentes comunidades autónomas, que hoy se considera concluido” BOE» núm. 157, de 29 de Junio de 2010.

Actualmente, las competencias que conforman el perfil profesional de este especialista, se desarrollan en el ámbito familiar y comunitario, lo que en ningún caso significa la creación de ámbitos exclusivos de actuación, ya que dichas competencias se inscriben en el marco de los principios de interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria y coordinación interniveles asistenciales.

Entre las competencias del enfermero especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) encontramos:

- 1- Provisión de cuidados avanzados en el ámbito de la atención familiar y comunitaria a personas a lo largo de su ciclo vital y a las familias en todas sus etapas.
- 2- Diseño de programas de educación para la salud, vigilancia epidemiológica y medioambiental, y a situaciones de emergencia y catástrofe.
- 3- Docencia dirigida tanto a las personas y familias como a estudiantes y otros profesionales.
- 4- Gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario, con la finalidad de aplicarlos según los principios de equidad, efectividad y eficiencia y desarrollando estrategias de mejora de la calidad asistencial en los cuidados de la comunidad.
- 5- Investigación para mejorar la evidencia científica disponible, general conocimiento y difundir el ya existente.

Competencias prioritarias del programa formativo:

1. Identificar las necesidades de salud de la población y proporcionar la correcta respuesta de cuidados de los servicios de salud a los ciudadanos en cualquier ámbito.
2. Establecer y dirigir redes centinelas de epidemiología de los cuidados.
3. Desarrollar indicadores de actividad y criterios de calidad de los cuidados en el ámbito familiar y comunitario.
4. Atención de la población en su domicilio.
5. Responder eficazmente a las necesidades de la población con enfermedades crónicas prevalentes, a las situaciones de discapacidad, de riesgo de enfermar y de fragilidad.
6. Diseñar y desarrollar estrategias de intervención y participación comunitaria, centradas en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
7. Garantizar la continuidad de la atención y los cuidados, mediante la gestión efectiva y la coordinación de los recursos humanos y materiales disponibles.

Desde que apareció la figura de Enfermero Especialista en EFyC en el año 2010 con 131 plazas ofertadas, se ha visto un creciente aumento del número de plazas con cada convocatoria. En la oferta de plazas para la convocatoria 16/17 se percibe un incremento de 26 del total de plazas ofertadas (968 en el año 2016) y 15 plazas más para la especialidad de EFyC (278 plazas el año 2016). Sin embargo, constatamos que el porcentaje de aspirantes al examen continúa bajando, constituyendo la lista de admitidos para el año 2017 de 13.515 participantes (1.416 candidatos menos que el año pasado) y resultando 1 plaza EIR por cada 13,6 aspirantes.

Actualmente hay 1101 Enfermeros Especialistas en EFyC, cifra que año tras año irá incrementando, pero la categoría profesional sólo está reconocida como tal en Madrid, Comunidad Valenciana y Murcia, de las que sólo Valencia ha creado puestos de trabajo específicos, impidiendo que estos especialistas puedan desarrollar su potencial y poner en práctica toda la formación adquirida durante sus dos años de formación. Además, de todas las comunidades autónomas sólo en Cataluña, Valencia, Castilla la Mancha, Murcia, y Cantabria puntúa el tiempo trabajado EIR en bolsa, mientras que sólo en Castilla y León y Asturias existe la prioridad de contratación a los especialistas. Por ello, destacamos la necesidad del reconocimiento de la especialidad, considerándolo imprescindible para que toda esta formación tenga sentido, pues se están generando un gran número de profesionales, ampliamente formados en todas las áreas citadas, que no encuentran cabida en el actual SNS.

CONCLUSIONES

La atención primaria es el pilar fundamental para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Es la base del sistema sanitario y es uno de los ejes más importantes, por no decir el que más, para conseguir unos altos niveles de calidad de vida. El programa de residentes supone una inversión económica, material, personal, educativa y laboral, donde durante dos años se forman profesionales especialistas en el trato directo a la familia y la comunidad en su entorno más cercano, desde el primer nivel de atención sanitaria (el centro de salud). La enfermería en atención primaria nos acerca a los grandes grupos de riesgo, desde los niños con las charlas de RCP, lavados de manos, campañas de vacunación, alimentación saludable... a los adolescentes, con talleres de soporte vital, salud sexual, alimentación y ejercicio, programas de tabaco...en la etapa adulta, con programas de detección precoz de diversas patologías, captación de población de riesgo (HTA, diabetes, EPOC), como en la vejez, con talleres de crónicos, preservación de calidad de vida, prevención de síndrome de desuso, captación de patologías diversas, afrontamiento de situaciones que limitan la vida diaria...etc.

En la actualidad la especialidad de EFyC está llegando a un punto delicado en el que convocatoria tras convocatoria siguen aumentando las unidades docentes, que a su vez van formando más promociones de especialistas, con un número mayor de residentes, lo cual denota una apuesta por la especialización de la enfermera FyC. No obstante esta apuesta queda incompleta al no haberse generado un marco competencial, ni creado plazas específicas donde estos profesionales puedan desarrollar su labor.

BIBLIOGRAFÍA:

- Orden SSI/1461/2016, de 6 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2016 para el acceso en el año 2017, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2016/09/13/pdfs/BOE-A-2016-8391.pdf>
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>

- Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/home.htm>
- Programa formativo <http://www.boe.es/boe/dias/2010/06/29/pdfs/BOE-A-2010-10364.pdf>
- RD 1146/2006, de 6 octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/10/07/pdfs/A34864-34870.pdf>
- RD 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollen determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/02/21/pdfs/A10020-10035.pdf>
- Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero por lo que se publica el acuerdo de la comisión de recursos humanos del sistema nacional de salud, por el que se fijan criterios generales relativos a las comisiones de docencia a la figura del jefe de estudios de formación especializada y el nombramiento del tutor. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/03/05/pdfs/A13586-13587.pdf>
- RD 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2014/08/06/pdfs/BOE-A-2014-8497.pdf>
- Orden SAS/1729/2010 del 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad Enfermería Familiar y Comunitaria. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/06/29/pdfs/BOE-A-2010-10364.pdf>



Multimedia



COLECCION DE VIDEOS (ACTOS CIENTÍFICOS)



Acto Inaugural

El valor de la historia en la recuperación de la memoria. La hermenéutica como método para la comprensión de la persona humana. MARÍA ISABEL MORENTE PARRA

Fuentes para la investigación de la Historia de la Enfermería. Los archivos colegiales. ANTONIO CLARET GARCÍA MARTÍNEZ,

El valor de la investigación histórica en la consolidación de la profesión enfermera. MARIA LUZ FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

Responsabilidad civil extracontractual de la administración pública por los daños derivados de la prestación sanitaria [una muestra jurisprudencial: los pronunciamientos del tribunal supremo de 2016] JUAN MANUEL ALEGRE ÁVILA

El cuidar enfermero en los Códigos Éticos. FRANCISCO DE LLANOS PEÑA

Los colegios y la unificación de la titulación enfermera. ISIDORO JIMÉNEZ RODRÍGUEZ.

El Colegio de Enfermería de Salamanca un siglo trabajando por la protección y defensa de los enfermeros y enfermos/usuarios. CARMEN SÁNCHEZ MACARRO

Towards professionalism: Early training institutions for nurses in Ireland. GERARD FEALY

Orden de Enfermería: del sueño a la realidad (Portugal: 1940 - 2000). OSCAR M. RAMOS FERRERIA

Los colegios de enfermería en Italia. ANNA LA TORRE

Los Colegios de Enfermería y las Órdenes Religiosas. FRANCISCA J. HERNÁNDEZ MARTÍN

Las organizaciones de enfermería y la investigación en Latinoamérica. ANA LUISA VELANDIA MORA

Los Colegios de Matronas y su proyección social a comienzos del siglo XX. MANUEL JESÚS GARCÍA MARTÍNEZ,

El futuro de los Colegios profesionales en la Sanidad del siglo XXI. ROCÍO CARDEÑOSO HERRERO

WEB DEL CONGRESO

www.enfermeriasalamanca.com/xv_congreso

GALERIAS

[VIDEO DEL CONGRESO](#)

[GALERIA FOTOGRAFICA](#)



“Este ebook se acabó de componer el día 18 de agosto de 2017, mismo día y mes que en 1492 se publicó la primera edición de la *Gramática sobre la lengua castellana*, de Antonio de Nebrija”.



edita

colaboran



Seminario Permanente para la
Investigación de la Historia de la Enfermería.
Univ. Complutense de Madrid



Asociación Nacional de
Investigadores de la Historia
de la Enfermería